Investigación a cargo a **Lilián Abracinskas** y **Alejandra López Gómez**,
con la colaboración de **Leonel Briozzo** y **Bremen de Mucio**
en los capítulos “Mortalidad Materna “ y “Aborto”.

© MYSU (MUJER Y SALUD EN URUGUAY)

Diseño: MACA
Impresión: Rosgal
Depósito Legal:

MYSU (MUJER Y SALUD EN URUGUAY)
San José 1436, 11200 Montevideo - Uruguay
tel-fax: (598-2) 901 8782
mysu@adinet.com.uy
www.mysu.org.uy

Montevideo, Junio de 2004

PROYECTO DAWN
REFORMAS DEL SECTOR SALUD,
MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay

un escenario cambiante

LILIAN ABRACINSKAS
ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ

MYSU
MUJER Y SALUD EN URUGUAY

INDICE

PRESENTACIÓN 9

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS Y SU POBLACION 11

Situación actual 12
- Composición étnica y racial 12
- Esperanza de vida al nacer por sexo 12
- Tendencias sociodemográficas 13
- Contexto político, económico y social 16
- Pobreza e inequidad 18
- Educación 19
- Empleo 21
- Participación política de las mujeres 23
- Indicadores generales de Salud. 25

Salud Sexual y Reproductiva 26
- Métdos antioconceptivos 26
- VIH - SIDA 28
- Cáncer genito-mamario 30
- Control de embarazo y atención del parto 32
- Derechos sexuales y reproductivos 33

Políticas en salud sexual y reproductiva pre y post Cairo. 35
- Vínculo entre políticas en salud sexual y reproductiva y estrategias de reducción de pobreza. 39

SISTEMA DE SALUD Y PROCESOS DE REFORMAS 45

Sistema de salud 45
- Descripción 45
- Financiación 53
- Recursos Humanos 57
- Legislación y normas 58

Procesos de reformas 61
- Características 61

Actores involucrados 67
Debate público 69

MORTALIDAD MATERNA 77

Indicadores nacionales 77
Principales causas 81
Políticas de reducción de mortalidad materna 84
Políticas de mortalidad materna y aborto 85
Atención post- aborto 87

ABORTO 93

Marco legal vigente 93
Estimaciones 96
Iniciativas políticas para un cambio legislativo 98
Debate público y actores involucrados 99
Estrategias desarrolladas desde las organizaciones de mujeres 104
Papel de los actores contra el Proyecto de Ley 106
Escenarios futuros 107

A MODO DE CONCLUSIONES 113

ANEXOS

1: Normativa de atención sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. 119

2: Guías clínicas de las normas sanitarias: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. 129

3: Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la sepsis obstétrica. 137

4: Curso de capacitación: "Aborto Inseguro: orientaciones para la atención pre y post." 145

5: Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. 149

6: Intervenciones de las organizaciones sociales ante las Comisiones de salud del Parlamento Nacional. 155

7: Cartas recibidas desde EEUU en el Parlamento uruguayo. 169

8: Declaración de la Universidad de la República. 175

9: declaración del Sindicato Médico del Uruguay. 177

10: Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; Comisión intergubernamental del MERCOSUR. 181

PRESENTACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en el marco del Programa 2002-2004 sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de la red DAWN (Development Alternatives for Women for a New Era)[1]. En América Latina fueron cinco países en los que se realizaron los estudios de caso: Argentina, Bolivia, Brasil, México y Uruguay. Su objetivo es contribuir a la definición y desarrollo de una agenda de investigación que permita comparar el estado de situación de la mortalidad materna, el aborto y las reformas de salud, en la región.

En Uruguay dicho estudio fue realizado desde MYSU (Mujer Y Salud en Uruguay)[2], instancia de articulación de organizaciones y personas para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Estuvo a cargo de Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez con la colaboración de Bremen de Mucio y Leonel Briozzo en los capítulos sobre Mortalidad Materna y Aborto. La ejecución del mismo fue entre los meses de marzo 2003 a mayo 2004 y para su elaboración se utilizaron fuentes primarias y secundarias: estadísticas nacionales, investigaciones, análisis de documentos públicos, encuestas de opinión y documentación de interés para el objeto del estudio.

Su realización implicó, por un lado, el desafío de relevar y analizar de manera articulada la realidad del sistema de salud, la mortalidad materna y el aborto en Uruguay. Por otro, identificar el recorrido histórico de las políticas públicas en salud, con sus luces y sombras, frente a los desafíos que presenta la salud reproductiva en el país y sus perspectivas de futuro. Coincidió, temporalmente, con uno de los procesos de debate público y político sobre aborto y derechos

sexuales y reproductivos más relevante de los últimos años, en el país, lo que complejizó y enriqueció su elaboración.

En tanto feministas pertenecientes a las organizaciones involucradas en este importante debate, el estudio nos brindó la posibilidad de generar y sistematizar insumos en tanto herramientas útiles para una intervención profesional y calificada en el campo de la conquista de los derechos humanos de las personas, en general, y de las mujeres, en particular.

Uruguay mira al siglo XXI con la imperiosa necesidad de resolver, de forma integral, los importantes problemas que afectan a su población, en el contexto de los desafíos que enfrenta la región. Las agendas políticas y sociales deben hoy, más que nunca, tener la capacidad de articularse para potenciar sus acciones en el proceso de construir sociedades más justas, equitativas y solidarias.

Esperamos que esta publicación sea un aporte para quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en el campo de las políticas públicas; para quienes definen las agendas de investigación y para quienes, desde la sociedad civil, tienen el rol de dar seguimiento y evaluar la gestión política y los retos planteados en este terreno.

Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez
Montevideo, junio 2004.

1 DAWN es una red global de académicas feministas y activistas del Sur que, desde 1984, trabajan por la justicia económica, de género y el desarrollo democrático y sostenible.

2. La coordinación de MYSU está integrada por personas pertenecientes a: Cotidiano Mujer, Casa de la Mujer de la Unión, Mujer Ahora y la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología - Universidad de la República.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS Y SU POBLACIÓN

La esperanza de vida al nacer es de 74.75 años. Tasa bruta de natalidad, 15.86. Tasa bruta de mortalidad, 9.40. Tasa global de fecundidad: 2.4. La tasa anual media de crecimiento total de la población es de 5,8 por mil.
El PBI per capita en el 2002 se ubicó en USD 2.887. La tasa de desempleo se ubica en 17 para el 2003. Tasa de analfabetismo de 3.1 para el total de la población.

Uruguay es un país democrático con un estado laico. Sistema presidencialista, con un gobierno nacional y 19 gobiernos departamentales. Sistema bicameral: Cámara de Senadores (31 miembros) y Cámara de Diputados (99 miembros).
La población total del país se calcula para el año 2002 en 3.360.000 habitantes, fundamentalmente urbana (92 %). La capital Montevideo, concentra el 42 % de la población total, 1.237.000 habitantes.

SITUACIÓN ACTUAL

POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO DE 2004, POR SEXO Y POR GRANDES GRUPOS DE EDADES.

Grupos de edades	Población			Distribución porcentual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	3,399,438	1,645,225	1,754,213	100.0	100.0	100.0
0- 4	264,761	134,625	130,136	7.8	8.2	7.4
5-9	279,342	142,240	137,102	8.2	8.6	7.8
10-14	272,945	139,191	133,754	8.0	8.5	7.6
15-19	269,166	136,698	132,468	7.9	8.3	7.6
20-24	262,774	132,925	129,849	7.7	8.1	7.4
25-29	245,210	122,830	122,380	7.2	7.5	7.0
30-34	230,065	114,301	115,764	6.8	6.9	6.6
35-39	224,393	110,513	113,880	6.6	6.7	6.5
40-44	216,409	105,616	110,793	6.4	6.4	6.3
45-49	198,703	96,489	102,214	5.8	5.9	5.8
50-54	179,670	86,509	93,161	5.3	5.3	5.3
55-59	160,855	76,323	84,532	4.7	4.6	4.8
60-64	142,447	66,001	76,446	4.2	4.0	4.4
65-69	130,403	58,071	72,332	3.8	3.5	4.1
70-74	118,488	49,812	68,676	3.5	3.0	3.9
75-79	94,644	37,085	57,559	2.8	2.3	3.3
80-84	59,471	21,250	38,221	1.7	1.3	2.2
85-89	31,344	9,833	21,511	.9	.6	1.2
90-94	13,036	3,600	9,436	.4	.2	.5
95+	5,312	1,313	3,999	.2	.1	.2
Grupos especiales						
0-14	817,048	416,056	400,992	24.0	25.3	22.9
15-64	2,129,692	1,048,205	1,081,487	62.6	63.7	61.7
65+	452,698	180,964	271,734	13.3	11.0	15.5
14+	2,636,431	1,256,635	1,379,796	77.6	76.4	78.7

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la Población Total por Sexo y Edad 1996 - 2010.

Uruguay, según la tipología elaborada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE – CEPAL) (1992) para América Latina, se ubica entre los países del grupo IV, que incluye a aquellos de transición avanzada cuyas características principales son natalidad y mortalidad moderada o baja, con un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Este grupo incluye a Argentina, Chile y Cuba siendo básicamente Argentina y Uruguay los países que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un período largo y que por lo tanto tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de los países desarrollados (BID/CEPAL/CELADE, 1996)[1].

En cuanto a la distribución espacial de la población, la misma es **altamente urbanizada** (92.4 %), y se concentra en un 42 % en la capital del país, Montevideo. En la población urbana el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres (52.2 % a 47.8 %, respectivamente), situación que se invierte a nivel de la población rural (43.8 % de mujeres en relación a 56.2 % de hombres).

Composición étnica y racial

La sociedad uruguaya es de descendencia principalmente de inmigrantes españoles, italianos y otros europeos. Investigaciones históricas y genéticas recientes tienden a demostrar que una parte importante de la población también tiene ascendencia indoamericana. La población afro-uruguaya se calcula en el 10 % del total de habitantes del país. La lengua principal hablada es el español, y en la frontera con Brasil se ubican influencias de idioma portugués en territorio uruguayo.

Esperanza de vida al nacer por sexo

Según la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida al nacimiento para el año 2001 se ubicó en 74.75 años para el total de la población, siendo de 78.79 años para las mujeres y 70.85 años para los hombres. Las mujeres alcanzan una longevidad de 8 años promediales más que los hombres, lo que no se traduce necesariamente en una mejor calidad de vida durante la vejez para las mujeres.

Tendencias socio-demográficas.

El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió exhibir ya en la primera década del siglo XX, niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a las de los países industrializados. Uruguay redujo la natalidad en un 60%, entre 1900 y 1940. Este fenómeno tuvo la característica de ser lento y continuo, para alcanzar en 50 años un nivel bajo de fecundidad (Tasa Global de Fecundidad: 2.4). Como consecuencia el país tiene una estructura de población envejecida y un bajo crecimiento vegetativo.

Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina, asimilable a los países desarrollados: la mitad de la población tiene más de 31 años, el 13% tiene más de 65 años y hay 2 menores de 15 años por cada persona de 65 años y más.

Según el Informe de ERT – ICD - FESUR sobre Mujer y Seguridad Social[2] en el Uruguay (2003): *"el envejecimiento de la población es un desafío político y es previsible. La mayoría de las personas mayores son mujeres; la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres; la mayoría de las personas mayores con problemas de salud son mujeres; la mayoría de las personas vulnerables son mujeres, y la mayoría de las personas mayores solas son mujeres."*

Según Varela y Paredes (2001) "*En términos globales, en las últimas 4 décadas*[3] *la tasa global de fecundidad se mantiene prácticamente sin cambios y el reemplazo de la población continúa siendo apenas un tanto superior al necesario para evitar el descenso de la población*[4]*."*[5]

De acuerdo a las tasas específicas de fecundidad por edad y a la estructura de la fecundidad en el país, Varela y Paredes sostienen que a lo largo de los cuatro períodos censales se pueden destacar tres cuestiones:

1. las adolescentes incrementan de forma sostenida su aporte a la fecundidad total (10 a 14 años y 15 a 19),
2. las jóvenes lo disminuyen, (la pérdida mayor es para las mujeres entre 20 y 24 años) y,
3. las mujeres adultas (30 a 34 años) tienden a aumentarlo levemente.

Tasas específicas de fecundidad por edad (por mil) Total País – años censales

	1963	1975	1985	1996
10 a 14	1,09	1,20	1,19	1,80
15 a 19	53,08	65,69	58,50	70,57
20 a 24	153,53	159,44	131,21	122,30
25 a 29	155,67	157,79	135,72	129,43
30 a 34	109,61	109,80	96,09	97,39
35 a 39	60,63	62,25	54,00	52,22
40 a 44	21,51	19,83	16,90	15,61
45 y más	4,73	2,92	1,49	1,04
TGF	2,80	2,90	2,50	2,50

Fuente: Estadísticas Vitales y Censos de Población,
Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Estructura de la fecundidad – Total País años censales

	1963	1975	1985	1996
10 a 14	0,19	0,21	0,24	0,37
15 a 19	9,48	11,35	11,82	14,39
20 a 24	27,42	27,54	26,50	24,94
25 a 29	27,81	27,26	27,41	26,39
30 a 34	19,58	18,97	19,41	19,86
35 a 39	10,83	10,75	10,91	10,65
40 a 44	3,84	3,43	3,41	3,18
45 y mas	0,84	0,50	0,30	0,21
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Estadísticas Vitales y Censos de Población,
Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales – Udelar

La fecundidad global (TGF) en el país, desde mediados del siglo XX a la actualidad, si bien mantiene el promedio de hijos, cambian las tasas específicas de fecundidad en los distintos grupos de edad. Es decir que estaría cambiando el momento en que las mujeres uruguayas tienen sus hijos durante su ciclo de vida fértil. Estos momentos aparecen vinculados con la adolescencia y la edad adulta revelando modificaciones en las pautas de comportamiento reproductivo.

La tasa global por departamento en el país tiene una variación que oscila entre 2.3 y 3.1 hijos por mujer siendo los departamentos que se localizan al sur del río Negro los que presentan los valores más bajos. La población del norte del país tiene una fecundidad más elevada, fenómeno que ya se visualizaba en el Atlas demográfico realizado en base a los datos del Censo de Población de 1985 por el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Pellegrino et. Al, 1995).

"El rango de variación que presenta la fecundidad adolescente es bastante mayor que la observada en la tasa global de fecundidad. Florida aparece con el valor más bajo (59.29 hijos cada mil mujeres) y Artigas con el más elevado (122.06 hijos cada mil mujeres). La dimensión que adquiere el fenómeno es relevante, si se tiene en cuenta que el promedio de la fecundidad adolescente para América Latina es de 80 hijos cada mil mujeres. Sólo seis de los diecinueve departamentos en Uruguay tienen un promedio menor." (Paredes, M., Varela, C., 2001)

Merece especial atención el incremento de embarazos y partos en mujeres adolescentes y pertenecientes a los sectores más pobres. Esta situación deja de manifiesto que las políticas dirigidas a la población adolescente y juvenil en salud sexual y reproductiva – las cuales son de muy reciente data en el país - surgieron como respuesta al agravamiento de esta problemática y no como una política de reconocimiento de derechos y de promoción en el ejercicio de los mismos.

Contexto político, económico y social

Uruguay es un país que conformó durante la primera mitad del S XX, un fuerte sistema democrático representativo con políticas sociales de avanzada en la región. El Estado uruguayo está constituido por tres poderes: Legislativo (bicameral: cámara de diputados y cámara de senadores), el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial (independiente del gobierno). Desde su conformación como

Tasa de Fecundidad Adolescente (por mil) – Tasa Global de Fecundidad – Uruguay –1996.

	Tasa Fecundidad Adolescente	Tasa Global de Fecundidad
Montevideo	61,61	2,3
Artigas	112,06	3,2
Canelones	67,81	2,3
Cerro Largo	98,51	3,1
Colonia	66,65	2,5
Durazno	89,53	3,0
Flores	77,56	2,6
Florida	59,29	2,7
Lavalleja	74,19	2,5
Maldonado	88,50	2,8
Paysandú	95,09	3,2
Río Negro	108,85	3,0
Rivera	103,77	3,1
Rocha	86,25	2,7
Salto	103,15	3,3
San José	86,67	2,5
Soriano	96,74	3,2
Tacuarembó	95,60	3,1
Treinta y Tres	90,73	2,8

Fuente: Estadísticas Vitales y Censos de Población, Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Estado independiente en el año 1825 y, desde su primera constitución en el año 1830, el país sufrió dos períodos de dictaduras militares; la primera de ellas entre los años 1934 y 1938 a través del golpe del General Duvimioso Terra, y posteriormente la de los años 1973 y 1985.

Desde el fin de la última dictadura militar, el país se vio enfrentado al desafío de reconstruir y profundizar la democracia y fortalecer un aparato productivo desvastado durante los años del gobierno militar. Sin duda, también formó y forma parte de la agenda, el esclarecimiento de los hechos acontecidos durante ese período de violación a los derechos humanos.

A partir de 1985, las transformaciones económicas de corte neoliberal, presentaron en Uruguay características propias. Una pauta gradualista y amortiguadora en la implementación de reformas estructurales hizo que, hasta fines de los años 90, sus efectos negativos no alcanzaran la dimensión que caracterizó a sus pares en la región. Macropolíticas económicas que estuvieron además mediatizadas, por la participación ciudadana (ejercicio de la democracia directa mediante "referendum"). Lo que en parte explica, tanto aquel gradualismo, como la no privatización de empresas públicas y el mantenimiento de la inversión en el gasto social. Esos rasgos del proceso de reconversión productiva, junto con el control de la inflación y un moderado crecimiento del PBI, a partir de 1986, permitieron que Uruguay presentara Indices de Desarrollo Humano (IDH) altamente favorables para la región hasta el año 2000. (Abracinskas, Dufau, Filgueira, López Gómez, Rostagnol, 2003)[6]

Ello no impidió que las vulnerabilidades y problemas que acompañaron ese proceso (estancamiento productivo y recesión) se empezaran a manifestar con crudeza, particularmente, luego del importante impacto sufrido por la economía uruguaya a raíz de la crisis brasileña y la posterior crisis argentina (periodo 2000-2002).

Pobreza e inequidad.

Según el Informe de Desarrollo Humano en el Uruguay – 2001 (PNUD) se establece que: *"El indicador de uso más extendido en el ámbito internacional corresponde a la medición de la pobreza a partir de la definición de un valor (o línea) que separa los hogares pobres del resto. Al año 2000 la línea de pobreza arroja un valor de USD 216 por persona por mes para Montevideo, y USD 134 para el interior urbano. En el año 2000 el 16.4 % de los hogares (25.2 % de las personas) en el país urbano percibía un ingreso per cápita inferior a los valores mencionados (…) registrándose un importante incremento de hogares y de personas en situación de pobreza.(…) Cabe resaltar la composición de la población menos favorecida, que pone de manifiesto la sobre representación infantil. Casi el 50 % de niños y niñas entre 0 y 4 años pertenecen a hogares bajo la línea de pobreza en el país urbano. El porcentaje resulta levemente superior al 50 % para Montevideo.*[7]

En el Informe presentado en el año 2003, en la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Representantes, el Soc. Renato Opertti[8], afirma: *"La pobreza está más acentuada en las edades de 0 a 5 años; inclusive, las últimas mediciones hechas en el país -que corresponden al 2002- indican un valor por encima del 50% en las edades de 0 a 5 años. En las edades de 6 a 11 años la pobreza baja un poco, disminuye más en la franja de 12 a 14 años y comienza a haber una línea descendente a partir de los 18 años (...) los datos tienen que ver con la forma en que se mida la línea de pobreza. El fenómeno que parece importante señalar en primer lugar es el cambio de magnitud, que significa que la pobreza pasa de ser un quinto o un tercio a ser casi una media. Históricamente, la pobreza infantil en el Uruguay ha estado entre el 20% y el 25%, según se tome en cuenta el índice de necesidades básicas o el índice de línea de pobreza. El segundo aspecto que parece importante marcar tiene que ver con el surgimiento de un sector dentro de los pobres que Uruguay históricamente no había tenido; la población indigente. Cuando se comparaban las estimaciones de indigencia en el Uruguay con las cifras de nivel internacional, según datos de CEPAL, la indigencia en el país estaba en valores de 1%, 1,5% o cero con algo. Se habla de indigencia cuando el ingreso del hogar dividido por el número de integrantes no logra satisfacer ni siquiera el mínimo de una canasta básica alimentaria, es decir que no logra satisfacer ni siquiera las necesidades alimentarias básicas. Según se tome una línea u otra, en el 2002 la indigencia en el Uruguay estaría entre el 3% y el 6% en la población de 0 a 18 años. La indigencia tiene también un fuerte componente etario; llega a valores del 7% u 8% en la población entre 0 y 5 años. " (Opertti, 2003)*

El mencionado autor refiere que *"El perfil del indigente en el Uruguay es un hogar con 6 o 7 integrantes, fundamentalmente con mujeres jefas de hogar que no han alcanzado más que el nivel primario, que tienen 2 o 3 niños en sus casas y, generalmente, con problemas laborales, porque están en situación de precariedad laboral o no están trabajando. (...)según datos del 2002, en el Uruguay,* ***una de cada dos mujeres jefas de hogar en las edades activas, con niños de 0 a 5 años, son pobres****. Esto quiere decir que, indudablemente,* ***la pobreza está más concentrada en los hogares con mujeres jefas con hijos.*** *Entonces,* ***a los fenómenos de infantilización de la pobreza y del surgimiento de la indigencia agregamos el de la feminización de la pobreza, que tiene dos elementos asociados: las madres jefas de hogar con hijos y las madres adolescentes****."*

Educación

La tasa de analfabetismo adulto (población de 15 años y más) según el último Censo de Población de año 1996, se ubicó en 3.2, siendo de 2.7 para las mujeres y de 3.8 para los hombres.

El promedio general de años de estudio aprobados por la población de 12 años y más, excluyendo la enseñanza preescolar, es de 8 años. El desafío que tiene el sistema educativo nacional es la retención de la matricula estudiantil, especialmente en el nivel secundario.

La universalización y obligatoriedad de la educación inicial pública a partir de los 4 años - introducidas en el año 1996 - ha constituido un avance en la cobertura educativa del país brindada por el Estado nacional.

El acceso de las niñas y las adolescentes a la educación se produjo a comienzos del siglo XX, y los niveles de alfabetización no presentan indicadores de discriminación por sexo.

En los últimos 20 años, la educación en el Uruguay se ha expandido fuertemente. En 1985 –año de retorno a la democracia- en la educación pública (educación inicial, primaria, media secundaria, media técnica y formación de profesores y maestros) habían 547.000 alumnos; en el 2003 hubo 741.000. Uno de los fenómenos que explica el crecimiento de población en la educación es la escolarización en la educación inicial. Uruguay pasa de tener 40.000 alumnos en educación inicial en 1995, a tener 90.000 en el 2003. De esos casi 50.000 nuevos alumnos, la mitad pertenece al quintil de más bajos ingresos. La expansión de la educación inicial, provocó que ingresaran a la educación integrantes de una cantidad de familias que antes no tenían educación hasta la primaria. La proporción de jóvenes que no estudian, no trabajan ni buscan trabajo es del orden del 10%, porcentaje que no ha variado en los últimos años. En las edades ubicadas entre los doce y quince años, hay 12.000 jóvenes que no estudian ni trabajan; los cuales se distribuyen en 6.000 hombres y 6.000 mujeres. Pero, en las edades ubicadas entre los dieciséis a diecinueve años, de los 18.000 que no estudian, no trabajan ni buscan trabajo, 12.000 son mujeres. Es decir que **el fenómeno del abandono de la educación asociado al no trabajo, particularmente penaliza más a las mujeres adolescentes que a los hombres adolescentes, aún cuando las mujeres tienen un mejor desempeño que los hombres en el sistema educativo.** (Opertti, 2003)

Empleo

Porcentaje de mujeres ocupadas en cada tipo de ocupación. Año 2001

Tipo de ocupación				
Total	Personal Directivo	Profesionales y técnicos	Personal Administrativo 1/	Vendedores y Trabajadores manuales 2/
43.2	37.8	52.5	59.9	38.1

1/ Empleados de oficina
2/ Incluye trabajadores de los Servicios . Vendedores y Fuerzas Armadas.
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Porcentaje de mujeres ocupadas en cada categoría de ocupación. Año 2001

Categoría de ocupación				
Total	Empleadores 1/	Asalariados	Cuenta Propia	Trabajador no remunerado
43.2	37.8	46.1	36.2	75.3

1/ Incluye Miembros de Cooperativas de Producción.
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Tasa de desempleo por grupos de edad según sexo. Año 2001

Sexo	Grupos de edad					
	Total	14 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años
Total	15.3	34.3	14.2	9.9	8.6	8.5
Mujer	19.7	41.7	18.9	15.3	11.5	10.4
Hombre	11.5	28.7	10.2	4.8	6.1	7.3

Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Tasa de desempleo por años de estudio según sexo. Año 2001						
	Años de estudio					
Sexo	Total	0 - 3	4 – 6	7 – 9	10 – 12	13 y más
Total	15.3	11.4	15.4	18.5	15.7	11.6
Mujer	19.7	16.2	21.6	25.8	11.5	13.3
Hombre	11.5	8.9	11.1	13.6	6.1	9.3
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.						

Distribución porcentual de la población desocupada por grupos de edad según sexo. Año 2001						
	Grupos de edad					
Sexo	Total	14 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años
Total	100.0	44.9	20.7	14.9	15.1	4.3
Mujer	100.0	40.2	21.5	18.9	16.0	3.4
Hombre	100.0	51.8	19.6	9.0	13.9	5.7
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.						

El desempleo y la desocupación se han incrementado sensiblemente en el país a partir del año 2000 y, fundamentalmente, este proceso se aceleró en el año 2002 con la crisis económica y financiera que afectó a la región y que generó, a nivel nacional, la profudización de la crisis social y económica. Estimaciones oficiales ubican el desempleo en el 16 % de la población. Otras estimaciones señalan que el 46 % de la fuerza de trabajo está constituida por trabajadores desalentados, desocupados, precarios y subempleados. Para el 2001 se calculaba que el 58,4 % de la población económicamente activa tenía problemas de empleo. El Instituto Nacional de Estadística estimó la tasa global de desempleo para el trimestre setiembre-noviembre de 2002 en 19, 8.

Según el informe Mujer y Seguridad Social en el Uruguay (ERT – ICD – FESUR, 2003), los problemas de empleo (desocupación, precariedad, informalidad y subempleo) han registrado un crecimiento constante en la última década (en especial desempleo y subempleo), y en particular perjudican más a las mujeres en el mercado de trabajo y en la seguridad social.

El mencionado informe señala también que *"los trabajadores dependientes, indebidamente transformados en empresas unipersonales, son un fenómeno creciente en el sector privado y en el público"*.

Y finalmente agrega que *"el crecimiento económico que se registró durante la década del 90, si bien impulsó cierto aumento en el empleo femenino, no impulsó cambios muy fuertes en la división del trabajo entre mujeres y hombres. (...) Las mujeres pertenecientes a los estratos más bajos tienen dificultades para incorporarse a la fuerza de trabajo. Las razones se vinculan tanto a la carencia de medios para ceder las responsabilidades domésticas y el cuidado de los hijos a terceros como al hecho de que los roles de género y las responsabilidades domésticas adscriptas a las mujeres, por diversos motivos, se encuentran fuertemente instaladas."*

Participación Política de las Mujeres

Uruguay se ha caracterizado por ser un país que la literatura política ha clasificado como un caso "exitoso" de democracia por su altísima participación electoral. Se extendió el sufragio masculino en 1916 y se habilitó el voto femenino en 1932. Se lo considera un país con una representación política efectiva vehiculizada a través del sistema de partidos y con un control de la ciudadanía a los ejercicios de gobierno.

En cuanto a las mediciones de cultura política, Uruguay continúa siendo el país más democrático de América Latina (Moreira, Johnson, 2003) en función de la percepción y valoración que hacen los ciudadanos de la democracia y las instituciones políticas (Latinobarómetros 1996-2002). Tiene una tradición republicana que supuso la incorporación de una serie de mecanismos destinados a favorecer e incrementar la participación ciudadana en la vida política. El voto obligatorio y la consulta popular (plebiscitos y referéndum) son mecanismos específicos del sistema uruguayo que no sólo existen sino que se cumplen y utilizan, lo que indica el alto involucramiento de los y las ciudadanos/as en la vida política del país y la existencia de una sociedad fuertemente organizada.

Siguiendo a Moreira y Johnson, estas autoras identifican que: *"El reconocimiento de los derechos sociales en la Constitución también forma parte de esta tradición republicana y se incorpora a una cierta "cultura uruguaya" que es lo que se ha dado en llamar el "igualitarismo uruguayo", o dicho de otra manera, la intolerancia que los uruguayos han manifestado siempre a la desigualdad."* [9]

Sin embargo, la participación de las mujeres en la vida política es sorprendentemente baja y no se corresponde con la historia de un país pionero en la integración política y social de las mujeres.

El ritmo y los niveles de incorporación de las mujeres a los cargos electivos y no electivos del sistema político uruguayo es retardado y llamativamente bajo. De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano del PNUD, 2002, Uruguay ocupa el lugar 40 en el Indice de Desarrollo Humano, el 37 en el de Desigualdad de Género, el lugar 36 en el Indice de Potenciación de Género (que mide la participación de las mujeres en la toma de decisiones) y un 11,5% de escaños ocupados por mujeres en las Cámaras Legislativas, le da el lugar 53 en el ranking mundial.

Como resultados de datos comparativos, Uruguay tendría una posición en materia de Desigualdad de Género muy buena (Moreira, Johnson, 2002) compartiendo el lugar 37 junto con los primeros países de más alto desarrollo humano del mundo. Sin embargo, esa igualdad relativa de género no se condice con la desigualdad política que hace que Uruguay baje hasta el puesto 53 en el ranking político por baja representación de las mujeres en los cargos legislativos.

En las últimas elecciones un total de 15 mujeres ingresaron al Parlamento, representando el 11,5% del total de parlamentarios. Este porcentaje ubica al Uruguay por debajo de 10 países de América Latina, muchos de los cuales carecen de una trayectoria democrática y sistemas políticos menos consolidados. De acuerdo a las analistas políticas, el factor decisivo de estas tasas femeninas tan bajas se debe a que las mujeres ocupan lugares muy bajos en las listas electorales porque los procedimientos para la confección de las listas son no formales, poco transparentes y estandarizados. El otro factor determinante refiere a cuestiones culturales.

"A nivel de la sociedad uruguaya las encuestas de opinión pública muestran que las normas culturales no relegan a las mujeres exclusivamente a la esfera doméstica, ni implican una división de trabajo completamente rígida; tampoco se rechaza en principio el valor que pueda tener no sólo una mayor participación sino un protagonismo político de las mujeres –en una encuesta de 1995 un 64% estuvo de acuerdo con que no vendría mal una mujer como presidenta. Sin embargo, se les sigue asignando a las mujeres una mayor responsabilidad por las actividades relacionadas con la reproducción social.

Y, el histórico dominio del mundo de la política por parte de los hombres hace, primero, que el liderazgo siga siendo fuertemente codificado con signos de masculinidad y, que el funcionamiento diario de la política esté estructurado según normas y valores masculinos y organizado en base al supuesto que los actores son hombres sin responsabilidades domésticas." [10]

Este déficit de la democracia uruguaya se ha identificado como un problema político que requeriría de respuestas políticas. Desde 1985 los dirigentes hombres han manifestado que sería importante que más mujeres estuvieran en política, sin embargo, se han desarrollado pocas acciones institucionales que fomenten y apoyen la mayor representación de mujeres en lugares de decisión y representación política. Las acciones afirmativas logradas fueron resultado de las iniciativas de las propias mujeres políticas o de organizaciones sociales de mujeres o feministas.

Un proyecto de ley de cuotas se debatió durante el año 2003 en Cámara de Representantes y fueron sorprendentes las resistencias registradas por parte de legisladores y legisladoras. Muchos argumentos que se oponían a la aprobación sostenían que el cargo obtenido por cuota era de "menor calidad" por no ser obtenido por "méritos propios". Este proyecto fue aprobado en Cámara de Diputados en ese mismo año pero con restricciones y se encuentra en Comisión de la Cámara de Senadores.

Indicadores generales de Salud

La mortalidad por causas ha mostrado, a lo largo del siglo XX, cambios estrechamente ligados a las medidas y acciones puestas en práctica en el área de la salud tanto pública como privada; a los adelantos del conocimiento científico y de la ciencia médica, al desarrollo económico y social del país.

La transición epidemiológica se caracterizó por el desplazamiento de la presencia y letalidad de enfermedades infecciosas y agudas hacia una situación en que prevalecen enfermedades crónicas y degenerativas. Hacia principios de siglo XX, en lo que respecta a las enfermedades infecciosas y parasitarias, las muertes por enfermedades epidémicas se habían reducido en el periodo 1882-1907 en un 60%. Exceptuando la viruela, la disminución del resto de esas enfermedades (fiebre tifoidea, sarampión, difteria, etc.) antecede a la aplicación de técnicas de prevención y curación. Con la aparición de los antibióticos, las

enfermedades infecciosas se redujeron drásticamente, con lo cual aumentó la vida media así como las enfermedades cardiovasculares pasaron al ser el principal riesgo de muerte. Hacia fines de la década de los '40 la incidencia de la tuberculosis pulmonar como causa de muerte comienza a disminuir. El descenso pronunciado que se observa a partir del año 1948 coincide con la salida a la calle de los Dispensarios Móviles de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Estos llevaron una campaña de prevención y profilaxis extendida a todo el territorio nacional, que se sostuvo hasta el año 1964. Sin embargo, esta enfermedad no desapareció y su incidencia tiende a ser mayor en la población de edad avanzada. (Instituto Nacional de Estadística, 2002).

Las muertes por enfermedades del aparato cardiocirculatorio constituyen, desde la segunda mitad del siglo XX, el primer lugar entre las causas de muerte en el Uruguay. Su tasa de mortalidad presenta una tendencia creciente que se acentúa notablemente a partir de 1950. En el período siguiente (1989-2000) la tendencia se revierte, descendiendo un 18%. En el año 2000 se registran 308 muertes cada 100.000 habitantes y su peso en el total de las defunciones representa el 33%. Las investigaciones respecto a estas enfermedades, ponen énfasis en el estudio de los factores de riesgo relacionados con la alimentación, el sedentarismo y los hábitos sociales (tabaco y alcohol).

En cuanto a la **mortalidad infantil** (TMI) las tasas se ubicaron en el año 2001 para el total del país, en 14 por 1.000, siendo de un 12 por 1.000 en niñas y de un 15.5 en varones, según División Estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP). La tasa de mortalidad en la niñez (TMM5) por 1.000, se ubicó en un total de 16.3, siendo de 14.4 en niñas y de 17.7 en varones para el mismo año. El carácter promedial de estos indicadores no explicita las diferencias importantes que se registran en los distintos departamentos. Al igual que con las tasas de fecundidad en adolescentes, en el caso de la mortalidad infantil, hay notables diferencias si se observa el país comparativamente al norte o al sur del Río Negro.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Métodos Anticonceptivos

Uruguay no ha participado de las iniciativas internacionales de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y de Prevalencia en el uso de Métodos

Anticonceptivos. La última Encuesta Nacional de Fecundidad data del año 1986, y en ella se recogía información sobre conocimiento y uso de métodos.

Los datos más recientes sobre uso de métodos anticonceptivos son aportados por dos estudios parciales:

1. Año 2001, estudio realizado por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) en su capítulo Uruguay, sobre una base muestral de 361 casos.

2. Período 2001 – 2002, encuesta a usuarias de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en Montevideo, en el marco de la investigación realizada por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, sobre el Programa de Salud Integral de la Mujer del MSP. El estudio fue sobre una base muestral de 683 casos.

Según el **estudio de CELSAM**, el método anticonceptivo más posicionado entre las mujeres de Uruguay son los anticonceptivos orales (54%), seguido por el preservativo masculino (30%) y el DIU (16%). En cuanto a los métodos mencionados espontáneamente por la encuestadas, el informe señala que:

- la gran mayoría dice conocer tanto a las pastillas (96%) como al condón (93%).
- Casi dos de cada tres uruguayas identifica espontáneamente a los dispositivos intrauterinos (69%).
- El resto de los métodos anticonceptivos son poco o nada conocidos por las mujeres de Uruguay.

En cuanto a la **valoración de los métodos anticonceptivos** el estudio señala que un 54.5 % de la población encuestada la define como muy buena, un 31.3 % como buena, un 7 % como mala y muy mala, y a un 7 % le es indiferente.

Las opiniones **favorables (85%)** hacia los métodos anticonceptivos son más consistentes a mayor edad de las entrevistadas, particularmente quienes tienen un nivel socioeconómico más alto.

Entre quienes juzgan a los anticonceptivos de manera **negativa (7,1%)** se observa una ligera tendencia hacia mujeres con religiosidad activa.

La **indiferencia (7%)** es mas constante entre quienes dicen no haber tenido relaciones sexuales, y por lo tanto no haber usado método alguno.

El estudio mencionado señala que *"la farmacia es donde más uruguayas han recurrido para obtener un método anticonceptivo (41%); otras opciones, aunque con menor frecuencia es a través de Clínicas y Hospitales Públicos (23%), lo consigue su pareja (17%), o con un médico (14%)"*.

Según el **segundo estudio mencionado**[11], la encuesta a usuarias (683 casos) de los servicios públicos de salud de Montevideo, revela que:

- Del total de mujeres encuestadas no embarazadas al momento del estudio, el 78 % usaba algún método anticonceptivo.
- La distribución según el uso de MAC fue la siguiente: un 78 % de usuarias no embarazadas encuestadas señaló usar algún método anticonceptivo, frente a un 22 % que expresó no usar ningún método.
- El principal método anticonceptivo utilizado según lo declarado por las mujeres es el preservativo masculino, seguido del DIU y finalmente las ACO. Importa subrayar que la muestra corresponde a usuarias del MSP en Montevideo, siendo esta población de escasos recursos económicos, mientras que la muestra utilizada en el estudio de CELSAM corresponde a un perfil socio-económico más alto.

Si bien **no existen estudios sobre barreras para la accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos**, algunos elementos significativos merecen ser mencionados: la inexistencia de Educación Sexual a nivel de la Enseñanza Pública, la escasa difusión de los servicios de anticoncepción a nivel del sector público, la reciente incorporación de estas prestaciones en los servicios de salud pública, la no incorporación de algunos métodos (en particular el DIU) a nivel del sub-sector privado de la salud. Todos estos elementos actúan dificultando la accesibilidad de las mujeres a las opciones anticonceptivas.

VIH - SIDA

En Uruguay los primeros casos de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se detectaron en el año 1983 y correspondían a uruguayos/as residentes en el exterior que ingresaban al país en etapa terminal. Desde entonces la epidemia VIH/SIDA no solamente ha crecido sino que se han sucedido cambios en el perfil epidemiológico que ha ido pasando del tipo I del inicio al actual tipo I/II.

Desde la detección del primer caso al 30 de abril de 2003 se han notificado al Programa Nacional de SIDA (PNS-MSP) un total acumulado de **7.018 personas positivas**: **4.855 personas portadoras (VIH+) y 2.163 enfermos de SIDA**.

En nuestro país es una epidemia concentrada en "poblaciones vulnerables", con una prevalencia igual o mayor del 5% (PNS-MSP, 2001). Los estudios centinelas[12] que se realizan anualmente desde 1991, mostraron a partir de 1996 un enlentecimiento del crecimiento de la epidemia, un aumento de la infección en las mujeres y una disminución en la edad de las personas positivas.

La tasa de prevalencia que venía manteniendo cierta estabilidad, haciendo pensar que se había alcanzado una fase de meseta en el crecimiento de la epidemia, experimentó en el estudio centinela del 2002 un salto significativo. La prevalencia de 0.23 del año 2000, llegó al 0.36 en el 2003. De 2 personas infectadas por VIH cada 1000 habitantes, se pasa a casi 4 personas cada 1000, en población laboral activa (Meré, 2003).

De acuerdo al PNS-MSP en la **infección de VIH** predomina la transmisión sexual (69.5%), sobre la sanguínea (21.3%), seguida por la transmisión perinatal (1.6%). La transmisión sexual es fundamentalmente heterosexual (63.8%), seguida por la categoría de exposición homosexual (21.6%) y luego la bisexual (14.6%). Respecto al sexo, el 69.2% son hombres y el 30.8% mujeres, siendo éstas últimas casi un tercio del total de los VIH + acumulados en el país y en permanente aumento. La franja etaria más afectada está entre los 15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad. El 31% de los VIH+ adultos del país se halla en la franja etaria de 15 a 24 años de edad (PNS-MSP, 2003). Si bien se registran casos en todas las edades, la mayor incidencia del VIH se observa entre los 15 y 34 años.

Las características de la etapa SIDA de la enfermedad, presenta un patrón epidemiológico tipo I/II, también con un claro predominio de la transmisión sexual (68.9%). Dentro de ella la población heterosexual representa el 48.2%, seguidos por la población homosexual con un compromiso del 31.9% y la bisexual que representa el 19.4%. Por la vía de transmisión sanguínea (23 % de los casos), hay un predominio entre los usuarios de drogas inyectables (96.2%),

seguido por los transfundidos (2.2%), y hemofílicos (1.6%). La transmisión vertical de madre a hijo a través del embarazo, parto o lactancia ocupa el tercer lugar y representa el 1.4% de los casos notificados. Este modo de transmisión está disminuyendo significativamente desde 1997 con la implementación del Decreto de Ley Nº 158/97, que determina la exploración del VIH en toda embarazada y el tratamiento con drogas antirretrovirales a toda portadora y al recién nacido. Su aplicación logró reducir la transmisión madre-hijo del 28% en el año 1996 al 4% en el 2000.

Respecto al ámbito geográfico el departamento de Montevideo concentra el 78% de los casos acumulados. Respecto al sexo, el 76.8% son hombres, frente a un 23.2% de mujeres; observándose un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados (PNS-MSP, 2003).

La tasa bruta de mortalidad por SIDA observa una tendencia fuertemente creciente hasta el año 1996 en que desciende notoriamente determinada por la obligatoriedad del tratamiento con drogas antirretrovirales.[13] La mayoría de las patologías asociadas al SIDA son las: Infecciones oportunistas predominando las alojadas en el aparato respiratorio (neumonía por Pn. Carini, candidiasis orofaríngea, neumopatías, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, etc.). Los tumores malignos representan el 11.4% del total de casos de SIDA acumulados.

Cáncer Genito Mamario

Los tres tipos de cáncer relacionados al aparato reproductivo (de mama, cérvix y útero), en la última década del siglo XX, causaron más de 9.330 muertes de mujeres. Los datos sobre el comportamiento de las mujeres con relación a las prácticas preventivas se obtienen de tres fuentes de información que, aunque desfasadas en el tiempo, dan una idea al respecto.

La primera es la referida Encuesta Nacional de Fecundidad (1986), que aporta información sobre exámenes preventivos de la población en edad fértil (15 a 49 años). Según los datos recogidos, el 58.7% de las mujeres encuestadas declaró que nunca se realizó alguno de los exámenes (PAP, exámen ginecológico y práctica autoexamen de mama); sólo el 19 % se había practicado una citología oncológica. El porcentaje total de las mujeres en edad fértil que declaró haber sido examinada ginecológicamente fue del 41%.

La segunda fuente es la ENEVISA 5[14] (1999), que recoge información de las mujeres de 55 años o más; los datos mostraron que más de la mitad de la población urbana, en este rango de edad, nunca se había realizado una mamografía. La tendencia observada muestra una disminución en la frecuencia de consulta al médico ginecólogo a medida que la edad avanza. La práctica del auto-examen de mama es más frecuente entre las mujeres más jóvenes.

La tercera fuente es el estudio "Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas" (2003) entre usuarias de salud pública el cual reveló que el 48 % nunca se practicó un autoexamen de mama y 27 % nunca se realizó un Papanicolao. El estudio señala que las mujeres declaran en un 41 % no haber sido examinadas por el profesional en la consulta ginecológica, así como tampoco haber recibido información sobre el auto examen de mama. [15]

Es importante señalar que desde el año 1998 se registra el cáncer de mama como una causa más de defunción masculina; en el año 2000, 10 hombres fallecieron a causa de padecer tumores malignos de este origen.

El cáncer de cuello de útero se encuentra en tercer lugar de prevalencia entre los cánceres de la mujer, siendo la tasa bruta de incidencia calculada para el total del país de 29.87. Cabe destacar que la del Interior es significativamente mayor que la de Montevideo (35.91 y 22.15 por 100.000 habitantes, respectivamente). Existe una relación directa entre el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y la paridad elevada, así como con procesos infecciosos del tracto genital inferior, por lo cual los factores de riesgo están ligados, en parte, a las prácticas sexuales.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte de mujeres por cáncer en el país, ocupando Uruguay el primer lugar en Latinoamérica y el quinto lugar en el mundo. A pesar de las acciones que desarrolla la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer mediante la donación de mamógrafos a centros de salud y la realización gratuita de examen de mamografía a mujeres de 40 años y más, a través de las Unidades Móviles, el cáncer de mama tiene una alta prevalencia entre las mujeres uruguayas**.**

Control del Embarazo y Atención del Parto

A lo largo del siglo XX, la atención del embarazo ha mostrado un progreso importante, mejorándose la calidad de su seguimiento a través del número de controles efectuados y de la atención profesional recibida. Con este fin, el MSP ha desarrollado a partir de la década de los '80, diversos programas tales como: Vigilancia Nutricional Familiar (PROVINFA), Programa de Atención del Embarazo y Parto vinculado a los subprogramas ADUANA de seguimiento del recién nacido y durante su primer año de vida, IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), de Inmunizaciones y de Complementación Alimentaria. Desde el año 2001, se desarrolla el Programa Setiembre para el seguimiento del embarzo en adolescentes.

El porcentaje de embarazos controlados se mantuvo en los últimos años del siglo XX alrededor del 87%. Pese a los intentos de una rápida captación de las embarazadas, en el año 1999 existe un espacio sin cobertura (que se incrementa respecto a años anteriores) de un 10% de mujeres que no tuvieron ningún tipo de control durante el embarazo. En el 90% de los embarazos controlados, los controles son adecuados, es decir que las mujeres se efectúan 4 o más controles.

Según estadísticas del MSP en el periodo 1985-1999 existe una tendencia creciente hacia una captación tardía del embarazo: los captados en el primer trimestre disminuyen de 58% a 31%, en tanto los captados en el segundo aumentan de 26% a 41%. A su vez, los captados en el último trimestre se incrementan en un 5%.

A comienzos de siglo XX prevalecía la costumbre de que el parto se efectuara en el domicilio particular, siendo atendido generalmente -mucho más en el interior del país- por parteras y/o mujeres de la comunidad. Desde mediados de ese siglo se inicia el proceso de institucionalización en la atención del parto, siendo actualmente de una cobertura del 99 %.

Entre los años 1986 y 2000 hubo un descenso paulatino del porcentaje de partos naturales contrarrestado con un incremento de las cesáreas, a nivel nacional se pasa del 15% al 24.7% de cesáreas sobre el total de partos. En Montevideo este porcentaje se eleva al 27.6 %. El sub-sector privado muestra indicadores de nacimientos por cesárea significativamente más elevados (34 %) que el sub-sector público (19.8 %). Al final de siglo, los datos indican que el 45% de las cesáreas se concertaron antes del parto.

Tasa de cesáreas por sector, 1990 – 1999 (% de nacimientos)

Sector	*Año*					
	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
Sector público	18,0	18,0	18,0	17,2	19,1	19,8
Sector privado	27,4	33,0	31,8	32,3	33,9	34,0
Total	20,8	23,8	23,1	22,6	23,8	24,7

Fuente: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. Montevideo: MSP; 2001.

Derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a los **derechos sexuales y derechos reproductivos,** los actores tradicionales de mediación política y social tienen diversas resistencias para reconocerlos, valorarlos e integrarlos a sus análisis, discursos y propuestas. Si bien, el debate vinculado al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, favoreció un involucramiento activo de ámbitos que tradicionalmente no se habían expedido, como el sindical y el académico.

Desde diversas instancias del Estado las acciones realizadas en el terreno de los DDSS y DDRR, carecen de marcos teóricos y conceptuales claros de respaldo y no están incorporadas a propuestas de transformación más amplias. Esto determina que sus contenidos sean aún frágiles y que su permanencia y continuidad no estén debidamente garantizados dependiendo, muchas veces, de la o las personas que las ejecutan y no de sólidas definiciones y compromisos institucionales.

El tradicional *modus operandi* de no articular políticas sociales entre instituciones y, muchas veces, tampoco dentro de una misma institución, en el área de la salud tuvo un intento de revertirse con la creación en el MSP de la DIPROSA (Dirección de Promoción de Salud) en la administración del gobierno anterior (1995-99). Allí se intentó articular diversos programas como lactancia materna, maternidad y paternidad responsable, prevención de la mortalidad materno-infantil, etc. con el objetivo de alcanzar un abordaje integral. Esa dirección fue desmantelada en los inicios del actual gobierno, algunos de los programas continuaron funcionando y otros como los servicios de anticoncepción pasaron a integrar la estructura asistencial del MSP.

A partir del año 2002, en políticas de salud reproductiva, hubo una mayor coordinación entre los servicios del primer nivel del MSP y la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). También, con la creación de la Mesa Consultiva para la implementación del Capítulo V sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSS y DDRR) del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la ciudad de Montevideo, se ha constituido una articulación entre IMM, MSP y MYSU desde la cual se están debatiendo y gestando propuestas normativas de atención en salud sexual y salud reproductiva que permitan homogeneizar e integrar las intervenciones de los equipos de salud en este terreno.

Sin embargo, en otras áreas vinculadas a los DDSS y DDRR no se observan cambios en la forma de definir y ejecutar políticas. Muchas de las acciones que se emprenden no están definidas, en general, desde la identificación de necesidades específicas y por lo tanto suelen no responder a la diversidad de situaciones y demandas. En el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos subyacen componentes o principios éticos (Correa y Petchesky, 1994) que, con demasiada frecuencia, son violados a través de decisiones políticas, de legislaciones, de prácticas médicas, de intereses económicos, de dogmas religiosos, de intereses masculinos y/o familiares. La integridad corporal como el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo es quizás el aspecto que más peso tiene en el concepto de libertad sexual y reproductiva. Es el fundamento para oponerse a la esclavitud, la tortura y la violación, sin embargo cuando hablamos del derecho que las mujeres tienen sobre su cuerpo ante la decisión de abortar, por ejemplo, las resistencias y las voces que niegan ese derecho, son muy fuertes y provienen desde todos los sectores. Tampoco se suele considerar la individualidad: aquellas razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. La mayoría de las intervenciones tienden a esquematizar las necesidades. Igualdad y

diversidad, no se sostienen en muchas de las acciones (tanto públicas como privadas) y no se respeta la autoridad de las personas para tomar decisiones ni se cree que lo puedan hacer responsablemente si no media una actuación de disciplinamiento. En los hechos, se puede constatar que los sistemas de intervención (por ejemplo en salud y educación) agudizan las diferencias de clase, género, raza, etnia, edad, estatus marital, orientación sexual, región o nacionalidad. Los programas, servicios y practicas suelen no considerar ni respetar diferencias culturales y de valores[16]. La violación de derechos en este terreno es mucho mayor de la que se registran en estadísticas y mediciones de desarrollo.

No existen mecanismos institucionales permanentes desde el Estado para la participación de la sociedad civil organizada, a pesar que desde el movimiento de mujeres en Uruguay se han elevado propuestas para su constitución[17]. La concepción hegemónica de participación social no fomenta, a su vez, el desarrollo de una masa crítica comprometida con los procesos de transformación, sino que reduce la intervención de la sociedad civil a la implementación de acciones definidas por las instancias de decisiones estatal, o a la evaluación de las mismas. La participación se restringe a avalar gestiones y no a desarrollar mecanismos de debate, control ciudadano, reflexión, análisis e incorporación de diversas propuestas.

El vacío y sub-registro en estadísticas nacionales sobre diversos tópicos de los derechos sexuales y reproductivos, impide conocer la dimensión real de su ejercicio y evaluar adecuadamente el impacto de las acciones. Se vuelve sustancial el priorizar el desarrollo de la investigación y fomentar la capacitación de recursos como manera de impulsar y satisfacer la necesidad también no satisfecha de muchos profesionales sensibilizados con estos temas[18]

POLÍTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PRE Y POST CAIRO.

El temprano desarrollo de políticas y programas en el área de la salud materno-infantil, integrados tanto en el sector público como privado de la salud, iniciados hacia mediados del siglo XX, permitió un descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la institucionalización del parto y la atención del puerperio. Si bien la institucionalización del parto ha permitido el descenso de la mortalidad materna e

infantil en el país, tiene como contra cara los procesos de medicalización en donde en el acto de parir la mujer pierde protagonismo y está - muchas veces- al servicio de las necesidades y reglas del funcionamiento médico e institucional. De esta forma, la mujer queda ubicada en objeto del acto médico y no en sujeto de derechos y necesidades.

El modelo de atención materno infantil sustentado en el "binomio madre – hijo", en la visión hegemónica sobre el papel de las mujeres en el cuidado de la salud familiar, en la ausencia del varón-padre y su responsabilidad reproductiva, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Esto explica, junto con la creencia de que el país carecía de "problemas de población", que no se hubieran establecido desde el Estado, políticas y programas que abordasen integralmente la salud sexual y reproductiva hasta el año 1996. (López Gómez, et. Al., 2003)[19]

En cuanto a la **Planificación Familiar,** a partir de la segunda mitad de la década del 60, se comienzan a brindar servicios de planificación familiar a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada con personería jurídica desde el año 1967. Ese mismo año, el MSP aprueba la creación del consultorio de AUPFIRH y la coordinación con la división de Higiene y Asistencia del propio ministerio. Se asignan locales, se designan recursos humanos y materiales y se describen los cometidos esenciales de dicho consultorio y laboratorio de investigación. Es decisión de las autoridades ministeriales del momento, la autorización para que los suministros (en particular los métodos anticonceptivos) ingresen al país con carácter de donación para dicha institución.

El Diagnóstico de Servicios de Salud Reproductiva del subsector público (UNFPA/MSP, 1997) reconoce, a través de la documentación de dicha Asociación, que el número de filiales en Montevideo e Interior sumaban -en ese entonces- 91, y los Médicos Asociados a la Institución eran 130. Cabe destacar que algunas filiales de la AUPFIRH (desde el año 1993 denominada AUPF) funcionaban y continúan haciéndolo, en locales de Salud Pública (Centros Hospitalarios, Centros de Salud, Policlínicas) de Montevideo e Interior del país. Si bien se integran a los locales de los servicios públicos, no funcionan en relación de dependencia con las direcciones de los mismos. La Asociación recibe los suministros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y refiere los controles de calidad a dicha Federación. La AUPF suministra métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública.

En el año 1996, y a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se inauguraron, en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron la anticoncepción. Uno de ellos ubicado en el MSP y otro en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) a través de su sistema local de atención primaria.

El Programa del MSP, *Programa Maternidad y Paternidad Elegida*, comenzó siendo un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, siendo definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud (dependiente de la División de Promoción de la Salud). Se estableció el compromiso del MSP de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizado el apoyo internacional. Instaló servicios de planificación familiar, a nivel de los Centros de Salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los cuales, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial, no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país. Se incorporaron 40 médicos de familia a la estrategia de cobertura anticonceptiva. En el documento[20] de Informe Final las metas del Programa oscilaban entre marcos conceptuales centrados, tanto en el *"combate a la extrema pobreza"*, como en *"la defensa de los derechos sexuales y reproductivos"*, evidenciando una tensión paradigmática y conceptual. Durante el período de ejecución del Proyecto, se desarrollaron estrategias de información y educación comunitaria, y se elaboraron recomendaciones sobre normas en salud sexual y reproductiva con la participación de una diversidad de actores, incluidas las organizaciones de mujeres.

En el período de ejecución del Programa, el MSP a través de la División Promoción de la Salud y con el apoyo de la OPS, convocó a diversos actores (sociales, políticos, académicos) para la discusión y elaboración de un Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva. Este proceso demandó cerca de un año de trabajo, finalizando con la publicación[21] de sus resultados. El Plan no se ejecutó hasta el momento.

Respecto a las políticas locales de salud desarrolladas desde la Intendencia Municipal de Montevideo, se inaugura en 1996 el Programa de Atención

Integral a la Mujer (PAIM), que incluye tres sub-programas: Maternidad Informada y Voluntaria, Atención del Embarazo y Puerperio y Detección Precoz del Cáncer Genito Mamario. El PAIM recibió apoyo del UNFPA en el subprograma de Maternidad Informada y Voluntaria. Funciona en las 18 Policlínicas municipales (primer nivel de atención) con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales del gobierno de Montevideo. Ofrece a las/os usuarios de Montevideo prestaciones en anticoncepción con la oferta de tres métodos: preservativos masculinos, anticonceptivos orales y DIU. A partir del año 2003 se incorporó la Anticoncepción de Emergencia en las modalidades de productos dedicados y método de Yuspe.

A nivel del MSP, las recientes propuestas en salud reproductiva han padecido tanto los avatares provocados por los cambios sucesivos de autoridades, como la no inclusión efectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política. Desde el inicio del Programa Maternidad y Paternidad Elegida, se han producido cambios en las acciones ministeriales que han estado determinadas por los cambios de autoridades y las perspectivas de los sucesivos decisores. Es en esta lógica, que en el año 2000 se decide el cese de la ejecución del mencionado programa y el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado, efectores asistenciales del MSP). En Montevideo se implementó, en el marco del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, unidad ejecutora de los servicios del Primer Nivel del MSP), el *Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM)* el cual se puso oficialmente en marcha el 8 de marzo del año 2001, integrándose a la estructura de servicios ministerial, con presupuesto genuino. El Programa SIM funciona en los diez centros de salud del primer nivel de atención en Montevideo, ofreciendo en sus prestaciones atención en métodos anticonceptivos de manera gratuita. Los MAC que se ofrecen son preservativos masculinos, anticonceptivos orales, DIU y anticoncepción de emergencia.

Con los mencionados Programas, y por primera vez, se generaron condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Los servicios de atención en salud reproductiva incluyentes de prestaciones en anticoncepción han ido progresivamente teniendo cobertura nacional. En tal sentido, el *Relevamiento de Servicios Públicos de Salud Reproductiva*[22] en el interior del país realizado por MYSU a fines del año 2002, muestra que existen 50 servicios públicos del MSP, con diferencias en la calidad de sus prestaciones.

Vínculo entre políticas en salud sexual y reproductiva y estrategias de reducción de pobreza.

La relación entre políticas en salud sexual y reproductiva y políticas de reducción de la pobreza se explicita con mayor claridad a partir de la creación del Programa de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo (PIAF) ubicado en Secretaría de Presidencia de la República. Este programa surge en el año 2001 con préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y se propone a través de intervenciones integrales y focalizadas, mejorar las condiciones de vida e inserción social de los niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de riesgo social.

El PIAF se integra por los siguientes componentes:

- Componente 1: Proyectos integrales de prevención y atención
- Componente 2: Desarrollo, participación comunitaria y familiar
- Componente 3: Fortalecimiento institucional
- Componente 4: Comunicación Social

En el marco del Componente 1, se incluye un sub componente relacionado a la salud sexual y reproductiva denominado: *Modelo Integral de prevención del embarazo precoz* (sub componente 1.4), su objetivo principal es *"optimizar los niveles de responsabilidad en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes"*. Sus líneas de acción son:

- Programa de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva.
- Atención especializada y diferenciada para el trabajo con adolescentes
- Apoyo y seguimiento a madres y padres adolescentes.

Define como uno de los organismos co-ejecutores desde el Estado al MSP, y establece la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil, mediante el sistema de licitación pública para la implementación de algunas acciones previstas.

Entre las actividades en ejecución se encuentra la capacitación a los equipos de salud del MSP en Salud Sexual y Reproductiva, el equipamiento de los centros de salud del MSP para la atención diferenciada de la población adolescente en

salud sexual y reproductiva, la formación de agentes socio – educativos para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, la publicación de materiales educativos, etc. En este marco, ya se implementó la capacitación de técnicos no médicos de los servicios del MSP de todo el país, en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, ejecutado por MYSU en febrero – marzo 2004. También se desarrolló la capacitación de promotores/as juveniles en salud sexual y reproductiva, a cargo de la organización Iniciativa Latinoamericana.

Como podrá observarse el mencionado sub componente 1.4 enfatiza el desarrollo de la responsabilidad en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, no haciendo alusión a sus derechos en este terreno. Se puede afirmar que el Programa pretende ubicarse como un programa articulador de las políticas sociales en el país, y dirigido hacia el combate contra la pobreza, incluyendo en sus metas la prevención del embarazo en adolescentes. El incremento de los embarazos en mujeres adolescentes tiene estrecha relación con la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por lo tanto las intervenciones del Estado pueden correr el riesgo de atentar contra los derechos sexuales y reproductivos de este sector de la población, si no enfatizan en la promoción de estos derechos y si no se brindan garantías para su libre ejercicio.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BID, CEPAL, CELADE (1996) "La transición demográfica en América Latina". Actualizado con datos del boletín demográfico Nº 62, CELADE, 1998, santiago de Chile.

2. ERT-ICI-FESUR (2003) "Mujer y Seguridad Social en el Uruguay". Montevideo.

3. Los años que se toman en cada década corresponden al año en que se realizan los Censos de Población.

4. Considerando que la única fuente de ingreso de nuevos individuos es la proveniente de nacimientos. Es decir en ausencia de migraciones.

5. Paredes, M., Varela, C. (2001). Ponencia presentada en el Seminario: Políticas de Población, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, realizado por MYSU. Montevideo.

6. Abracinskas, L.; Dufau, G.; Filgueira, N.; López Gómez, A.; Rostagnol, S., (2003) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional. Cladem – Uruguay – MYSU. Montevideo.

7 Subrayado de las autoras.

8. Soc. Renato Opertti, Coordinador del Programa MEMFOD (Mejoramiento de la Educación Media y Formación Docente) del CODICEN, Consejo Directivo Central de Enseñanza.

9. Moreira, C; Johnson, N. (2003). "Democracia, Género y Equidad: aportes para el debates sobre los mecanismos de acción afirmativa. Análisis y propuestas." Friedrich Ebert Stiftung, Uruguay.

10. Idem anterior

11. López Gómez, A., Benia, W., Contera M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género – Facultad de Psicología – Universidad de la República. UNFPA. Montevideo.

12. “Los estudios centinelas del VIH, forman parte de la vigilancia epidemiológica activa, en grupos seleccionados (población laboral) que permite conocer la prevalencia de la infección, por sexo y edad, la tendencia de su evolución, y también estimar el numero total de personas infectadas por VIH en el país. El PNS por recomendación de OPS/OMS realiza estos estudios en Uruguay desde 1991 a la fecha. Para facilitar la comparación internacional las estimaciones de todos los estudios centinelas se estimaran en población laboral del país (MSP-PNS, 2002).

13. En el año 1996 la obligatoriedad en tratar con triple terapia a los enfermos de VIH/SIDA cubría solamente a los usuarios del sector público (ASSE/MSP). En 1997 por resolución de la Dirección General de la Salud del MSP, se extiende la obligación a las instituciones del sector privado (IAMC) lo cual asegura desde entonces, la cobertura total del país.

14. Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta, 1999, proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS-MSP)

15. López Gómez, A., Benia, W., Contera M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género – Facultad de Psicología – Universidad de la República.

16. Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, (1998) El Estado Uruguayo y las políticas pública.

17. Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, (1999): Agenda de las Mujeres, con serie de propuestas en Violencia Doméstica, Mujer Rural, Trabajo, Población y Salud Sexual y Reproductiva, Educación, Representación Política y Mecanismos Estatales para el Adelanto de la Mujer”. Edición Cotidiano Mujer, Uruguay.

18. En febrero del año 2001, MYSU y la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, organizaron un Curso de Posgrado vinculado al proyecto Universidad Itinerante sobre Enfoques de Género en Salud de la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, sobre “Género y Reforma de Salud, y Derechos Sexuales y Reproductivos”, con un cupo para 40 personas, con una exigencia de 8 horas diarias durante 15 días y al cual se inscribieron 120 profesionales de todo el país.

19. López Gómez, A., Benia, W., Contera M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. C.L Salud

Reproductiva, Sexualidad y Género – Facultad de Psicología – Universidad de la República. UNFPA. Montevideo.

20. Documento Informe Final Proyecto Maternidad y Paternidad Elegida, MSP. Noviembre de 2000.

21. MSP – OPS (2000) Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva 2002 - 2003. Montevideo.

22. Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva en Uruguay. MYSU – UNFPA, Montevideo diciembre 2002.

SISTEMA DE SALUD
Y PROCESO DE REFORMAS

SISTEMA DE SALUD

Descripción

El sistema de salud en Uruguay tiene una historia atípica en el continente. El Estado es un actor clave en la provisión de servicios de salud, junto a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, denominadas mutualistas) las cuales se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX. Las mismas surgieron como una forma de respuesta de las colectividades de inmigrantes españoles e italianos ante las necesidades de atención en salud de sus comunidades en el país. Luego, expandieron sus servicios al resto de la población, y se transformaron en actores clave del sistema de seguros de prepago. Como consecuencia, el sistema de salud uruguayo es una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integrada en un sistema mixto de atención.

El subsector público comprende:

- Ministerio de Salud Pública, el cual brinda servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE;
- Ministerio de Defensa a través de la Sanidad Militar;
- Ministerio del Interior a través de la Sanidad Policial;
- Servicios de atención primaria de las Intendencia Municipales;

- Universidad de la República, a través del Hospital Universitario;
- Banco de Previsión Social;
- Banco de Seguros del Estado, con oferta de asistencia ante accidentes de trabajo;
- Entes Autónomos.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector en materia de políticas de salud en el país, y cuenta con las funciones básicas de normatización, control y asistencia.

El *Subsector Público* cubría hacia 1996 al 40.83 % de la población total, procedente de los sectores de menores recursos, a través de una amplia red de servicios, con especial énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención. Ha sido, históricamente el subsector pionero en la implementación de programas preventivos, sobre todo en el área materno-infantil. Con la crisis socio-económica que vive el país desde el año 2000, y sus impactos en el sistema de salud, se estima que el sub-sector público provee actualmente cobertura a cerca del 50 % de la población total del país. El MSP-ASSE es el mayor efector público del país y posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según niveles de complejidad en: policlínicas, centros de salud y hospitales (A, B, C y especializados). Existe un total de 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos en todo el país.[1] Para cada uno de los 18 Departamentos del interior del país hay un Hospital Departamental que sirve de referencia para los demás establecimientos de ASSE en el Departamento.

El *Banco de Previsión Social* (BPS) es un ente autónomo del Estado incluido en la Constitución de 1968, actualmente vigente, cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, tales como atención al embarazo y a la infancia. Todos los trabajadores dependientes de la actividad privada tienen derecho al Seguro por Enfermedad prestado a través de dichas instituciones y contratadas por el BPS. Asimismo tienen derecho los patrones titulares de empresas unipersonales. El Banco, como prestador directo de servicios de salud, cubre: la atención al embarazo y el parto de los hijos de los trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad; la asistencia odontológica y de ortodoncia y asistencia social hasta los 9

años; y la atención sin límite de edad para aquellos con malformaciones congénitas. Posee un hospital propio y 6 centros materno-infantiles en Montevideo. En el resto del país contrata servicios al MSP o a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). La principal fuente de financiamiento son las retenciones de las contribuciones de los empleados y de los empleadores (aproximadamente un 90 % del total del financiamiento). También recibe fondos del presupuesto quinquenal del gobierno (10%).

Las *Intendencias Municipales* brindan atención ambulatoria en el primer nivel a la población general. Entre otras funciones, las Intendencias actúan como policía sanitaria sin perjuicio de las funciones del MSP. La principal fuente de financiamiento son los impuestos a través de los presupuestos quinquenales de las intendencias municipales. La IMM es la que ha desarrollado una red de atención de mayor cobertura, a traves de 18 policlínicas municipales, policlínicos móviles y convenios con centros de salud comunitarios.

La *Universidad de la República*, a través de su Hospital Universitario "Dr. Manuel Quintela" (512 camas), brinda atención en casi todas las especialidades médicas. Es un servicio público y general para pacientes agudos. Sus funciones son la docencia, investigación, y la prestación de servicios de salud. Su organización depende del Consejo Directivo Central de la Universidad. La principal fuente de financiamiento son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Posee todos los niveles de complejidad. A pesar de ser un centro de referencia nacional, por falta de recursos financieros está en una profunda crisis y ha debido suspender algunos de sus servicios.

La *Sanidad de las Fuerzas Armadas* - que depende del Ministerio de Defensa- posee un Hospital Central de 450 camas. La *Sanidad Policial* - que depende del Ministerio de Interior- posee un hospital de 70 camas. La principal fuente de financiamiento en ambas son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Ambas instituciones cubren al personal en actividad y en retiro, y a los pensionistas y sus familiares.

El *Banco de Seguros del Estado*, cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores del sector privado, cuenta con un Hospital de 160 camas en Montevideo y contrata servicios a terceros en el interior del país.

El subsector privado.

Está constituido por: las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, instituciones de seguro de pre-pago que brindan atención en los tres niveles); empresas que brindan seguros parciales de salud (entre ellas Emergencias Móviles, seguros odontológicos); los Institutos de Medicina Altamente Especializada (que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pago a través del Fondo Nacional de Recursos); sanatorios y clínicas privados y, las residencias para ancianos.

Las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago, con cobertura integral y cuyo número total de afiliados representa casi el 50% de la población del país (2000). Pueden adoptar alguna de las siguientes tres formas jurídicas (Ley 15.181, del 21 de agosto de 1981):

A) Asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que, mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica (son conocidas como "mutualistas" y las primeras en el país tienen casi un siglo y medio de existencia);

B) Cooperativas de profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa;

C) Servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar atención médica al personal de dichas empresas y sus familiares.

De las 50 IAMC que hay en el país, 7 son mutualistas. La mayoría de las otras son cooperativas de profesionales. Existen unas pocas instituciones creadas con anterioridad a la Ley de 1981 que no realizaron su transformación jurídica según las tres formas señaladas. Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí.

El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas, y del Ministerio de Trabajo, ejercen algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la

fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales. Las IAMC están distribuidas en todo el país, existiendo por lo menos una en cada departamento. La principal fuente de financiamiento son las cuotas (75 % del total de los ingresos en 1998). Estas cuotas pueden ser de tres tipos:

1. de pago individual,
2. de pago por convenio colectivo, o
3. pago por la Seguridad Social por un seguro obligatorio que suscribe a los trabajadores de empresas privadas a la IAMC de su elección, con una cobertura integral de salud, pero que no incluye a los dependientes.

Otras fuentes de financiamiento son los co-pagos para la utilización de servicios de los afiliados (11 % del total), y los ingresos por la venta de servicios y otros (14% del total). La mayoría de las IAMC están agrupadas en asociaciones de segundo grado (Federación Médica del Interior -FEMI-, Unión de la Mutualidad del Uruguay - UMU-, y el Plenario de IAMC). Las IAMC se relacionan con el subsector público, sobre todo, a través de la compra y venta de servicios. También existen otras coordinaciones en temas relacionados con la promoción y prevención de enfermedades a través de comisiones ad hoc. En la última década el modelo predominante en el Uruguay siguió siendo el de las IAMC; aunque hubo una tendencia creciente a la aparición de instituciones de "asistencia médica particular", las cuales son seguros de salud comerciales.

POBLACION TOTAL SEGÚN PRINCIPAL COBERTURA DE SALUD, POR SEXO Y AREA. 1996

	TOTAL	MSP	IAMC	San.Milit	San.Polic	Otros	S/Cobert.	Ignorado
Total pais	100	33.67	46.59	4.19	1.80	1.17	11.65	0.93
hombres	100	30.98	47.30	4.52	1.84	1.36	13.05	0.95
mujeres	100	36.20	45.92	3.88	1.77	0.99	10.34	0.90
Area urbana	100	33.15	47.31	4.40	1.91	1.15	11.17	0.91
hombres	100	30.63	47.92	4.78	1.96	1.31	12.47	0.93
mujeres	100	35.45	46.77	4.05	1.85	1.00	10.00	0.88
Area rural	100	38.74	39.44	2.10	0.81	1.42	16.40	1.09
hombres	100	33.86	42.25	2.33	0.85	1.75	17.88	1.08
Mujeres	100	45.21	35.72	1.79	0.77	0.98	14.44	1.09

Fuente: Departamento de Estadística – MSP.

Para el año 1996, como puede apreciarse en el cuadro, la cobertura brindada por el subsector público fue del 40.83 % de la población total, mientras que el subsector privado cubría el 46.59 % de la población, existiendo un 11.65 % sin cobertura y casi un 1 % sin datos. Como puede también observarse, las mujeres se asisten más en los servicios públicos, y esto seguramente está vinculado al desempleo que afecta fundamentalmente a la población femenina y a la mayor informalidad laboral que no permite acceder a la seguridad social y a la cobertura sanitaria mutual a través del Banco de Previsión Social.

Como ya hemos señalado, estos porcentajes han variado sensiblemente, fundamentalmente a partir de la crisis económica que afecta al país desde el año 2000. Según el Sindicato Médico del Uruguay, en el año 2003, cada día 264 uruguayos/as pierden su cobertura mutual, siendo absorbidos en su gran mayoría por el subsector público, o permaneciendo sin cobertura sanitaria de ningún tipo.

El modelo de atención tanto en el subsector público como privado, ha estado enfocado predominantemente a la "recuperación" de la salud (modelo técnico asistencialista), con un menor desarrollo de las actividades de promoción y prevención, lo cual genera problemas crecientes desde el punto de vista del financiamiento y desde el punto de vista de los resultados. De todas formas, las acciones de promoción y prevención son desarrolladas fundamentalmente desde el sub-sector público.

Aseguramiento: La información más confiable sobre cobertura que dispone el MSP es la referida a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Del resto del sub-sector privado no existe información. En cuanto a la cobertura del MSP existe una aproximación basada en el número de carnés otorgados que permiten el uso de sus servicios, pero no es muy confiable. Las sanidades militares y policial tienen población cerrada. Para las Intendencias Municipales y otras instituciones públicas no existe una información oportuna y confiable.

Existe cobertura múltiple por los sistemas públicos y privados de atención integral. Además de las que brindan atención integral, existe un conjunto de empresas privadas, un total de 64, que ofrecen **seguros parciales de salud**, de emergencia, de atención ambulatoria, odontológica, etc. Este sistema de seguro parcial existe desde la década de los 50 pero tuvo su expansión en la década de los 80. A ellos está afiliado el 30-35 % de la población total del país, siendo frecuente poseer una doble cobertura por este sistema y el de cobertura total.

Por decreto del Poder Ejecutivo de 1997, actualmente vigente, se crea el Registro Único de Cobertura Formal (RUCAF) que obliga a todas las instituciones del país, a remitir al RUCAF el padrón completo de sus afiliados o usuarios. Este sistema se está implementando en el momento actual y su finalidad es detectar dicha cobertura múltiple.[2]

POBLACIÓN RESIDENTE EN LOCALIDADES DE 5000 O MÁS HABITANTES, 2000

Derechos vigentes	Total	Montevideo	Interior
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
No Tiene	4,4	4,7	4,2
IAMC, afiliación. Individual	27,9	36,8	19,2
IAMC, afiliación por DISSE	17,2	21,3	13,2
Ministerio de Salud Pública	36,1	23,3	48,6
Otras instituciones públicas	11,7	11,5	11,8
Otras instituciones privadas	2,7	2,3	3,1

Fuente: Encuesta Continua de Hogares - 2000

Según la Constitución de la República (art. 44) *"el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes"*. El MSP otorga cuatro tipos de carné de asistencia a las personas:

1. carné gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, a los que no se les cobrarán los servicios prestados;
2. carné bonificado de asistencia que tiene dos categorías: los que deben abonar el 30% del arancel y los que deben pagar el 60% dependiendo de su nivel de ingresos;
3. carné materno – infantil, para mujeres embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen una atención gratuita (la cobertura de la atención prenatal por resolución ministerial del 2 de abril de 1986 se realiza gratuitamente en el MSP sin ninguna exigencia.) [3] y;

4. carné gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral.

Los trabajadores de la actividad privada se afilian a las IAMC a través del Banco de Previsión Social y por medio de un co-pago entre el trabajador y el empresario.

Varios procedimientos considerados de alta tecnología o de alto costo (litotricia, diálisis renales, cirugía cardiaca, prótesis de cadera, de rodilla, quemados, etc.) se financian a través del *Fondo Nacional de Recursos* (creado en 1979), y son realizados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada - que pueden ser públicos o privados -. El 100 % de la población del país está cubierto, por lo que no hay problemas de accesibilidad económica ni administrativa para dichos procedimientos. No existe una definición expresa de una canasta básica o plan básico de prestaciones. El MSP define el mínimo de prestaciones que se debe brindar al afiliado, por el monto de la cuota.

Se implementó a nivel del MSP un sistema de recolección sistemática de datos, indicadores asistenciales económico financieros (SINADI para parte del subsector privado y el PRORRECO para el MSP-ASSE). No obstante, no se realiza retroalimentación, control ni toma de decisión sobre la base de ellos. No ha habido cambios en la última década en la capacidad de elección de los usuarios entre distintos proveedores de salud: los trabajadores del sector privado tienen libre elección entre las diferentes instituciones de salud privadas; los trabajadores del sector público también lo tienen a excepción de algunos grupos que poseen sus propios servicios (Fuerzas Armadas, Policía). Los desempleados se atienden en el MSP; y los jubilados se atienden según su capacidad de pago en el MSP o las diferentes instituciones del sector privado.

En general, el uso de sistemas computarizados está difundido entre los diferentes centros de atención tanto públicos como privados. El desarrollo de redes computarizadas depende de cada institución. No hay aún una red que integre los sistemas de información computarizados de las diferentes instituciones.

Para el año 2000 el número de consultas anuales en las IAMC fue de 5,6 consultas por afiliado en policlínica, y 0,8 consultas por afiliado en urgencia. No hay información actualizada de las consultas anuales en el MSP. No se dispone

de información sobre las causas mas frecuentes de consulta. Todas las instituciones de asistencia médica colectiva brindan un servicio de visita domiciliaria. En los últimos años se viene desarrollando en las IAMC el sistema de internación domiciliaria. Salud Pública brinda atención domiciliaria dependiente de los centros de salud, existiendo además un programa de atención de Médicos de Familia.

Para el 2000 el número estimado de egresos fue de aproximadamente 170.000 en los efectores públicos y para las IAMC el número estimado fue aproximadamente de 168.000.

El MSP poseía una División de Promoción de la Salud, de la cual dependían los programas prioritarios que realizaban actividades de promoción y educación para la salud. Actualmente debido a la reestructuración del MSP aprobada por el Parlamento en el 2001, estas actividades pasaron a depender del Departamento de Salud de la Población de la Dirección General de la Salud y que comprende la División de Epidemiología y los Programas de Prevención. importa señalar que las acciones de promoción y educación en salud, se han visto debilitadas, destinándose para ello un mínimo del presupuesto global asignado a la salud.

Financiación

El gasto en salud en el Uruguay ha ido aumentando en forma progresiva, siendo en la actualidad de aproximadamente el 10% del PBI (correspondiendo al subsector público alrededor del 2.8 %). Si bien puede considerarse un porcentaje elevado, es ineficiente desde el punto de vista macroeconómico y microeconómico.

La principal fuente de financiamiento del MSP es el presupuesto nacional quinquenal a través de impuestos directos (en torno al 88 % del presupuesto total del MSP) y el resto por vía no tributaria (precios 8,7 %, y proventos 3,3%).[4] No existe un proceso de información único ni sistemático sobre el financiamiento del gasto en salud del país. Los tres mecanismos principales de financiamiento del sector salud son: a) pre-pago voluntario de cuotas (42,1%); b) precios, que incluye medicamentos, órdenes y tickets (IAMC) (31,8%); y c) impuestos (25,2%). Estas fuentes de financiamiento se superponen. En el sector público la

estructura de financiamiento muestra un predominio del financiamiento mediante impuestos. El financiamiento por vías no tributarias es escaso (por venta de servicios y precios 0,9 y 2,5% respectivamente) lo que refleja una baja recuperación de costos en el sector público[5].

En cuanto al sector privado, predomina la fuente de financiamiento a través de las cuotas de pre-pago por parte de la población afiliada (59 %). Gran parte de este aporte se realiza a través de transferencia de fondos de la Seguridad Social. Le siguen los precios abonados por la población que se pagan a los seguros parciales, a las farmacias externas, a las casas de salud y residenciales y a la asistencia estrictamente privada, y los pagos por órdenes y tickets por parte de la población afiliada a las Mutualistas.

Entre estas dos modalidades se cubre el financiamiento del 92 % del sector privado. Las cuotas de afiliación a las IAMC, han tenido un incremento real apreciable desde 1988, y el valor de las mismas se encuentra controlado por el Poder Ejecutivo.

Evolución de las cuotas mutuales en Montevideo

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cuota en Dólares	27,86	33,59	26,30	42,02	44,22	45,86	46,30	45,06	44,22

Fuente: i) Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. ii) Buglioli, M. et al. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la regulación. Gaceta Sanitaria 2002; 16:63-69.

Como puede observarse, el cuadro deja en evidencia que el porcentaje de gasto destinado a los programas de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica es sensiblemente bajo en el sub-sector público y nulo en el sub-sector privado, confirmando la afirmación realizada anteriormente que el sistema de salud en Uruguay está sustentado en un modelo técnico – asistencialista de recuperación de la salud.

Financiamiento del sector salud

INSTITUCIÓN	Estructura del financiamiento				
	Impuestos	Precios	Pre-pago	Proventos	TOTAL
Sector público:					
Ministerio de Salud Pública- ASSE	16,1			0,7	16,8
Sanidad FF.AA.	1,6	0,3			1,9
Sanidad Policial	1,0	0,3			1,3
Hospital de Clínicas(Univ. de la República)	1,5			0,1	1,6
Otros Públicos	3,0	1,9		0,1	5,0
Aporte del Tesoro al Fondo Nacional de Recursos	2,0				2,0
SUBTOTAL SECTOR PÚBLICO	**25,2**	**2,5**		**0,9**	**28,6**
Sector privado:					
Instituciones de asistencia médica colectiva		11,4	38,21		49,6
Aporte del sector privado al Fondo Nacional de Recursos			3,9		3,9
Otros Privados		17,9			17,9
SUBTOTAL SECTOR PRIVADO		**29,3**	**42,1**		**71,4**
TOTAL	**25,2**	**31,8**	**42,1**	**0,9**	**100,0**

Fuente: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995*. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS); 1996. Mimeo.

Gasto en Salud, 1994 – 1998

Años	Gasto en salud (millones de dólares)	Gasto en salud Per cápita	Gasto en salud en porcentaje del PBI
1994	1.590	498	9,08
1995	1.781	553	9,22
1997	2.163	663	10,05
1998	2.292	697	10,26

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Gasto en salud, Uruguay, 1995 y 1998 (en % sobre el total)

Sector de salud	Origen del Gasto										
	Retribución Personales		Medicamentos		Material y otros		Inversiones		Contrato a terceros		TOTAL
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	
Sector público	36,6	48,72	12,0	15,82	41,0	29,35	2,8	4,68	7,7	S/D	100,0
Sector privado	49,4	53,16	18,6	14,49	18,4	29,70	3,4	2,65	10,2	S/D	100,0

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Gasto en salud por tipo y prestadores de servicios, 1998.

Prestador	Tipo de servicio			
	Administración y Gestión	Prevención, Promoción y Vigilancia	Atención Curativa	Total
Sector Público	16,83	3,64	79,53	100
Sector Privado	0,04	0,00	99,96	100

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD, 1993 – 2001

TIPO DE RECURSO	AÑO								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Razón de médicos por 10,000 habs.	34,8	35,5	36,3	37,3	37,8	37,0	37,4	ND	43,8
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 habs.	6,5	6,8	7,0	7,2	7,5	7,5	7,8	ND	9,1
Razón de odontólogos por 10,000 habs	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,2	ND	13,1
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 habs.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 habs.	ND	ND	ND	ND	ND	3,2	3,2		3,9
Razón de radiólogos por 10,000 habs.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
No. De egresados de postgrado en Salud Pública	1	3	1	1	2	0	0	1	1

Fuentes: Uruguay. Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias. Boletines de varios años, excepto para el 2001 que se utilizó http://www.cjppu.org.uy . Para egresados de Salud Pública: Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Según estudios realizados en el medio[6], las tendencias en la demografía médica en el Uruguay han sufrido un aumento geométrico de la tasa de médicos por 10.000 habitantes, feminización de la población médica y mayor tendencia hacia la especialización y multiespecialización. Existe una gran variabilidad en las remuneraciones de los médicos, tanto en el ámbito público como privado y de especialistas y médicos generales, por lo cual no existen patrones de remuneración que sean representativos.

El MSP no tiene políticas formuladas en el área de recursos humanos. La única institución de formación de médicos es la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Las licenciadas en enfermería, parteras, psicólo-

gos, nutricionistas y técnicos (de laboratorio, registros médicos, anatomopatología) son formadas primordialmente en la Universidad de la República. En la última década hubo una proliferación de escuelas privadas para la formación de auxiliares de enfermería, especialmente en el interior del país. Todas las instituciones deben cumplir una serie de requisitos para acreditar la capacidad de los profesionales formados. Para poder ejercer, todo profesional de la salud debe estar registrado ante el MSP, quien habilita su ejercicio en el país. No existen colegios de profesionales, excepto el de enfermería

Legislación y normas

El MSP es el responsable de normatizar, evaluar y fiscalizar la atención de la salud en todo el país. Se creó en 1934 a través de la Ley Orgánica de Salud Pública estableciendo sus cometidos en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas. En noviembre de 1987 se creó dentro del MSP, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de acuerdo a la ley orgánica 15.903 a fin de ejercer *"la administración de los establecimientos de atención médica del MSP"* (Art. 267). De esta manera se divide la función normativa de la asistencial del MSP. En el marco de dicha ley, con el propósito de comenzar la descentralización, se creó el marco normativo para transferir a los gobiernos departamentales e instituciones del sector privado la administración o uso de establecimientos asistenciales propios. Sin embargo, actualmente ASSE sigue fuertemente centralizada.

Dentro del marco de la descentralización se destaca que en 1999 se realizó una experiencia piloto de gestión descentralizada en cuatro hospitales, la cual fue evaluada como exitosa. A fines del 2000 se establecieron nuevas formas de relación con otros 6 hospitales mediante la firma de compromisos de gestión cuyo propósito fue mejorar la eficiencia en la gerencia. La función normativa del MSP está a cargo de la Dirección General de la Salud (DIGESA) cuyos principales cometidos son[7]

- ◊ Elaborar y proponer la ejecución de planes, programas y proyectos de promoción y protección de la salud.
- ◊ Asesorar en la formulación, supervisión, control y evaluación de las políticas, planes, programas y normas vinculadas al sector salud, y proponer modificaciones a la legislación sanitaria existente.

- ◊ Promover la investigación científica en salud pública.
- ◊ Asesorar en la formulación de una política nacional de recursos humanos para la salud.
- ◊ Participar en la definición de las políticas de salud a nivel nacional, regional e internacional y actuar a nivel de las organizaciones internacionales específicas.
- ◊ Mantener actualizado un diagnóstico de situación de salud de la población y de su entorno físico y social así como de las necesidades en salud existentes en la población del país.
- ◊ Evaluar y asesorar sobre la necesidad, la eficacia y eficiencia de las tecnologías en salud aplicadas en el país.
- ◊ Promover el uso racional del medicamento y desarrollar una política nacional del medicamento.
- ◊ Dirigir y coordinar la ejecución de los planes, programas, proyectos y actividades destinados al cumplimiento de los cometidos sustantivos.
- ◊ Asistir a la jerarquía ministerial en aspectos referentes al funcionamiento de la Unidad Ejecutora así como respecto al cumplimiento de sus objetivos.
- ◊ Definir áreas de intervención programática para resolver problemas de salud colectiva, determinando responsables, objetivos, principales actividades y plazos de ejecución.

Los servicios de ASSE no tienen un marco regulatorio explícito en cuanto al funcionamiento, la estructura o la calidad de la atención de los servicios. Existe un sistema de acreditación que no es obligatorio para las instituciones públicas. En el proceso de descentralización los compromisos de gestión con los hospitales dependientes del MSP, permitiría evaluar el cumplimiento de las funciones señaladas en dichos documentos. Para el sector privado existe una regulación por la Ley 15.181 que define las prestaciones que se deben brindar, las inversiones a realizar, los requisitos mínimos para su funcionamiento, etc. Esta ley rige sólo para las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) pero no para los seguros parciales los cuales tienen un marco regulatorio menos estricto.

Respecto al funcionamiento de los servicios de salud, el MSP dispone del Sistema Nacional de Información (SINADI). Este brinda datos de las IAMC sobre cober-

tura, número de prestaciones de servicios, gestión económico-financiera, y algunas variables de recursos físicos de las instituciones. No obstante, no brinda información sobre recursos humanos. También tiene en ejecución, desde hace una década, un sistema de información sobre la producción, rendimientos y costos (PRORRECO) de los establecimientos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (MSP-ASSE). La información disponible es utilizada muy poco por el MSP, tanto a nivel central y local, como por las instituciones privadas.

La ley de creación de ASSE permite que las prestaciones de mayor complejidad puedan ser compradas a prestadores privados. En el interior del país, es frecuente la venta y compra de servicios entre ASSE y el subsector privado.

La superposición de servicios, la descoordinación interinstitucional, la falta de definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, cuestionan a tratar al conjunto de instituciones de asistencia como un sistema organizado (Filgueira, 1996).

Actualmente se está transitando una etapa de cambios políticos en el sector salud, tendientes a un fortalecimiento de la función de superintendencia por parte del Estado, control de calidad de las prestaciones, evaluación de la gestión, etc. Dentro del subsector público, se está produciendo un cambio hacia la descentralización, traducida por ejemplo, en la transferencia a los efectores del Primer Nivel, de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención, pudiendo ubicarse el desarrollo de programas de salud reproductiva (como el Programa de Salud Integral de la Mujer en Montevideo) como producto de ese proceso. Cabe destacar, asimismo, la tendencia hacia la coordinación entre los distintos efectores, de manera de lograr la protocolización para diagnóstico y tratamiento, sistemas de referencia y contra-referencia, etc., tendientes a subsanar algunas de las debilidades más importantes del sub-sector.

No existe una normatización en cuanto a la medición de calidad de los servicios, sino que las experiencias son puntuales. No hay una exigencia por parte del MSP de conformar un Comité de Ética para evaluar el comportamiento profesional en los establecimientos de salud. Las experiencias que existen son por iniciativa de cada establecimiento.

En noviembre de 1997 se decretó la obligación de que cada institución de salud pública o privada en el Uruguay tuviera un comité de control de infecciones intrahospitalarias, adjunto a la dirección, otorgándole un año de plazo para su implementación.[8] Aún no se tiene información de cuántas instituciones ya poseen un comité o programa de infecciones hospitalarias en funcionamiento en el ámbito nacional.

Desde 1996 se viene desarrollando el sistema de acreditación de Hospital Amigo del Niño. A la fecha se han acreditado algunas maternidades del país tanto públicas como privadas.

Por decreto del Poder Ejecutivo (junio, 1992) se establecieron las Normas de Conducta Médica y los Derechos del paciente. Dicho decreto creó también la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS). Esta Asociación se dedica principalmente al apoyo del usuario de los servicios de salud en los trámites de denuncias ante el MSP.

En el 2001 se aprobaron por el MSP la Cartilla de los Derechos de los Usuarios, la cual es obligatorio colocar en un lugar visible en todos los establecimientos del sector privado. No hay información sobre el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) establecidas y funcionando.

PROCESOS DE REFORMAS

Características

Las políticas de desarrollo en el Uruguay de los últimos 30 años han experimentado un viraje profundo. Crecientemente, se fue generalizando la idea que el viejo modelo "Estado dirigista" (Estado benefactor) ya no era más sostenible y debía ser reemplazado. La fórmula de "economías en transición" sirvió para designar estas reformas orientadas al mercado que comenzaron a ponerse en práctica en la década del 70, con lo que se dio en llamar la "primera generación de reformas". Uruguay comenzó a procesar luego de la transición democrática, en 1985, sus reformas de "segunda generación", o institucionales: la reforma de la Seguridad Social, de la Educación, de la Gestión Administrativa del Estado, y de la Salud, entre otras. (Mitjavila, Fernández, Moreira, 1999)

El tránsito de las reformas de "primera generación" parece hoy completo. Según los estudios de Morley et al (1999), Uruguay aparece no sólo como uno de los países más tempranamente reformados (junto con Chile y Colombia), sino como el país más reformado en una lista de 17 países de América Latina. Sin embargo, los estudios tienden a resaltar que la reforma del estado en Uruguay ha sido atípica cuando se la compara con la de otros países de la región, en particular porque siempre tuvo componentes "estatistas" combinados con formas gradualistas de introducir las reformas. (Mitjavila, Fernández, Moreira, 1999)

Según estos autores/as el *"carácter de la reforma "desobediente" a las tendencias marcadas por los organismos internacionales, ha llevado a una relativamente buena performance social frente a la situación de Latinoamérica. Esta performance social no sólo está relacionada con las políticas sociales y la forma en la que fueron reformadas, sino que también se debe a que el régimen welfare state subsiste de manera casi intacta."*

El estado uruguayo sigue teniendo una presencia poderosa y hegemónica en la vida cotidiana de los ciudadanos/as que no condice con las condiciones y compromisos asumidos frente a los organismos internacionales de crédito y fiscalización. Esto implicó transitar por soluciones atípicas para avanzar en su reforma.

Los intentos de privatización de empresas públicas han tenido que seguir, hasta la actualidad, modalidades menos tajantes. La tercerización ha servido para achicar la participación directa del Estado en la ejecución de algunas actividades y servicios, si bien los servicios básicos en su casi totalidad siguen estando a cargo de empresas públicas (agua potable, telefonía, electricidad, etc.)

La **reforma del Estado en Uruguay, en la cual se inscriben los intentos de reforma del sector salud**, sigue también una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector no parece ocupar un lugar prioritario. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, mantienen cautela al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar los consensos necesarios en las cuestiones "centrales" de la agenda (entre las cuales está ausente la salud y los derechos sexuales y reproductivos). Esa cautela coincide con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social. (Abracinskas, Dufau, Filgueira, López Gómez, Rostagnol, 2002).

Las innovaciones emprendidas se caracterizan por acciones que no reflejan necesariamente una articulación entre sí, ni reflejan lineamientos claros que permitan comprender su norte. No ocupa un lugar en el debate público (como sí sucedió por ejemplo con la reforma educativa), y los actores políticos mantienen cierta cautela al plantear innovaciones**.** Asimismo, la corporación médica constituye tradicionalmente un actor clave en la vida política del país. En Uruguay, se constata que el poder médico se articuló claramente con el poder político, siendo su presencia fundamental en los procesos de reforma "silenciosa" del sector salud. En tal sentido, el historiador uruguayo José Pedro Barrán señala que *"El Estado apoyó permanentemente y en casi todas sus pretensiones a la "clase médica" porque su saber representaba a la cultura científica ante la "ignorancia" popular, porque su poder era a menudo un agente eficaz del gobierno central en el interior, y porque ambos, saber y poder, tenían una función disciplinante clave en la construcción del Hombre que el orden establecido requería."* Y más adelante agrega: *"La solidez de esta alianza se advierte tanto en el apoyo médico al poder estatal, a la que ya aludimos, como en el apoyo del Estado a la medicalización de la sociedad.*[9]

Según el Informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el sistema de salud y la reforma en Uruguay (2002), el hecho más relevante de los últimos 15 años en el subsector público fue la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en el MSP (ASSE; artículo 275 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987). Si bien ASSE continúa bajo la dependencia del Ministro de Salud Pública, la ley de su creación otorga la potestad de transferir sus servicios a las municipalidades, realizar convenios con las instituciones privadas e incluso la gestión de determinadas cantidades de los presupuestos de los establecimientos por los llamados "Grupos de Apoyo" (vecinos de la localidad). La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una incipiente reforma del sector público que no se ha profundizado. En Uruguay no existe un proceso que intente reformar al sector salud en su totalidad. Para muchos autores este fue el comienzo del proceso de reforma de la atención a la salud. Sí hay, en cambio, un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer al MSP, tanto en su capacidad de gerencia como en la prestación de los servicios que brinda, y en las acciones de ciertos programas prioritarios. Tales proyectos forman parte de una política global del Gobierno tendiente a la modernización del Estado y al refuerzo de las áreas sociales, iniciada en 1995 y financiada en casi su totalidad por préstamos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El mencionado proceso está dirigido, a nivel general, por la Presidencia de la República y su Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y, dentro de cada sector, por el Ministerio del ramo. En el sector salud los proyectos se concentran en el subsector público y en su casi totalidad en el MSP.

En 1995 el gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE, dicho proyecto no fue aprobado. La estrategia de la reforma del sector salud se basa en la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del MSP.

La rectoría de los proyectos dentro del MSP la ejerce el Ministro con la asesoría de su Unidad de Cooperación Internacional, las tres Direcciones Generales, y los jefes de los proyectos del BID y del BM. Desde su inicio (1995), han habido varios ajustes en los proyectos y cambios de las autoridades ministeriales (cinco cambios de Ministro y cargos políticos correspondientes desde 1995 a marzo del 2002).

El MSP tuvo un papel relevante a la hora de impulsar la reforma. Los procesos se han dado de diferente manera y con diferente desarrollo en cada uno de los sectores público y privado. En el último año en el ámbito público en el proceso de la descentralización se realizaron compromisos de gestión entre ASSE y los hospitales. En el ámbito privado el Programa de Modernización de los Servicios de Salud (PROMOSS), realizó la recolección y procesamiento de los datos asistenciales y económico financieros que permitieron el conocimiento de la situación a este nivel. De acuerdo a este diagnóstico se le planteó a las distintas IAMC los problemas más relevantes de su estructura y funcionamiento. Según la respuesta a este diagnóstico las IAMC podrán solicitar préstamos a bancos internacionales para fortalecimiento del sector.

En suma, como hemos mencionado se han efectuado intentos de reforma del sector, entre las que se destacan la propuesta de la Ley de Descentralización de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) –impulsada entre 1990 – 1995-, la ampliación de la cobertura de la seguridad social a una franja de la población jubilada o la puesta en marcha de un sistema de identificación de usuarios del sistema público, pero aún están en debate. El rol del Estado en calidad de prestador de servicios de salud ha sido uno de los ejes centrales de

discusión en las propuestas de reforma. En tal sentido, uno de los principales nudos de debate es la contradicción entre el rol prestador-normatizador versus la tercerización (transferencia) de servicios al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil. La burocracia pública y el sector privado han hecho hincapié, en general, en la necesidad de separación de los aspectos asistenciales y normatizadores del Estado (Moreira, Fernández, 1997). Según esta propuesta, las funciones asistenciales deberían ser relegadas a un paquete básico de prestaciones, destinado a los sectores de menores recursos. Otras voces se han hecho sentir, asegurando que una estructura sólo "para pobres", afecta la calidad asistencial de todo el sistema.

"Las políticas de reforma del sistema de salud como tal, en Uruguay, han respondido más bien a un patrón de "reestructuración pasiva" del sector que a una política activa. Distintas propuestas de reforma fueron ensayadas desde la transición democrática, orientadas tanto a superar los déficits crecientes del seguro social de salud (mutualismo) como los problemas de ineficiente y mala calidad de atención a nivel del sector público. Sin embargo, diversos bloqueos políticos han inhabilitado no sólo la reforma, como también un debate público más compartido por los uruguayos sobre el tema." (Moreira, Fernández: 1997)

***Marco jurídico*:** No se tiene planificado proponer modificaciones a la Constitución o a la legislación básica del sector salud. En la reforma del Estado se reafirman los dos cometidos sustantivos del MSP establecidos en la Constitución de 1967 y en la Ley Orgánica del MSP (1934): brindar asistencia gratuita a la población carente de recursos, y promover la salud y fomentar la disminución de factores de riesgo en toda la población.

La equidad no se define en la normativa jurídica sanitaria vigente. El subsector privado se ha basado en la solidaridad intergeneracional y no en el principio de la equidad en la asignación de recursos.

No hay un programa específico de aumento de cobertura. Existe cierto consenso entre los operadores del sector en extender el aseguramiento por parte de la Seguridad Social a sectores aún no cubiertos, lo cual permitiría aumentar la población afiliada de las IAMC[10] No se ha establecido aún un conjunto básico de prestaciones.

Rectoría y Separación de funciones En el año 2001, el Parlamento aprobó la reestructuración funcional del MSP. Se crearon 3 áreas dependientes de la Dirección General de la Salud: Servicios de Salud, (Calidad, evaluación y auditoria), Productos (Equipos de salud, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y medicamentos) y Salud de la Población (Epidemiología y Programas Prioritarios). Se han realizado esfuerzos aunque no coordinados de mejorar los sistemas de información. No hay ningún planteo de reorganización de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

***Modalidades de descentralización*:** Aunque no se logró dotar, aún, de un mayor grado de autonomía a los hospitales del ASSE –como lo permite la ley de 1987- el MSP continua impulsando la desconcentración y descentralización de sus establecimientos a través de un proyecto financiado por el Banco Mundial, que crea los hospitales públicos de gestión descentralizada. Para ello se espera fortalecer los cuadros gerenciales de los hospitales.

***Participación y control social*:** No existen mecanismos institucionales de participación de las organizaciones de la sociedad civil para el seguimiento de las políticas de salud en Uruguay. Existen algunas Comisiones de Apoyo en algunos hospitales de ASSE. También existen comisiones barriales de salud que apoyan a los centros de salud de las Intendencias Municipales, sobre todo en las periferias de las ciudades.

***Financiamiento y gasto*:** En 1996 y en 1999 el MSP publicó las primeras cuentas nacionales de salud. En el año 2000 realizó las cuentas nacionales referente al VIH-SIDA. En la actualidad se está trabajando con las cuentas relacionadas con los accidentes de tránsito. A pesar de estos incipientes esfuerzos, aún no se han introducido medidas que modifiquen sustancialmente la estructura ni composición del gasto en salud y su financiamiento.

***Oferta de servicios*:** No hay ningún proyecto en la actualidad dirigido a modificar sustancialmente la oferta de servicios de primer y segundo nivel. No ha habido ningún aumento de los proveedores de servicios públicos ni privados.

***Modelo de gestión*:** Se están implementando, como ya se ha señalado compromisos de gestión entre los hospitales del MSP-ASSE, para mejorar la eficiencia de la gestión. En el ámbito privado como consecuencia del PROMOSS, se han

evidenciado problemas en la gestión de las IAMC los cuales deben ser solucionados para poder acceder a préstamos para la reactivación de las instituciones.

***Recursos humanos*:** En la formación de los recursos del sector se han introducido cambios, readecuando los cupos de Residencias médicas para priorizar la atención de primer nivel. En el ámbito de la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados está implementando la Educación Médica Continua a través de la acreditación de instituciones y programas, con miras a una futura re-certificación de los profesionales.

***Evaluación de resultados**:* No existen estudios que indiquen que los cambios que pudieran haber ocurrido en el país en cuanto a la equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación comunitaria se puedan deber total o parcialmente a una Reforma Sectorial (OPS, 2003)

Actores involucrados

El proceso de debate público sobre el sistema de salud y las transformaciones que éste requiere no ha tenido la amplitud en la participación de actores diversos, así como tampoco el involucramiento activo de la ciudadanía. Tal como ya hemos señalado, el proceso de reformas parciales, se han dado en una modalidad "silenciosa" y gradual, que ha dificultado un debate abierto y activo, así como ha invisibilizado las tendencias a las que responden estas transformaciones parciales del sistema.

Por otro lado, un estudio realizado por Centro de Estudios Sociales e Interdisciplinarios del Uruguay (CESIU-1999) sobre las relaciones Estado–Organizaciones de la Sociedad Civil[11], revela que el rol de estas últimas es relativamente "nuevo" en el contexto político de la reformas en el Uruguay y que el *"legado histórico no es el mejor"*. El estudio señala "*una "debilidad" de la sociedad civil uruguaya, que si bien ha exhibido históricamente una alta capacidad asociativa y organizativa, permaneció relegada frente al protagonismo de los actores políticos y estatales"*. (Moreira, 1999)

En el período post-dictadura, y cumpliendo un rol importante en la recuperación democrática, un tejido de organizaciones sociales emerge como nuevas formas de "representación" social. En ese contexto, y a partir de la década del 80,

junto a la explosión de diversos nucleamientos sociales en torno a temáticas no incluidas en las agendas de los partidos políticos tradicionales, las organizaciones de mujeres y feministas comienzan a jugar un rol relevante en la visibilización de la discriminación y desigual condición de la mujer en Uruguay.

En el año 1985, la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), instancia de diálogo y acuerdos nacionales para la reconstrucción democrática del país, que nucleó a los partidos políticos, la central sindical de trabajadores y trabajadoras, organizaciones sociales, etc., definió lineamientos estratégicos sobre el sector salud, como recomendaciones hacia el nuevo gobierno democrático que se instalaba en el país. En ese contexto las incipientes organizaciones de mujeres y las mujeres de partidos políticos y sindicatos acordaron constituir la Concertación Nacional de Mujeres que elaboró documentos de diagnóstico y propuestas en educación, salud, trabajo, participación política –entre otros- identificando las situaciones que afectaban la condición de las mujeres.

En la década de los 90, fundamentalmente las organizaciones de mujeres vinculadas a los temas de salud, cumplieron un papel decisivo en el "camino a Cairo" (CIPD, El Cairo 1994) y en colocar en la arena política asuntos de población, desarrollo y salud sexual y reproductiva como asuntos de equidad, justicia y derechos humanos. Desde entonces se han desarrollado estrategias sostenidas de *advocacy* en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, y se han centrado las "energías institucionales" en incidir en la definición de políticas y programas en salud reproductiva desde el enfoque de género, no realizando -salvo excepciones-, prestación de servicios.

Como se ha mencionado, en Uruguay los principales actores políticos, no han actualizado la agenda en materia de derechos que propicien el ejercicio pleno de la ciudadanía. En el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, no existen políticas de Estado que otorguen continuidad a las acciones: *"(…) un país como Uruguay donde la discontinuidad de tendencias programáticas, políticas de reforma del sector salud, programas, acciones y responsables tienen una alta rotación y discontinuidad. No solamente porque en cada cambio de administración, cada cinco años, se renueva gran parte de la composición legislativa y del cuerpo de decisores políticos a nivel ejecutivo, sino porque además al no contar con políticas de Estado, se suele comenzar siempre de cero, no hay acumulación de procesos ni acciones y, en general, no se garantiza continuidad ni aún cuando el mismo partido político está en el gobierno o en la institución ejecutiva."* (Abracinskas, L., López Gómez, A., 2001)[12]

Debate público

En este apartado ubicaremos las principales posturas definidas desde los distintos actores implicados, tomando como línea de partida, las que surgieron de los acuerdos de la CONAPRO en el año 1985 ante la recuperación de la democracia en el país. Desde entonces y hasta la fecha, las gremiales de trabajadores/as del sector salud, gremiales profesionales, partidos políticos, Universidad de la República y organismos de gobierno con el apoyo del Banco Mundial, han elaborado documentos de propuestas que intentaremos sintetizar en este apartado.

El Documento de la CONAPRO (1985)

El 11 de febrero de 1985, el Grupo Salud de la CONAPRO hizo público el documento final producto de los acuerdos alcanzados en el proceso de trabajo. El documento centraba los componentes fundamentales para el adecuado funcionamiento del sistema de salud, así como la organización básica requerida para el logro de una atención de alta calidad para toda la población.

El Documento[13] en su parte introductoria, señalaba que *"El derecho a la salud no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata, y por lo tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente, como el derecho a la libertad o la soberanía nacional, se construye y se conquista; su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad."... "El ejercicio pleno de este derecho debe fundarse en criterios de universalidad, equidad y solidaridad." "Para el logro de los fines expuestos se creará el Sistema Nacional de Salud, éste, que será único, tendrá el objetivo de lograr una atención de la salud igualitaria, integral, continua, de calidad adecuada y accesible a todos los habitantes de la República, sin distinción de nivel socioeconómico, ni de ninguna otra especie, sin exclusiones ni superposiciones, de orientación preventiva, y de contenido profundamente humanista."*

El Documento de la CONAPRO, planteó con claridad la necesidad de crear e implementar un Sistema Nacional de Salud (SNS) con prestaciones igualitarias, integrales y accesibles para toda la población, inspirado en el marco conceptual de la Atención Primaria de la Salud. La conformación de un SNS es visualizada como un proceso de integración progresivo de las estructuras públicas y pri-

vadas; la coordinación interinstitucional constituye un factor decisivo para el adecuado funcionamiento de la nueva estructura. El sistema exigía un ordenamiento por niveles de complejidad de los efectores, así como la regionalización de acuerdo a su capacidad de respuesta a la demanda.

En relación a la forma jurídica del SNS y su relación con el MSP, el documento expresa: *"Se promueve desde el punto de vista jurídico la creación por ley de un organismo, con el máximo de autonomía administrativa y financiera que permita el desarrollo del SNS y el cumplimiento de sus fines, asegurando un eficiente contralor del Estado".... "El SNS se relacionará con el Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública".*

De esta forma se independizaba al MSP de sus funciones de prestación de servicios, y se transfería al SNS esa función. Se ubicaba en la propuesta al MSP en su rol de rector de salud, encargado de formular la política a nivel nacional, controlar el funcionamiento del sistema en su conjunto, establecer las normativas, ejercer la supervisión y control del cumplimiento de las mismas, elaborar programas y desarrollar el sistema de información y vigilancia epidemiológica nacional.

La propuesta del programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS – MSP)

El programa FISS-MSP financiado por el Banco Mundial, ha elaborado un conjunto de informes que constituyen documentos de sistematización en propuestas de reforma del sector (FISS, 1997). Según los documentos la reforma debería apuntar a cuatro objetivos fundamentales: equidad, eficiencia microeconómica, calidad y eficiencia en la asignación de recursos. Estos objetivos serían enmarcados en dos alternativas políticas de la reforma: una primera, según declara el documento, de mayor impacto sobre la reducción de la tasa de crecimiento del gasto en salud, que es un "*modelo global de transformación del sistema actual"*; y una segunda, menos ambiciosa – pero quizá más viable políticamente - definida como un conjunto de *"ajustes parciales al sistema".*

El modelo "global" supone la creación de un Fondo Nacional, a partir de los aportes de los presupuestos públicos de salud, los aportes obligatorios al seguro de salud, y las contribuciones privadas, que realizarían un pago *per capita* (que puede ser igual para todos los individuos, o ajustado por franja de riesgo).

Los efectores de salud (instituciones autorizadas que demostrarían estar en condiciones de prestar estos servicios, incluyendo en pie de igualdad hospitales públicos, seguros parciales e IAMC), deberían brindar una canasta de servicios de asistencia básica completa y obligatoria que eventualmente podría incluir también la cobertura de servicios de alta tecnología brindados actualmente por el Fondo Nacional de Recursos. Todo servicio que quedara fuera de la canasta se compraría en régimen de libre mercado. (Mitjavilla, Fernández, Moreira, 2002)

Respecto a los roles del Estado y el mercado, el documento señala que el Estado garantizaría y subsidiaría la asistencia médica a los indigentes, y los usuarios de Servicios Públicos quedarían en libertad de elegir la institución que les provea su Canasta de Servicios de Salud. Con respecto al sistema IAMC, el documento afirma que las actuales instituciones podrían actuar como intermediarias de un modo similar al que hoy actúan las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP) en el mercado de Fondos de la Seguridad Social. Esto requeriría una agencia central de regulación y financiamiento que fije estándares de servicios, canalice los fondos y controle calidad y resultados.

El modelo de ajustes parciales por el contrario, supone el mantenimiento del sistema multi-institucional, con un presupuesto público para los organismos públicos y un financiamiento privado y de la Seguridad Social para las instituciones privadas. Pero se harían ajustes al esquema general. En conjunto, el paquete de ajustes no parece diferir demasiado del "modelo global".

La propuesta de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS – PIT – CNT)

La FUS es la gremial que nuclea a los y las trabajadoras de la salud, perteneciente a la central única de trabajadores/as (PIT – CNT). En el Documento[14] elaborado recientemente en su 11 Congreso (FUS, abril 2003), se denuncia la emergencia social que vive el país, afectando directamente al sistema de salud. Define a la situación como de *"extrema gravedad que abarca a todo el sector público y privado en todo el país"*. Señala que como consecuencia de esta situación *"hay una exclusión evidente de los sectores de la población de menores ingresos a la atención de sus problemas de salud"*. Y enfatiza que la misma "*debe ser revertida rápidamente y requiere de medidas emergentes y apropiadas a la gravedad de la situación".*

El documento señala que *"un factor determinante en esta crisis es el actual modelo asistencial, curativo y no preventivo, que privilegia de forma desproporcionada la utilización de alta tecnología de diagnóstico y tratamiento, generando una incremento incesante de costos. Un modelo que no es integral y que no cumple adecuadamente las actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la persona, la familia y el grupo social y su hábitat. No asegura la continuidad en la atención de salud, predominando la descoordinación, con superposición de actividades y registros clínicos heterogéneos e insuficientes. La desarticulación de la acción de los efectores de salud públicos y privados genera una duplicación o triplicación de servicios que son la contracara de la ausencia de una cobertura real".*

La FUS señala como principios básicos para un Sistema de Nacional de Salud la universalidad, la accesibilidad, la integralidad y el carácter preventivo. Señala además la necesidad de los controles de calidad de los servicios y los criterios de oportunidad, continuidad, eficacia y eficiencia. En cuanto a la equidad señala que ésta *"no significa tratamiento igualitario sino la aplicación de una estrategia que reconozca los diferentes niveles de riesgo sanitario que existen socialmente y asigne los recursos para encararlos eficazmente. El gasto en salud está muy desigualmente distribuido entre el sector público y el sector privado, lo que refleja inequidad profunda del estado sanitario de los diferentes sectores sociales. Inequidad que se ha ahondado en los últimos años. Este gasto está concentrado en el segundo y tercer nivel de atención, en los medicamentos, y la alta tecnología diagnóstica y terapéutica."*

En cuanto a la descentralización el documento señala que *"la centralización normativa y de conducción es una necesidad frente a la actual multiplicidad de regulaciones. Al mismo tiempo la desconcentración de la ejecución es un lineamiento fundamental para lograr la eficiencia en el funcionamiento del sistema. En una dimensión mayor, la descentralización en cuanto transferencia de poder desde las instancias centralizadas a las descentralizadas, es una de las estrategias de largo aliento, que se apoya en la participación popular."*

La propuesta de la FUS enfatiza en la participación de los actores señalando que éste es *"uno de los principios fundamentales de la organización y funcionamiento del SNS, desde la base hasta la dirección, a nivel local, departamental y central."* Y señala que los usuarios tienen derecho a *"elegir entre distintos efectores en el nivel secundario y terciario, y dentro de cada zona en la atención del primer nivel. Tiene el derecho a participar en el análisis de los problemas de salud de su comunidad y en la definición de las grandes líneas a seguir."*

Finalmente, en cuanto a la estructura de SNS, el documento señala que *"el SNS debe ser un organismo público descentralizado, dirigido por una Junta Nacional de Salud integrada por el MSP, por un Super Intendente de Salud (nombrado por el Poder Ejecutivo), por un delegado de la Universidad de la República, un representante de los usuarios y un representante de los trabajadores (técnicos y no técnicos)" "El conjunto de los efectores de salud públicos y privados sin fines de lucro dependerán en la definición de las políticas nacionales, de las normativas y planes de salud, y en la contratación de sus prestaciones, de la Junta Nacional de Salud".*

La propuesta de la FUS que sintéticamente planteamos en este apartado, se sostiene en *"la lucha contra la pobreza como un eje estratégico"*, en la cual el documento señala que la salud y su atención integral juega un rol fundamental. Aunque todavía es muy débil en la propuesta la integración de otras dimensiones de la equidad como la de género, raza, etnia, orientación sexual, edad en la atención de la salud.

La incidencia de las organizaciones de mujeres

En tanto, el proceso de la reforma sectorial de salud en Uruguay, mantiene características de escasa visibilización y una modalidad fragmentada de debate público, la estrategia de un sector de las organizaciones de mujeres (algunas de las organizaciones que trabajan específicamente en salud y DDSS y DDRR) ha sido la de incidir también de forma "silenciosa", aprovechando los intersticios de la institucionalidad. En tal sentido, las acciones han intentado articular una agenda de transformación del sector salud introduciendo la salud reproductiva desde el fundamento de la integralidad. A modo de ejemplo, se ha logrado la incorporación de las prestaciones en anticoncepción, incluida la AE en los servicios públicos de salud del primer nivel de atención.

Esto ha constituido un paso fundamental en el proceso de cambio del modelo de atención, desde uno centrado en lo materno infantil hacia otro desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva en su integralidad. A las prestaciones tradicionales de control de embarazo y puerperio, se incorporó la detección oportuna de cáncer genito mamario y la anticoncepción, en una línea programática de salud integral de la mujer. La intención es avanzar ampliando la concepción de integralidad de la salud sexual y reproductiva mediante la interconexión de las acciones que se llevan desde los programas de VIH/SIDA, los de

anticoncepción, prevención de cáncer genito-mamario, control de embarazos, fecundidad asistida, etc.

Otros actores en el debate

Otros actores que se han involucrado activamente en el debate mediante la generación de propuestas de reforma del sector salud han sido la **Universidad de la República** (UdelaR), la principal institución de formación de profesionales del país, de investigación y en cuya órbita funciona el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", uno de los principales centros de agudos del país. La UdelaR ha elaborado documentos de diagnóstico y propuestas hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud, así como para la transformación del Hospital de Clínicas.[15]

Por su parte, los **partidos políticos** no han generado en los últimos años, documentos programáticos sobre el sector salud, de pública circulación. Seguramente, la proximidad del debate electoral (2004) les exigirá a los distintos sectores partidarios la explicitación de sus propuestas para abordar la crisis que afecta al sistema de salud, mediante la generación de medidas de emergencia y de medidas estratégicas tendientes a su transformación.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública (1999). Departamento de Estadística. *Establecimientos de Salud en el Uruguay*. Montevideo:

2. Instituto Nacional de Estadística (1996): "Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos - Uruguay urbano – 1994 - 95". Montevideo.

3. OPS CLAP (2001) Sistema Informático Perinatal en el Uruguay. SIP 15 años en el Uruguay. Montevideo.

4. Ministerio de Salud Pública (1996). El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS. Mimeo.

5. Ministerio de Salud Pública. (1998) Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo: Ministerio de Salud Pública – Fortalecimiento Institucional del Sector Salud.

6. Serra J.(1997) La oferta actual de médicos y su proyección: . En :Proyecto Centro Médico. Area formación de recursos humanos para la salud. Informe final. Coordinadora C. Barbato. Mimeo. Montevideo.

7. Documento MSP – DIGESA. Disponible en la página web del MSP www.msp.gub.uy

8. Quintana A. (1998) Organización, actividades y resultados del primer sistema multiinstitucional de control de infecciones intrahospitalarias. *2ª Reunión nacional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud.* Grupo de trabajo multiinstitucional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud. Montevideo.

9. Barrán, J. P. (1992) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. El poder de curar. Ediciones Banda Oriental. Montevideo.

10. Buglioli, M. et al. (2002) Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la regulación. Gaceta Sanitaria.

11. Estudio solicitado por el FAS (Programa de Fortalecimiento del Area Social) – MSP.

12. Abracinskas, L. López Gómez, A. (2001) Los derechos sexuales y reproductivos en la

arena de la acción política. Estrategias de advocacy desde la sociedad civil organizada. Ponencia realizada en el Seminario ONGs. Y Gobernancia. Organizado por Programa MOST – UNESCO Montevideo.

13. CONAPRO (Concertación Nacional Programática) (1985) Propuestas hacia un sistema nacional de salud. Montevideo.

14. Federación Uruguaya de la Salud (FUS) (2003). Documento "Para construir juntos un país con salud" 11ª congreso de FUS – PIT – CNT. Montevideo.

15. Universidad de la República. (1998) Modelo de atención a la salud en Uruguay. Revista de AQFU. Año VIII Nº 23 Segunda Epoca. Montevideo.

MORTALIDAD MATERNA

INDICADORES NACIONALES

Las tendencias de la mortalidad infantil y la mortalidad materna han presentado comportamientos disímiles. Mientras la mortalidad infantil ha mostrado una franca tendencia al descenso tanto antes del año 1994 como después (tendencia que por otra parte sigue siendo descendente), la mortalidad materna se mantuvo estable en todo este período, con una ligera tendencia al descenso.

Si se analiza el período 1990 - 1994 la tasa de mortalidad infantil global de ese período fue de 19,8 por mil, tasa que en el período 1995 – 2002 se redujo a 15,8 por mil. Con un rango que varió entre 20,4 p/1000 en 1990 y 13,5 p/1000 en 2002. [1]

Cuando se analiza el comportamiento de la mortalidad materna se puede observar un rango que fue desde un mínimo 1,1 p/10.000 en 1999 a un máximo de 3,8 p/10.000 en 1991. Mientras que el análisis global del **período 1990–1994 muestra una tasa de mortalidad materna global de 2,5 p/10.000, y durante el período 1995 – 2002 la tasa global se situó en 2,3/10.000.** [2]

Distrubución de nacimientos, muertes maternas e infantiles y sus respectivas según año. Uruguay 1990-2002.

Año	Total de Nacimientos	Total de M. Maternas	T.M.M. p/10.000	Total de M. Infantiles	T.M.I. p/1000
1990	56514	9	1,6	1152	20,4
1991	54754	21	3,8	1157	21,1
1992	54190	14	2,6	1011	18,7
1993	56076	14	2,5	1128	20,1
1994	55990	12	2,1	1060	18,9
1995	56664	14	2,4	1110	19,6
1996	58862	11	1,9	1033	17,5
1997	58032	17	2,9	964	16,6
1998	54760	11	2	900	16,4
1999	54055	6	1,1	786	14,5
2000	52770	9	1,7	746	14,1
2001	51959	19	3,6	721	13,8
2002	52045	16	3,1	704	13,5

Fuente: Departamento de Estadística MSP.

Respecto a la confiabilidad de los datos, Uruguay, es un país que se ha caracterizado por una buena calidad en sus registros vitales y varias son las razones que han contribuido a ello. Pueden destacarse entre otras, el ser un país pequeño, sin problemas de accesibilidad geográfica, con niveles elevados de atención institucional del parto, aspectos que facilitan los registros. A su vez, destaca especialmente la obligación de registrar todas las defunciones mediante el empleo del certificado de defunción, como requisito previo para el enterramiento de cada fallecido.

Pero, lo que en un primer momento aparentaba ser registros consistentes han ido mostrando algunos defectos entre los que se pueden citar:

A) pacientes en edad fértil que mueren por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio, pero que son mal registradas en el Certificado de Defunción y que pasan desapercibidas.

B) muertes que han sido identificadas en la Auditoría de Muerte Materna, pero que no lo son a través del Certificado de Defunción.

Históricamente, la mortalidad materna se registra en la División Estadística del MSP a punto de partida del certificado de defunción. Cada vez que en dicho certificado (como causa de muerte) se indica que la muerte se ha producido durante el transcurso de un embarazo, el parto o el puerperio se procede a registrar la muerte materna que formará parte de las estadísticas vitales del país.

Como intentos para corregir estos posibles defectos se instauró, por decreto en el año 1987, las Auditorías de muerte materno-feto-infantiles. Este intento no fue en sus inicios lo suficientemente efectivo, ni alcanzó la cobertura deseada, por lo que fue retomado en 1998 con un cambio de formularios tendiente a facilitar el registro y el estímulo a los técnicos para realizar la auditoria en el lugar donde ocurre la muerte. Se procedió a desarrollar el formulario de **registro de auditoria de muerte materna** que tiene por virtud, que la muerte debe ser auditada localmente en el lugar donde se produjo, involucrando a los técnicos actuantes y solicitando además la opinión individual del jefe del servicio involucrado. Esto intenta impedir la invisibilización del tema por parte de los equipos de salud, a la vez que se pretende que sirva como base para auditar el proceso y calidad de la atención, cuyo fin último es reducir la muerte por causas evitables.

Si bien este procedimiento está normatizado y amparado por un decreto presidencial, el cumplimiento no es del 100%.[3] Se puede considerar entre las probables causas que conspiran con el total cumplimiento, la irresponsabilidad de algunos profesionales, la carencia de mecanismos sancionatorios para aquellos profesionales o instituciones que no cumplan con la norma, y en ocasiones, la dificultad de efectuar un diagnóstico correcto sobre la condición de "gestante" de la fallecida.

De todas formas la combinación de los dos procedimientos citados (Registro de defunciones por la División Estadística del MSP y Registro de las Auditorias de

Muertes Maternas en el Área Mujer-Niñez del MSP) han mostrado incongruencias que indicaban claramente la existencia de un subregistro. Las incongruencias se vieron al existir defunciones maternas sin su correspondiente auditoria, pero también se pudo comprobar (lo que es más grave aún) la existencia de auditorias de muerte materna con certificados de defunción en los que la condición que definía la muerte "como materna", había pasado desapercibida.

Ante los inconvenientes citados, se procedió a instalar la búsqueda activa de las muertes maternas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), en el Hospital de Clínicas y en los centros de tratamiento intensivo a los que el CHPR traslada a las mujeres con compromiso vital. Este procedimiento no logró mejorar mucho más el registro, pese a que entre el 60 y el 80% de las muertes maternas están vinculadas con el CHPR (en su carácter de principal maternidad pública del país) además de ser junto con el Hospital de Clínicas, los principales centros públicos a los que se trasladan las principales complicaciones obstétricas de todo el país.

Otra fuente de información que se está empleando es el "método del rumor", cada vez que se difunde la información de una probable muerte materna, no registrada por el sistema formal, se sale en su búsqueda. El equipo que sale a confirmar o descartar el dato está constituido por técnicos del Área Mujer Niñez. Esta forma de vigilancia epidemiológica es de bajo rendimiento, pero en los últimos 3 años ha permitido identificar dos muertes maternas, en las cuales no se había efectuado la auditoria, y el certificado de defunción ignoraba la vinculación al embarazo.

Finalmente, el último método empleado consiste en la investigación bimensual de todos los certificados de defunción (con prescindencia de la causa consignada) cada vez que la muerte se produjo en una mujer entre 15 y 49 años de edad. Se trata de un proceso tedioso, pero que garantiza una mayor aproximación a la realidad.

Cuando la muerte (pese a no ser consignada como una muerte materna) abre dudas, se procede a reclamar la historia clínica de la fallecida y en caso de persistir la duda, se procede a la autopsia verbal, de los familiares o conocidos cuando existen.

Distribución anual de las muertes maternas totales y casos nuevos hallados por el análisis sistemático de todos los certificados de defunción de mujeres entre 15 y 49 años. Uruguay 1999 – 2002

AÑO	Total Muertes Maternas	Casos Nuevos
1999	6	0
2000	9	0
2001	19	2
2002	16	1

Fuente. Área Mujer Niñez MSP

Principales causas de Mortalidad Materna.

A lo largo del período considerado (1990-2002) se registraron 173 muertes maternas sobre un total de 716.671 nacimientos lo que constituyó una tasa de 2.4 por 10.000 nacidos vivos. Durante todo ese período la mortalidad por aborto fue de 27%, convirtiéndose en la principal causa independiente de muerte materna. La situación de la mortalidad materna en el período pre Cairo 1990-1994 tenía en el aborto la explicación del 22% de las muertes maternas. (ver tabla siguiente)

El incremento en las prácticas inseguras de aborto aumentó el número de muerte maternas por esta causa, sosteniéndose el incremento desde el año 2001. En el Hospital Pereira Rossell el aborto pasó a ser la principal causa de muerte entre las gestantes, alcanzando la cifra del 49 %.

Este aumento coincide con la agudización de la crisis económico social vivida por el país en las últimas décadas. Y han colaborado a visibilizar el problema, las mejoras en la identificación y registro de las muertes maternas. Todos estos componentes han hecho que el problema del aborto inseguro haya adquirido relevancia como problema de salud, hecho que hasta el momento había pasado desapercibido o, al menos, subestimado, para el sector salud.

El incremento en la mortalidad materna por aborto inseguro hasta convertirlo en la primera causa de mortalidad materna, diferencia a Uruguay de la mayoría de los países del mundo y de la región en los cuales el aborto alterna entre la segunda o tercera causa de muerte.[4]

Evolución de la mortalidad materna por causas. Uruguay 1990-2002

AÑO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ABORTO	1 (11%)	4 (19%)	5 (36%)	3 (21%)	2 (17%)	5 (36%)	4 (36%)	3 (18%)	1 (91%)	1 (17%)	0 (0%)	11 (58%)	6 (37%)
CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	8	16	9	11	10	7	7	11	6	3	7	8	8
Hemorragias	-	-	-	-	-	0	2	2	2	1	3	3	3
Estados Hipertensivos	-	-	-	-	-	1	1	7	2	1	2	2	2
Infecciones Genitourinarias	-	-	-	-	-	1	0	0	0	0	0	0	0
Puerperales	-	-	-	-	-	2	1	0	1	1	0	3	3
Otras	-	-	-	-	-	3	3	2	1	0	2	0	0
CAUSAS OBSTERICAS INDIRECTAS	-	1	-	-	-	2	0	3	4	2	2	0	2
TOTAL	9	21	14	14	12	14	11	17	11	6	9	19	16

Fuente: Departamento de Estadísticas MSP

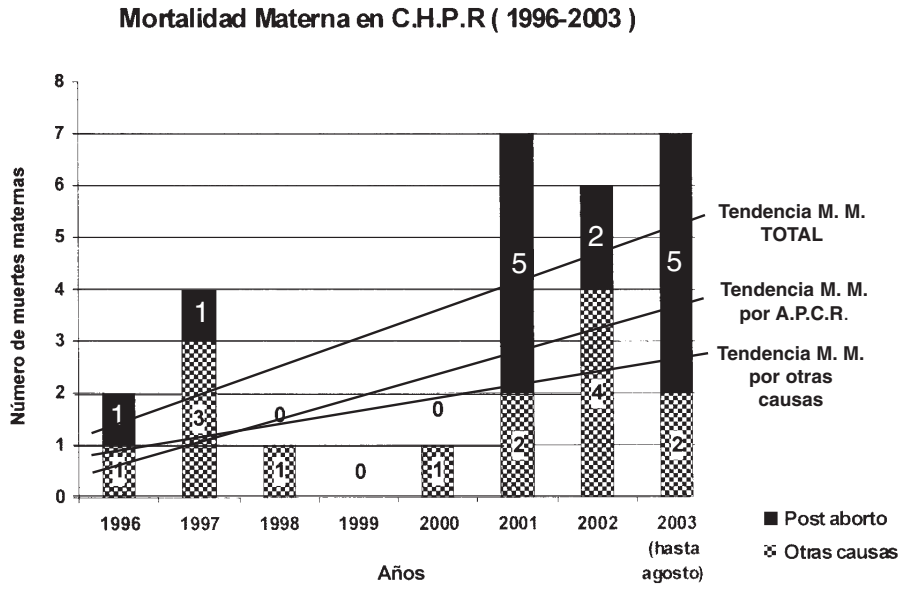
Incidencia de la muerte materna por aborto inseguro en los indicadores de mm en el Hospital Pereira Rossell (CHPR)

En la próxima tabla se describe la mortalidad materna en general y específicamente por aborto provocado en condiciones de riesgo entre los años 1996 y 2003 (incluyendo hasta el mes de agosto).

Evolución de la mortalidad materna por causas en el C.H.P.R.

AÑO	OTRAS CAUSAS	POST ABORTO	TOTAL
1996	1	1	2
1997	3	1	4
1998	1	0	1
1999	0	0	0
2000	1	0	1
2001	2	5	7
2002	4	2	6
2003 (hasta agosto)	2	5	7

Del análisis de estos datos surge claramente una tendencia en aumento de la mortalidad materna en este periodo en el CHPR. El valor de r^2 es de 0.40.



Analizando las causas de la mortalidad materna se descubre que el incremento se debe sobre todo a la muerte post aborto con un valor de r^2= 0.44, con respecto al incremento de la mortalidad por otras causas (infección, estados hipertensivos, hemorragia etc.) con un valor de tendencia de r^2=0.13.

La situación descrita en el CHPR - como representante de la situación en el sub sector público de atención de salud- es significativamente diferente que en el resto del sistema de atención. Así el riesgo de que ocurra una muerte materna es 2.64 veces mayor en el CHPR que en el resto del país. Por otro lado, el riesgo de morir por aborto provocado en el CHPR. es de 3.64 veces más en este Centro asistencial.[5]

POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA

El modelo de Estado proteccionista llevó en la década de los 50 al desarrollo de políticas de salud en las cuales la atención de la mujer embarazada se vio indirectamente beneficiada. Se establecieron en el primer nivel de atención Centros de Salud materno infantiles en todo el país que enfatizaron el control de embarazo, parto y puerperio, fundamentalmente para reducir la mortalidad infantil perinatal. A inicios de los años 90, se decreta la obligatoriedad que las maternidades dispongan de especialistas de guardia las 24 horas para la atención del parto y que a su vez esta atención sea gratuita a nivel público, mientras que, a nivel del sub-sector privado, se incluye dentro de los costos del pre-pago.[6 7]

Estas políticas contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna en etapas muy tempranas si se compara la situación de Uruguay con el resto de los países de la región. Algunos de los objetivos que están planteados para la región en los próximos años, nuestro país ya los ha cumplido desde hace varias décadas[8]. El desafío es sostener y mejorar estos logros.

Al respecto se puede señalar que en Uruguay:

- El 99% de los partos son institucionales.
- La atención del parto es efectuada por profesionales universitarios en el 100% de los casos (médicos y/o parteras).

- La atención del embarazo, del parto y del puerperio es gratuita a nivel del sub - sector público.
- Las instituciones cuentan con personal calificado las 24 horas.
- Se garantiza el acceso, en el 100% de los casos que así lo requieran, a tratamientos quirúrgicos, cuidados intensivos y sangre segura.

El mayor impacto en la disminución de la mortalidad materna fue a través de acciones previas a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, Cairo, 1994) y en las que cabe agregar a las ya mencionadas políticas de salud, otras que fomentaron la enseñanza laica, gratuita y obligatoria.

Por último, a partir de la CIPD, en 1996 se comienzan con la prestación de servicios de anticoncepción a nivel del sector público, de forma gratuita a las usuarias que así lo deciden. Esta es una prestación que se encuentra en proceso de universalización y que, por el momento, no puede considerarse como una política de estado ya que no se han asignado los recursos genuinos para garantizar la continuidad de las prestaciones. El mantenimiento de esta política está sometida a los avatares en los cambios de personal responsable.

Las políticas de salud materno - infantiles en el país, no han incluido hasta el momento, la atención de las complicaciones del aborto inseguro, así como tampoco han desarrollado estrategias para la reducción de la mortalidad materna por esta causa, siendo que desde el año 2001 es la de mayor incidencia.

Políticas de Mortalidad Materna y Aborto

De los datos de mortalidad materna en la última década en el Uruguay queda claro que las cifras son de las más bajas en la región. Y, dado que, por definición esas muertes son evitables los indicadores hablan de una injusticia social que merece toda la atención del Estado. Cuando se ve que en los últimos dos años la mortalidad materna se debe en la mitad de los casos a complicaciones del aborto efectuado en condiciones de riesgo, no quedan dudas que el aborto inseguro en Uruguay debería ser un asunto prioritario de salud pública.

Al ser el aborto considerado una práctica ilegal por la legislación vigente, no existen servicios legales de aborto en ninguna de las causales. Por tanto, la práctica se efectúa en la totalidad de los casos en el circuito clandestino y las mujeres de más bajos recursos tienen que practicarlo en condiciones de extrema precariedad, con el consiguiente riesgo de muerte y o mutilación.

Se han producido esfuerzos desde el sector médico procurando el establecimiento de acciones para disminuir la mortalidad materna por aborto. En este sentido, se ubican las *"Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo" (Grupo Iniciativas),* que desarrolló la propuesta de Normativa de atención y Guías Clínicas, el cual está integrado por agentes sanitarios (desde la ginecotocología, epidemiología, parteras, enfermeras, asistentes sociales, psicólogas, etc.) nucleados a partir de las Clínicas Ginecotocológicas A y C de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con sede en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Ministerio de Salud Pública.

En el proceso de elaboración de estas normativas participó MYSU en tanto integrante de la sociedad civil organizada.

Las propuestas del Grupo Iniciativas fueron aprobadas por el Consejo de la Facultad de Medicina, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Ginecotocología.[9]

La propuesta de "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" (Anexo 1) se elaboraron en diciembre de 2001 y se presentaron oficialmente al MSP el 8 de Marzo del 2002. En ellas, se incluye la atención post-aborto complementándola con la atención pre-aborto en lo que se denomina "Guías clínicas de la normativa sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" (Anexo 2). Complementando esta normativa general se elaboró en el año 2003 las "Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la sepsis obstétrica"[10]. (Anexo 3)

Estas propuestas no han obtenido aún la aprobación del MSP, organismo que tampoco ha introducido modificaciones que permitan enfrentar la gravedad del aborto inseguro en el país y su incidencia en la mortalidad materna. Sin embargo continúan las gestiones para que dichas normativas sean aprobadas en el correr del presente año.

atención Post- Aborto

Como ya se ha señalado el MSP no ha regulado ni normatizado la atención del post-aborto, así como tampoco la atención a las consecuencias de su práctica insegura. Esta es una exclusión con respecto al resto de la Atención de la salud materna que cuenta con las Normas de Atención Materno Infantil.[11]

En la propuesta de las "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"en lo que respecta a la **atención post aborto** se expresa que:

La consulta y sus características dependerá de que se realice por complicaciones o estando la paciente asintomática. En la consulta por complicaciones se establece que deberá evaluarse la situación clínica y actuar en consecuencia recordando:

- que no es obligatoria la denuncia de la mujer que ha decidido abortar.
- que conjuntamente con las medidas médicas clásicas de atención debe hacerse especial énfasis en no culpabilizar a la mujer que ha abortado ni banalizar el hecho.
- que debe procurarse dar un tratamiento integral bio – psico social.

En las consultas sin complicaciones diagnosticadas, la propuesta de Normativa se divide en las siguientes etapas: prevención y manejo de eventuales complicaciones; apoyo psicológico y clínico; anticoncepción inmediata, llenado del formulario de atención y seguimiento del caso.

Para la prevención y manejo de eventuales complicaciones se recomienda evaluar las condiciones del aborto provocado, el tiempo transcurrido y el tratamiento profiláctico si lo hubo. Para el apoyo psicoemocional se debe derivar a una consulta especializada: cuando hubo dudas en la decisión tomada; cuando hubo necesidad de explorar otras posibilidades; para procesar el duelo por el aborto; cuando hay discordancia en la pareja frente a la decisión y/o en aquellos casos en que el aborto no fue voluntario (salud materno – fetal). En la anticoncepcion inmediata, recomienda comenzar de inmediato con ACO de altas dosis y métodos de barrera. En el llenado del formulario se debe aclarar que la información es confidencial y el seguimiento se realizará al mes de producido el aborto, con la 1era. menstruación

El Grupo Iniciativas está ejecutando las "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" en su principal área de influencia que es el Hospital Pereira Rossel desde el mes de octubre del 2002 dentro de la atención de salud que brindan los dependientes de la Facultad de Medicina.

Concomitantemente, se realiza un relevamiento estricto de la situación epidemiológica para evaluar los resultados de la puesta en práctica de esta normativa.

Desde el Grupo Iniciativas, el entrenamiento de proveedores de atención sanitaria incluyó inicialmente la difusión de la problemática del aborto provocado en condiciones de riesgo mediante actividades en los medios de comunicación y actividades de formación dirigidas a efectores de salud

Para la difusión de la problemática se han realizado ateneos, conferencias, publicaciones en medios locales e internacionales de artículos y de libros. Se presentaron ponencias sobre la realidad del aborto en Uruguay, en eventos académicos nacionales y regionales.

Se desarrollaron actividades de sensibilización de los equipos de salud integrando al temario curricular de formación de grado de Facultad de Medicina, módulos teóricos sobre "Aborto provocado en condiciones de riesgo" en el Ciclo Clínico Patológico III. También se han dado clases teóricas a los estudiantes de 1er año de la carrera, aunque todavía no está integrado formalmente a la curricula universitaria. Se ha incorporado la temática en la formación de los Residentes de Ginecotocología, incluyendo la participación en forma voluntaria, de la atención de usuarias en las policlínicas ginecológicas.

Conjuntamente con MYSU se organizó la capacitación de un grupo de profesionales de la salud en *Orientación para la atención pre y post – aborto*, que nucleó a 40 efectores de salud pública, en la primera experiencia de formación concertada entre organizaciones feministas y sector médico. Este curso contó con el reconocimiento académico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. (Anexo 4)

Calidad de atención en el post-aborto.

La calidad de la atención post aborto se puede analizar considerando por lo menos tres aspectos básicos:

1. tratamiento de las urgencias
2. servicios de planificación familiar y orientación post - aborto
3. vinculo con los servicios integrales de salud

La situación de la atención es desigual en el sub sector público con respecto al subsector privado. En términos generales, el tratamiento de la urgencia obstétrica se maneja de manera aceptable mientras que los servicios post aborto no están promovidos aún.

En el sub sector público, el tratamiento de las urgencias pueden responder a dos tipos de complicaciones: aquellas que ponen en riesgo la vida de la usuaria (básicamente infección y hemorragia) y aquellas que no lo hacen (retención de restos). Las complicaciones que ponen en riesgo la vida de la usuaria son manejadas de manera idónea, aunque no protocolizada aún. En general, cuando las acciones médicas son infructuosas, lo son más por la situación terminal en la que llegan las mujeres que por un tratamiento ineficaz.

Las complicaciones, como la retención de restos ovulares, son manejadas de manera agresiva, ya que no se ha generalizado aún el legrado aspirativo (AMEU) sino que se continúa con el legrado instrumental. La necesidad de anestesia, en el caso del legrado instrumental, pone riesgo adicional a la mujer y prolonga innecesariamente el tiempo de internación y los gastos.

Los servicios de atención post aborto están separados física y administrativamente de los de planificación familiar. Esto, junto a la falta de equipos multidisciplinarios capacitados, lleva a que en la actualidad, en general, las mujeres que consultan por compilaciones inherentes al aborto provocado no obtengan su alta con un método anticonceptivo adecuado a sus circunstancias.

A la situación ya mencionada se agrega la falta de integralidad de los servicios cuando se enfrentan a la atención post – aborto. Habitualmente, las situaciones específicas de mujeres adolescentes, víctimas de violencia sexual, las mujeres

con infecciones de transmisión sexual y las mujeres pobres, encuentran barreras adicionales para su adecuada atención, debido a la falta de integralidad de los servicios.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe del Departamento de Estadísticas. Servicio de Información Poblacional. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, Setiembre 2003.

2. Idem anterior.

3. De Mucio B, Matijasevich A. (2002) Análisis de Auditorias de Muerte Materno, Feto Infantiles. II Foro de Mortalidad Materno Infantil evitable. Montevideo.

4. Organización Mundial de la Salud. Maternidad Segura. Paquete Madre/Bebé: implementando la maternidad segura en los países. WHO/FHE/MSM/94.11.

5. Briozzo, L., et al., (2003) Unsafe abortion in Uruguay. Int J Gynecol & Obstetrics,.(en prensa- SIGY S-8231)

6. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad materna en las Américas. Informe de los países. Uruguay. PAHO/HPP/HPF/95.42

7. Mc. Carthy B. (2001) The relationship between skilled attendant at delivery and maternal mortality in developing countries. Regional Meeting Launching the Norms for the Management of Complications of Pregnancy and Childbirth. Washington DC.

8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional.

9. Berlangieri C, Berro G, Briozzo L, y col. (2002) Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo..

10. Rodriguez, F., M. Perez, and L. Briozzo (2003) Guía Clínica para el manejo de la sepsis obstétrica. Clínicas Ginecotocológicas "A" "B" y "C" de la Universidad de la República. Clínica Ginecológica "B" de Salud Pública: Montevideo.

11. Ministerio de Salud Pública (1999), Normas de Atención materno - Infantil, ed. D.M.

Infantil. Montevideo: República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública - Dirección Promoción de Salud - Departamento materno infantil. Comisión Honoraria Materno Infantil.

ABORTO

MARCO LEGAL VIGENTE

El aborto voluntario en Uruguay está penalizado a partir de la Ley Nº 9763 del año 1938. Había sido descriminalizado totalmente como conducta en el Código Penal de 1934. En consecuencia, podía realizarse por cualquier persona, en cualquier lugar, sin expresión de causa y durante todo el tiempo de la concepción hasta el nacimiento. Según el estudio de Dufau (2000)[1]: *"Importa analizar esta solución por su anticipación en el tiempo. Por esos años, muy pocos países habían desincriminado la conducta y por supuesto, ninguno en América. Era lo que podemos llamar una "despenalización total", con ausencia absoluta de regulación, sin causales ni plazos (no se conoce otro caso igual en derecho comparado). Trajo como consecuencia, la reacción no sólo de los sectores confesionales, sino de otros sectores de la opinión pública que no estaban dispuestos a apoyar una solución tan radical".*

Los documentos de la época argumentan que una de las razones de la despenalización de 1934 –en años de dictadura de Terra- se debió al aumento y frecuencia de la práctica. De acuerdo a las argumentaciones y registros realizados por el Dr. Turenne en 1933: "*De 1897 a 1925 los partos atendidos anualmente en mis servicios habían ascendido de 198 a 1197 y los abortos de 4 a 480. Es decir que mientras los partos apenas se habían quintuplicado, los abortos eran 120 veces más frecuentes y la proporción había ascendido de 2 a 40%* "[2]

Sin embargo, en 1935 un decreto del Poder Ejecutivo dejó en suspenso la medida iniciando el proceso de penalización que culminó en enero de 1938 con la ley Nº 9.763. De acuerdo a la historiadora Graciela Sapriza fue clara la incidencia

de los sectores conservadores católicos además de otros temas que incidieron como el descenso de la natalidad en el país. La libre elección del número de hijos a tener, el ser "dueña de su cuerpo" como reclamara la primera feminista uruguaya María Abella, en 1909, fue desconocida.[3]

El factor determinante en la repenalización de la práctica fue el mensaje del Poder Ejecutivo firmado por Terra y en el que consta que *"la relajación moral de las costumbres, fenómeno que acusa su mayor agudeza después de la gran guerra europea, nos brinda una mujer moderna, que aspira a disfrutar de todas las libertades de que ha gozado hasta ayer el hombre ... este tipo de mujer ha cometido el error, no solamente moral sino biológico de exigir una equiparación con el hombre en el dominio de su vida sexual."*

Se consolidaba así el discurso político-ideológico que ubicó a la mujer en el lugar de objeto pasivo de las políticas públicas. Las decisiones de las cúpulas partidarias no dudaron en imponerse aún en situaciones cruciales que comprometen la vida de las mujeres.

La ley 9.763 declara delito el aborto, ingresando al Capítulo IV del Código Penal con el artículo 325 y siguientes. Esta norma aún vigente establece:

> *"325. **Aborto con consentimiento de la mujer**: la mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión, de tres a nueve meses.*
> *325 bis. **Del aborto realizado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer**: el que colabore en el aborto de una mujer con su consentimiento con actos de participación principal o secundaria será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión.*
> *325 ter. **Aborto sin consentimiento de la mujer**: el que causare el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría.*
> *326. **Lesión o muerte de la mujer**. Si a consecuencia del delito previsto en el art. 325 bis, sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de dos a cinco años de penitenciaría, y si ocurre la muerte, la pena será de tres a seis años de penitenciaría."*
> *"327. **Circunstancias agravantes.-** Se considera agravado el delito: 1º Cuando se cometiera con violencia o fraude. 2º Cuando se ejercitare sobre la mujer menor de dieciocho años, o privada de razón o de sentido. 3º Cuando se practicara por el marido o mediando alguna de las circunstancias previstas en el inciso 14 del artículo 47 ."*

> *"328. **Causas atenuantes y eximentes**. 1º Si el delito se cometiera para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, pudiendo el Juez, en el caso de aborto consentido, y atendidas las circunstancias del hecho, eximir totalmente de castigo. El móvil de honor no ampara al miembro de la familia que fuera autor del embarazo. 2º Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, para eliminar el fruto de la violación, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, y si se efectuare con su consentimiento será eximido de castigo. 3º Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, por causas graves de salud, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento o para salvar su vida será eximido de pena. 4º En caso de que el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer por razones de angustia económica el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento podrá llegar hasta la exención de la pena. 5º Tanto la atenuación como la exención de pena a que se refieren los incisos anteriores regirá sólo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. El plazo de tres meses no rige para el caso previsto en el inciso 3º."* [4]

Según Dufau (2001) *" vale la pena destacar que la sanción aplicable a la mujer, oscila entre un mínimo de 3 y un máximo de 9 meses de prisión; que algunas de las circunstancias atenuantes previstas, son de similar tenor a las del Código del 89 e ingresan otras. Se deja a criterio del Juez y de acuerdo a las circunstancias de hecho, la posibilidad de eximir totalmente de castigo, siempre que el aborto fuera practicado: con el consentimiento de la mujer, por un médico y dentro de los 3 primeros meses de la concepción."* [5]

En los 64 años de vigencia de la ley se ha demostrado que además de represiva y punitiva ha sido ineficaz[6], nunca se implementaron las condiciones para la realización de abortos legales dentro de las causales atendidas. Lo que sí promovió y generó fue una práctica clandestina, la cual se produce las más de las veces de manera insegura, provocando altos riesgos en la salud de la mujer e incluso la muerte.

ESTIMACIONES

El Instituto Nacional de Estadísticas señala que: *"En Uruguay no existen datos suficientes sobre la prevalencia del aborto ni estimaciones confiables sobre esta práctica. El Dr. Turenne, Médico Jefe del Servicio de Protección Maternal estimaba, en base a estadísticas llevadas por la Casa de la Maternidad en los años 1915-1919, que el 27% de los embarazos terminaban en un aborto. De las memorias del Hospital Maciel, dicho Dr. infería para el año 1925 que el 29% de los embarazos tenían igual fin. Dichas cifras correspondían a mujeres que llegaban a estos centros asistenciales después de haber abortado. El intento más fundado y reciente para el estudio de este fenómeno se da con motivo de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud del año 1986 donde (a través de las historias de embarazos) se obtiene información directa de las entrevistadas respecto a la incidencia del aborto y la sitúa, para los años precedentes a la investigación, en una magnitud de 20,6 abortos por cada 100 partos."* (Instituto Nacional de Estadísticas, 2003)

En el año 1975 se difunde el trabajo realizado por el equipo de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (Morel, Serra, Alvarez y González) basado en la revisión de historias clínicas, donde se indican que en ese año alrededor del 50 % de las mujeres que consultaron a nivel mutual y el 39 % de las que consultaron en el Ministerio de Salud Pública, admitían haberse realizado por lo menos un aborto provocado.

En el trabajo realizado por el Dr. Pienovi sobre 1.000 mujeres usuarias del Ministerio de Salud Pública (MSP), se afirmaba que en el quinquenio 1975-80 cada 100 partos se producían 30 abortos voluntarios. Estas cifras son notablemente menores a las aportadas por el Prof. Hermógenes Alvarez, en 1974, de 150.000 abortos anuales.

Según Briozzo (2003) estimar la incidencia de la práctica del aborto provocado con los datos que se disponen es extremadamente difícil. La posibilidad de inferir la tasa de abortos provocados -con esos datos- tiene un grado de error muy elevado. De todas maneras, partiendo de la información que internacionalmente se reporta sobre la prevalencia del aborto provocado, se puede sugerir que por cada recién nacido vivo hay entre 1 y 3 abortos provocados. Esto ubicaría a Uruguay en cifras que oscilarían entre 50.000 y 150.000 abortos anuales.

Según un estudio publicado en el 2003 (Sanseviero, 2003), se estima que en el país se producirían **33.000 abortos voluntarios por año.** El autor señala que *"las estimaciones se realizaron a través de tres estrategias definidas en base a la clasificación de mujeres según* su *capacidad de acceso al aborto. Un primer grupo fue definido como mujeres de escasos recursos económicos y escaso capital social que, en general, no acceden a clínicas. Los abortos de estas mujeres se estimaron sobre la base de los egresos hospitalarios del sector público por causas de "embarazo terminado en aborto" (0 00-0 08, Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión). Los egresos hospitalarios por estas causas se expandieron para Montevideo e Interior a partir de la consideración del porcentaje que representaban con respecto al total de nacimientos dentro del sector público. La estimación para este grupo de mujeres arroja la cifra de 4.289 abortos en el interior del país y 1.718 para Montevideo; un total aproximado de 6.007 abortos. Un segundo grupo fue definido como mujeres de sector social medio del interior del país. Se trata de mujeres que, según diferentes grupos de informantes, cuentan con medios económicos para acceder a clínicas de su lugar de residencia o próximas. La estimación se realizó a partir de los datos brindados por una de esas clínicas, instalada en una capital departamental, que aportó una serie suficientemente amplia de registro de actividades (julio 1989 – diciembre 2001), así como de los perfiles de sus usuarias. El promedio anual de abortos practicados en esa clínica fue expandido al total del interior del país, a partir de conocer la relación existente entre ese promedio de abortos y el número de nacimientos anuales en el departamento. Lo que arrojó la cifra de 11.000 abortos anuales para ese sector de mujeres en el interior del país. Un tercer grupo fue definido como mujeres de sector social medio y alto de Montevideo y alto del interior del país. La estimaciones para este grupo se basaron en las cifras de abortos aportadas por las clínicas de Montevideo. Para esta estimación fue de particular importancia la información aportada por las clínicas montevideanas, muchas de las cuales ofrecía importantes niveles de desagregación, incluyendo lugares de residencia de las mujeres, edades y ocupación. Ello nos permitió establecer que el porcentaje de mujeres del interior que concurren a algunas de esas clínicas se sitúa en el 35 %. El número de abortos anualmente practicados en esas clínicas ascendió a 16.000." "De todas maneras para el año estudiado (2000) –considerando información que promedia el período 1999-2001- se estima que se producen en el país alrededor de 33.000 abortos voluntarios anuales, como cifra base. Más allá que esta cifra es muy inferior a algunas estimaciones que se han realizado con anterioridad, esa magnitud implicaría una* ***tasa de aborto*** *(proporción del numero de abortos con respecto al total de nacimientos mas abortos) del* ***38.5 %.*** *En forma aproximada, de cada 10 "concepciones", 4 abortan. Esa tasa de aborto sitúa a Uruguay de acuerdo a estimaciones internacionales en un* ***12º lugar*** *en 81 países considerados.*[7]

INICIATIVAS POLÍTICAS PARA UN CAMBIO LEGISLATIVO

Desde la redemocratización del país en 1985, en cada legislatura se presentaron distintos proyectos de ley que nunca lograron pasar más allá del tratamiento y acuerdos alcanzado en comisiones.

Proyecto de ley de Despenalización del Aborto de 1985, presentado por los diputados del Partido Colorado, Luis Lamas y Victor Vaillant.

Proyecto de Ley Interrupción voluntaria del Embarazo de 1993 presentado por el diputado del Frente Amplio, Rafael Sanseviero, que pasó a tratamiento de la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados.

Proyecto de Ley Interrupción voluntaria del Embarazo, aprobado por unanimidad de todas las fuerzas políticas representadas en 1994 en la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados, con modificaciones.

Proyecto de Ley Aborto del año 1998, basado en el proyecto de 1994 con modificaciones en la exposición de motivos elaboradas por la diputada del Frente Amplio, Raquel Barreiro.

El Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, elaborado en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados logró su aprobación en esa Cámara el 10 de diciembre de 2002, y votado negativamente en Cámara de Senadores el 4 de mayo de 2004. (Ver Anexo 5)

Este proyecto, en primer lugar, ubicaba al Estado como el principal responsable en garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, sin discriminaciones de ningún tipo. Y recomendaba que:

- se incorpore la educación sexual a nivel de la enseñanza formal;
- se garantice el acceso a servicios de planificación familiar;
- se disminuya la morbi-mortalidad materna;
- se incentive la maternidad y paternidad responsables.

En su articulo 4 habilitaba la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación si la mujer así lo decidiera.

Establecía que el equipo de salud debe brindar orientación a la mujer informándole sobre programas existentes de apoyo a la maternidad así como la posibilidad de la adopción como medida alternativa, registrando en la historia clínica la decisión tomada.

En el caso de menores de 18 años o con discapacidad debía contarse con la aprobación de sus padres o tutores, pero en caso de que exista divergencia de opiniones la joven podría recurrir al juez para hacer respetar su decisión, el cual tendría 5 días para expedirse.

Se extendía el plazo de interrupción del embarazo hasta las 24 semanas en los casos de aborto por malformación fetal y no había plazo establecido en los casos de riesgo de vida de la mujer. En las situaciones que debiera interrumpirse con una edad avanzada y con un feto con viabilidad extra-uterina, se debía disponer del avance técnico profesional para lograr la sobrevida fetal.

El aborto era considerado un acto no lucrativo disponible tanto en servicios públicos como privados y debería ser realizado por especialistas en ginecología. Se habilitaba la objeción de conciencia de los profesionales hasta 30 días de promulgada la ley. Dicha objeción debía ser válida tanto para su práctica en el ámbito publico como privado. Los profesionales recién recibidos tenían la posibilidad de objetar conciencia cuando ingresan a un servicio. La objeción de conciencia no podría ser razón para que el servicio de salud no responda a la demanda de una usuaria. Si todos los profesionales de ese servicio eran objetores de conciencia debían procurarse los medios para satisfacer la solicitud de la mujer.

Se sostenía el delito de aborto en aquellos casos que fuera practicado contra la voluntad de la mujer o en las situaciones en las que no se cumpliera con lo establecido por la ley.

Debate público y actores involucrados

En el año 2001, la difusión en los medios de comunicación de la muerte de mujeres por consecuencia de abortos inseguros generó que, nuevamente, el

problema del aborto en condiciones de riesgo fuera asunto de debate público. El involucramiento de nuevos actores generó una mayor sensibilización de la opinión pública. En este contexto, en el año 2002, la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes del Parlamento Nacional, a instancias de la Comisión de Género y Equidad de la misma Cámara, inició el debate sobre los cuatro proyectos de Ley presentados desde el reinicio de la institucionalidad democrática en el país. Para el estudio y la elaboración de una nueva propuesta se realizó un amplio proceso consultivo convocando a distintos actores sociales, académicos, religiosos, respetando la diversidad de opiniones en este campo.

MYSU, la Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) y CLADEM-Uruguay, fueron las instancias de las organizaciones de mujeres que dieron opinión en el proceso de consulta. Los ejes argumentales en los que centraron sus intervenciones fueron básicamente tres:

> La urgencia de modificar la ley existente y las condiciones que clamarían por no dilatar más la búsqueda de una solución, en esta legislatura.
>
> La complejidad y el desafío que implica legislar buscando un marco jurídico que profundice la democracia e integre la dimensión social (además de la política y civil) de los derechos humanos –incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos- de tal manera que al garantizar su universalidad se respete la individualidad de creencias y decisiones, y se aseguren las condiciones de equidad para que su ejercicio no refleje discriminaciones de ningún tipo.
>
> El énfasis en que el derecho a la autodeterminación reproductiva es un derecho y obligación de cada persona (hombre y mujer) y que, el mismo, se desarrolla en mejores condiciones cuando se ejerce a través de la información y la educación, y no mediante el disciplinamiento o la imposición.

En la ponencia realizada por MYSU se señalaba que: *"la conclusión más clara es que en el terreno de los derechos reproductivos no puede imponerse ningún modelo, porque no hay un único modelo que pueda englobar y respetar la sumatoria de individualidades con sus éticas, creencias, filosofías y conductas propias. Por lo tanto nuestra recomendación a esta Comisión es la de que traten de acordar una ley que facilite y promueva responsabilidades, deberes, beneficios y relaciones de autonomía y solidaridad en lugar de imponer condiciones estrictas y restrictivas que puedan seguir marginando y excluyendo a las personas del derecho a ejercer sus derechos."*

Concluye la intervención: *"Si el poder del conocimiento se distribuyera de forma más equitativa y se reconociese la capacidad y sabiduría de las personas para tomar decisiones responsables, avanzaríamos mucho más que si se intentara imponer un modelo hegemónico o un sistema de valores único y cerrado. Fortalecer libertad y responsabilidad parecen ser vías más adecuadas y efectivas para lograr actos de conciencia que reprimir, imponer dogmas o atemorizar a las personas con medidas punitivas convirtiendo en DELITO para todos lo que es PECADO para algunos. **...** En ese sentido es que nos parece sustancial que toda iniciativa que aborde estas problemáticas se incluya dentro de una visión integral y amplia de ciudadanía. Por eso siempre hemos entendido que la problemática del aborto no será resuelta si no es abordada desde su complejidad. Para reducir la incidencia del aborto y los estragos de su práctica clandestina no sólo se necesita modificar la ley vigente, garantizar servicios y desarrollar mecanismos de prevención y de educación, sino que se necesita fortalecer a todas las personas, sin discriminaciones, en tanto sujetos de derechos."* (Ver Anexos 6)

La media sanción del proyecto de Ley en Cámara de Diputados fue un hecho sin precedentes en el país, y constituyó un hito no sólo para Uruguay sino para toda la región. Durante el año 2003, la Comisión de Salud del Senado, recibió a diferentes delegaciones de la sociedad para profundizar en el análisis del proyecto. La Comisión no pudo llegar a una posición de consenso por lo que se resolvió el pasaje del proyecto para su definición en el debate en Cámara. Se inicia el debate el 13 de abril de 2004, continuando el día 14 de abril, y culmina el 4 de mayo, sesión en la cual finalmente se votó de manera negativa por 17 votos contra 13 positivos.

Desde la reconstrucción democrática, el problema del aborto ha sido tema de debate legislativo, tal como fuera señalado anteriormente. El análisis será centrado en el proceso vinculado al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, en la medida que se considera que el mismo logró un tratamiento legislativo sin precedentes, el apoyo de amplios sectores de la sociedad y un debate público generalizado, como en ningún otro tema de la agenda social.

Fueron varias las razones y causales que desencadenaron el proceso de elaboración y debate de este proyecto de ley pero se señalarán, de manera sintética, las que se consideran más sustanciales:

- Acumulación de fundamentos, experiencias y experticias de integrantes del movimiento feminista y de mujeres desde las que se ha sostenido esta reivindicación por más de 18 años.

- En cada legislatura, desde la redemocratización del país, se presentaron distintas iniciativas, las cuales han sido mencionadas anteriormente. Las mismas dan cuenta de un proceso de avance en la integralidad de las respuestas legislativas a la problemática.

- La problemática del aborto se sostuvo en el debate por parte del movimiento de mujeres y por el abordaje de la temática de manera periódica en los medios de comunicación.

- En 1999, la participación activa del país en el proceso a cinco años de la CIPD resitúa, a nivel nacional, la problemática del aborto inseguro como un problema de salud pública.

- En el año 2001 se produce un aumento significativo de muerte de mujeres por abortos inseguros. Esto generó, por primera vez, un posicionamiento público del sector médico denunciado la problemática. En tal sentido, se destaca el *Grupo Iniciativas* con su propuesta de Normativas, a las cuales se hizo referencia en el capítulo anterior.

- Como consecuencia de las denuncias del incremento de las muertes maternas por aborto inseguro, la Bancada Femenina[8] resuelve "desarchivar" los proyectos de ley elaborados en legislaturas anteriores y presentarlos ante la Comisión de Salud de Cámara de Diputados, iniciándose de esta manera un nuevo debate legislativo.

- Esta Comisión comienza un proceso amplio de consulta que finaliza con la elaboración del proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva.

- El 10 de diciembre de 2002 es aprobado en Cámara de Diputados por 47 votos a favor, 41 en contra y 11 ausencias.

- Durante el año 2003, las organizaciones de mujeres impulsaron la creación de la *Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva*, principal instancia responsable en sostener el debate público en defensa del proyecto de ley.

- El debate en Cámara de Senadores tuvo lugar en tres sesiones los días 13 y 14 de abril, y el 4 de mayo de 2004, finalizando con una votación negativa de 17 votos contra 13. El proceso de debate en la cámara alta se produjo en el marco del inicio de la campaña electoral para las Elecciones Nacionales de octubre 2004, lo cual seguramente incidió en el posicionamiento de algunos senadores frente a la votación al considerar los supuestos costos políticos - electorales.

La culminación del debate legislativo con la votación negativa del Proyecto no se condice con la construcción de un consenso social a favor del proyecto, que la ciudadanía y las instituciones de mayor legitimación social expresaron de múltiples formas. A modo de ilustración, se expresaron públicamente a favor del proyecto, instituciones tales como: el Sindicato Médico del Uruguay, el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República, la Central Unica de Trabajadores (PIT – CNT), la Iglesia Valdense, la Iglesia Metodista, los Grupos Afro Umbandistas y, por cierto, las redes y organizaciones de mujeres y jóvenes. La salud reproductiva, y en especial el aborto se ubicó en el debate político y social como nunca antes en el país. Las Encuestas de Opinión Pública dieron cuenta de que la mayoría de la población apoyaba una decisión favorable del senado al proyecto de ley. En particular, la encuesta realizada a tres días de la votación en Cámara de Senadores, contratada a la Consultora Equipos Mori señaló – entre otros datos relevantes - que un 63 % de la población estaba a favor del proyecto. [9]

La construcción de consensos sociales son procesos irreversibles, mientras que los resultados legislativos, cuando no se sostienen en estos consensos, resultan coyunturales y reversibles. El resultado negativo de la votación no desestimuló el debate público ni su tratamiento en los medios de comunicación y, parece ineludible, la inclusión de estos temas en el debate electoral. Por lo tanto, es de prever que en la próxima legislatura, a partir del año 2005, se presente para el tratamiento legislativo un nuevo proyecto de ley de similares características.

Para el logro de un consenso social frente al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva el rol y las estrategias desarrolladas, desde las organizaciones de la sociedad civil, resultó fundamental.

Estrategias desarrolladas desde las organizaciones de mujeres.

Entre las organizaciones de mujeres y feministas con mayor trayectoria en estos temas, en el país, se constituye una Comisión Ejecutiva integrada por representantes de MYSU, Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) y CLADEM Uruguay. A partir de allí se desarrolló una estrategia de alianzas hacia otros actores, lo cual deriva en la creación de la COORDINACIÓN NACIONAL DE ORGANIZACIONES POR LA DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA constituída por:

- Grupos de jóvenes (Red de Jóvenes por los Derechos sexuales y reproductivos, Juventud Socialista del Uruguay y Juventud de la Vertiente Artiguista, estos dos últimos grupos integrantes del Encuentro Progresista – Frente Amplio).
- Trabajadores y trabajadoras que se integraron a través de la Unidad de Género y Equidad de la Central Unica de Trabajadores (PIT-CNT) obteniendo luego la adhesión del Secretariado Ejecutivo.
- Grupos religiosos: afro-umbandistas, de la Iglesia Valdense, de la Iglesia Metodista, grupos de la comunidad judía y grupos católicos de base.
- Grupos de Diversidad Sexual.
- Grupos ambientalistas y de desarrollo sustentable.
- Grupos afro-descendientes.
- Grupos de Derechos Humanos.

Instancias del ámbito universitario, adhirieron al proyecto de ley con una declaración pública del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República. (Ver Anexo 8). Y, personalidades del ámbito artístico, periodístico, profesional y deportivo se sumaron públicamente a la campaña de apoyo a través de sus firmas.

El proceso para la construcción de alianzas y la ampliación de base social de apoyo al proyecto fue la elaboración de un documento y posición consensuada basada en las siguientes líneas argumentales:

- El aborto inseguro como un problema de salud pública.
- El aborto inseguro como expresión de injusticia social.
- El respeto a la diversidad de creencias y religiones como condición para la profundización de la democracia.
- El respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en tanto Derechos Humanos universales, integrales e indivisibles.
- El derecho a decidir como un ejercicio sustancial de ciudadanía.

Las estrategias desarrolladas desde esta Coordinación, fundamentalmente, fueron: acciones de lobby parlamentario; calificación y promoción del debate público con la participación de expertos internacionales; desarrollo de una acción sostenida en medios de comunicación; campañas públicas; relacionamiento con el ámbito internacional y elaboración de materiales de difusión masiva y materiales de apoyo para el debate público.

Se trabajó estrechamente con el sector médico, en especial, con el Grupo Iniciativas y el Sindicato Médico del Uruguay.

Las encuestas realizadas, hasta el momento, que indagaban sobre causales de aborto, señalaban que el 25% de la población estaba a favor de la posibilidad de interrumpir un embarazo, por sola voluntad de la mujer. La mayoría de ese porcentaje correspondía a sectores de la población con más alto nivel socio -económico y con estudios terciarios.

Las acciones desarrolladas, desde esta Coordinación, tuvieron un impacto en la opinión pública de dimensiones nunca antes registradas. El objetivo de informar a la población sobre el contenido del proyecto de ley fue sustantivo y así lo demuestran tanto los resultados del Estudio de Opinión Pública mencionado, como la reacción de indignación de la ciudadanía frente al resultado negativo de la votación en Cámara de Senadores.

"Cuanto más informada está la gente sobre el contenido del proyecto de ley, más lo apoya" fue una de las conclusiones de la empresa encuestadora Equipos Mori[X]. Según los resultados obtenidos, la mayor adhesión al proyecto de ley estuvo en la integralidad de la propuesta. Un 63 % de la población se expidió a favor del mismo, en general, y cuando se preguntó sobre cada uno de los componentes del proyecto, prácticamente hubo unanimidad de opiniones. En relación a la inclusión de la educación sexual en la enseñanza pública y el acceso a los métodos anticonceptivos, 93% y 97% de la población encuestada, respectivamente, estuvo de acuerdo. En cuanto a la posibilidad de que una mujer pudiera realizarse un aborto en los tres primeros meses del embarazo, el 45 % estuvo a favor

y 47% en contra. Pero, entre quienes escucharon hablar del proyecto, el 56% estuvo de acuerdo en que la mujer tenga la posibilidad de interrumpir el embarazo, antes de las 12 semanas.

Este estudio constató algo que se intuía: las personas más informadas (con intención de voto a los diferentes partidos políticos) mostraban mayor adhesión al proyecto. Dicho apoyo estaba sustentado en la integralidad de la propuesta y se había logrado con el debate público una masividad nunca antes registrada (más de la mitad de la población encuestada conocía que dicha iniciativa estaba siendo debatida en el Senado).

El papel de los actores contra el proyecto de ley.

Las principales fuerzas que se manifestaron públicamente en contra del proyecto de ley fueron:

- La jerarquía de la Iglesia Católica, con el desarrollo de estrategias de presión que violentaron el carácter laico del Estado uruguayo.
- Grupos neo-pentecostales que actuaron como aliados de la Jerarquía Eclesiástica destinando importantes recursos económicos para la movilización de sus fieles.
- Grupos anti-choice que denominaron su campaña: SALVEMOS A LOS DOS, con un discurso reformulado en función de los argumentos de los sectores a favor del proyecto.
- Profesionales católicos vinculados a las áreas de la salud y el derechos.

El argumento de la oposición fue sustentado en la tradicional "defensa de la vida" desde el momento de la concepción, cuestionando la veracidad de las estimaciones de la práctica de aborto en el país y minimizando el número de muertes de mujeres por su práctica insegura.

Estos sectores minoritarios – aunque poderosos - de la sociedad uruguaya centraron su estrategia de influencia en presiones a los sectores políticos condicionando su apoyo en la campaña electoral y llamando a la desobediencia civil en caso de aprobación del proyecto de ley.

En alianza con sectores conservadores anti–choice de los Estados Unidos, congresistas norteamericanos enviaron fax a los y las senadoras uruguayos/as, el

día previo a la votación en la Cámara, exhortándolos a votar en contra del proyecto y a no acompañar ninguna iniciativa que impulsara una consulta popular (Anexo 8).

Esta intromisión de congresistas de los Estados Unidos en asuntos internos de otro país generó la reacción de las organizaciones sociales uruguayas y el repudio de organizaciones de mujeres de los Estados Unidos, quienes enviaron una carta a los y las integrantes del Senado uruguayo (anexo 8) y denunciaron el hecho en la prensa estadounidense. En Uruguay hubo gestiones de legisladores/as, frente a autoridades de la Cancillería a efectos de considerar posibles acciones frente al Congreso de los EUA.

ESCENARIOS FUTUROS

El resultado negativo de la votación en el Senado, no sólo no dio respuesta al problema, sino que dilató una decisión reclamada por la mayoría de la opinión pública y de los diversos actores sociales de referencia en el tema.

Importa señalar que, de los 17 votos negativos al proyecto, no todos fueron por oposición al cambio de la legislación, ni por discrepancias con el contenido del mismo. El voto negativo de muchos senadores se basó en la consideración de que el momento pre-electoral no era oportuno para dilucidar sobre temas de esta complejidad. Otros votaron en contra por respetar acuerdos políticos asumidos, previamente, que impedían el voto a favor.

"En mi caso, sin involucrar el sentimiento de mi bancada, la del Partido Colorado, en mi condición de candidato a Vicepresidente de la República en noviembre de 1999, con el doctor Jorge Batlle hicimos un acuerdo político con la Unión Cívica que vengo a reflejar esta noche votando en contra de este proyecto de ley, aunque lo considero importante. En esa circunstancia el Partido Colorado, a través de la gestión del doctor Batlle y de quien les habla, desarrolló dos acuerdos políticos: uno con el Partido Nacional que tenía que ver con cuestiones importantes de la vida del Estado y otro con la Unión Cívica, en el que establecimos algunos compromisos sobre cuestiones sociales, entre los cuales estaba el de no propiciar de parte del Poder Ejecutivo -que eventualmente íbamos a integrar- una legislación vinculada a los temas del aborto. Más allá de mi posición personal y de criterios filosóficos, concurrí voluntaria y resueltamente a la firma, consagración y cumplimiento de esos acuerdos políticos muchas veces mal denostados por la crónica y asimilados al reparto de posiciones o eventualidades y

pocas veces recordados por la asunción de compromisos de índole ideológica que van consagrando la marcha de la República. En este caso concreto, a lo que nos comprometimos el Doctor Jorge Batlle y yo fue a que no íbamos a potenciar legislaturas de esta índole, y en esa medida el Presidente de la República ha anunciado que si se consagrara un proyecto de ley de esta naturaleza, lo vetaría. En esa medida es que, en términos casi subjetivos e individuales, me permito decir al Senado que no voy a votar este proyecto de ley." (Senador Luis Hierro López, Pte. de Cámara de Senadores, Vice –Presidente de la República)[11]

A nivel de la opinión pública y del tratamiento en los medios masivos de comunicación, el debate se sostiene con programas que han dedicado tiempo de análisis sobre el resultado de la votación y las perspectivas de futuro. Programas que han tenido altos niveles de raiting.

La Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva hizo el cierre de su campaña de dos años, conmemorando el 28 de Mayo de 2004 -Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres- con un Acto de reconocimiento público a los y las legisladores/as que votaron a favor de la salud de las mujeres, votando afirmativamente el Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. En dicho acto, tanto los y las legisladoras/es como las organizaciones presentes, reafirmaron su compromiso de impulsar la aprobación de una ley que garantice el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, incluida la protección legal y segura del aborto, en el primer año de la próxima legislatura. La misma se inicia el 1 de marzo de 2005, con la integración que resulte de las elecciones nacionales.

Las organizaciones feministas y de mujeres anunciaron, en esa oportunidad, que en la campaña electoral de este año en el país, se promoverá la Agenda de las Mujeres, con propuestas para los futuros gobernantes. El objetivo es aportar a la construcción de una sociedad más justa, equitativa y solidaria, respetuosa de los derechos humanos, a través de medidas imprescindibles a ser incorporadas en las áreas de trabajo, educación, participación política, erradicación de la violencia de género, definición de mecanismos estatales para la equidad de género, erradicación de la pobreza, garantías para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, de todas las personas –en general- y de las mujeres, en particular. Encabeza las propuestas de la Agenda, la aprobación de una ley –en el primer año de la próxima administración- que de respuesta a las demandas sociales de educación sexual, acceso universal a la más amplia oferta de métodos anticonceptivos seguros y a servicios adecuados y de calidad que incluyan la atención del aborto, promoviendo acciones de prevención y promoción de maternidades y paternidades responsables.

El proceso parece irreversible y un cambio en la legislación en estos temas, es una cuestión de tiempo. La ampliación de la base de apoyo en torno a estos asuntos representa una transformación de lo social que, más temprano que tarde, deberá reflejarse en la política, a través de un cambio de legislación.

A nivel del sector médico, también se han registrado cambios que alientan la posibilidad de avances en torno a la salud reproductiva, incluida la práctica del aborto dentro de los marcos que habilita la ley vigente (Ver Anexo 9).

Se han revitalizado las gestiones para que el Ministerio de Salud Pública se expida en torno a la propuesta de Normativas de atención pre y post aborto, a las cuales hemos hecho referencia en el capítulo anterior.

La creación de la Comisión Nacional en Salud Sexual y Reproductiva por decreto ministerial en febrero de 2004 en el marco de la Comisión Intergubernamental en Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito del Mercosur más Chile, creada en diciembre de 2003, en la reunión de Ministros de Salud del Mercosur más Chile y Bolivia (Ver Anexo 10), son avances de relevancia en la institucionalización de mecanismos de relacionamiento entre gobiernos y organizaciones sociales. Fundamentalmente, si consideramos que estas iniciativas se sostienen en la reafirmación de los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en las Medidas Claves consensuadas a cinco años de la mencionada Conferencia (Cairo + 5).

La Comisión Nacional ha fijado como prioridades en su gestión, promover Guías Normativas para la Atención en Salud Reproductiva, enfatizando diversos aspectos sobre los que existen importantes vacíos tanto en la atención como en la formación de los y las profesionales de la salud. En tal sentido, se ha priorizado, revisar y adecuar las normas de atención integral a la adolescencia, promover la aprobación y difusión de las normas de atención en anticoncepción, las de atención pre y post-aborto y la elaboración de protocolos de atención para la violencia sexual y doméstica.

Por lo tanto a pesar de no contar, por el momento, con un cambio de legislación que promueva condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se registran acciones que permitirían atender la situación de la salud sexual y reproductiva integral, incluidas las consecuencias de la práctica insegura del aborto, desde lo sanitario. Estos avances en el terreno del sector salud propiciarían una mejor preparación y adecuación del sistema para incorporar las transformaciones que se suscitarán con el inminente cambio de legislación en el campo de la salud reproductiva, en general y de la práctica del aborto, en particular.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dufau, G. (2000) Investigación sobre el tratamiento legal del aborto en América Latina. Informe Uruguay para CLADEM.

2. Thévenet, E. (1978) "Aborto en el Uruguay", Montevideo.

3. Ver: Sapriza, G. (1999) "Misterios de la vida privada. La despenalización del aborto en Uruguay (1934 -1938)" En: Revista Encuentros Nº 6. Fondo de Cultura Universitaria. Montevideo. Sapriza, G. "Entre o desejo e au norma. Direitos tardios" En (autores varios) Saude, sexualidades e reproducao en America Latina. Fundacion Carlos Chagas Ed. 34, Sao Pablo. Sapriza, G. (1996) "Mentiras y silencios" En: Historias de la Vida Privada en Uruguay. Tomo II, Ed. Taurus. Montevideo.

4. Dufau, Graciela: (1989). Regulación Jurídica del Aborto en Uruguay. Serie Documentos GRECMU, Montevideo

5. Idem anterior.

6. En un estudio de los procesamientos totales en el país realizado en la década de 1980 el número de procesamientos por aborto es ínfimo. En 1980 sólo el 0,84 % correspondieron al proceso por aborto (sobre un total de 6.635 personas), en 1981, el 0,60 %; en 1982, el 0,42 %; en 1983, el 0,43 %. En el trabajo citado por Dufau, se indica que el número de procesamientos por aborto ascendió a 11 durante el año 1982 y sobre el 20 % de ellos no recayó condena alguna.

7. Sanseviero, R. (2003) Condena, tolerancia y negación. El aborto en el Uruguay. CIID – UPAZ. Montevideo.

8. La Bancada Femenina cuenta con representación de legisladoras de los distintos partidos políticos integrantes, a su vez, de la Comisión de Genero y Equidad de la Cámara de Diputados.

9. Equipos Mori (2004). Encuesta de Opinión Pública, contratada por la Coordinación de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva, difundida el 30 de abril de 2004.

10. Idem anterior.

11. Texto recogido del Acta oficial de la Cámara de Senadores, sesión 4 de mayo de 2004.

A MODO DE CONCLUSIONES

Como se señaló en la presentación de esta publicación, la realización del estudio permitió relevar, sistematizar, actualizar y analizar información referida a la intersección entre la salud, la mortalidad materna y el aborto en Uruguay. En este apartado presentaremos, a modo de conclusiones, los principales puntos que ilustra el estudio y que permiten orientar las acciones en materia de políticas públicas, en este campo.

1. En términos generales, la disponibilidad de información estadística confiable favoreció la realización del estudio. Sin embargo, se debe resaltar que sobre algunos tópicos resultó muy difícil encontrar información o se disponía de fuentes que ofrecían datos diferentes e incluso contradictorios. Es el caso, por ejemplo, del financiamiento del sector salud, punto en el cual se decidió utilizar los datos aportados por el informe de OPS en Uruguay. En otros tópicos, vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, existe un importante vacío estadístico o la información está desactualizada. Esto impide conocer la dimensión real del ejercicio de estos derechos, y evaluar adecuadamente el impacto de las acciones que desde diversas instancias del Estado se han implementado.

2. El país cuenta con un sistema de salud mixto, con un Estado normatizador y prestador de servicios. El sistema sanitario no padeció los modelos de reforma que se instrumentaron en otros países de la región. Tal vez por ello, a pesar de la crisis que afecta al sistema, éste

responde, en alguna medida, a las necesidades de atención de la población. Sin embargo, se torna cada vez más urgente una transformación del sistema tendiente hacia un Sistema Nacional Unico Integrado de Salud que se sostenga sobre los criterios de equidad, participación ciudadana, atención primaria en salud, descentralización y acceso universal. Los nuevos perfiles epidemiológicos y las nuevas demandas en salud, exigen el fortalecimiento del nivel primario, el desarrollo de acciones de promoción y prevención, la redistribución del gasto público en salud, entre otros elementos. A pesar de que el país destina uno de los porcentajes del PBI más altos de la región para el sector salud, la distribución del gasto público es inequitativa en tanto la mayor parte se destina al subsector privado, el cual además no realiza acciones de promoción y prevención en salud.

3. El desarrollo de políticas públicas en el área de la salud materno infantil hacia mediados del siglo XX en Uruguay, fue un factor determinante para que el país cuente, aún hoy, con indicadores de salud favorables si se lo compara con otros países de la región. Nos referimos especialmente, al adecuado control del embarazo, la atención institucional del parto, la atención al recién nacido. Los indicadores de mortalidad materna y de mortalidad infantil así lo señalan. Sin embargo, estas políticas sostenidas en un enfoque de mujer-madre, no incluyeron acciones hacia la atención integral de la salud de las mujeres. El modelo de atención materno infantil predominante en la concepción de las políticas y programas en salud, y en la organización de los servicios, ha dificultado el desarrollo de políticas integrales en salud sexual y reproductiva, dirigidas a toda la población.

4. Las Conferencias Internacionales sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (CMM; Beijing, 1995) significaron un antes y un después en lo relativo a la responsabilidad del Estado en establecer políticas y programas sobre salud sexual y reproductiva, así como en las iniciativas de legislación sobre aborto. Las acciones públicas realizadas o impulsadas en este sentido, se fundamentaron en los consensos internacionales recogidos en las Plataformas de Acción de las mencionadas Conferencias. El cambio de paradigma en población y desarrollo que implicó la CIPD determinó que Uruguay se viera llamado a pensar sobre otras bases los asuntos relativos a su población,

integrando la dimensión de derechos y calidad de atención. Hasta entonces, la transición demográfica temprana del país, la tradición liberal y la baja población lo ubicaban como un país "sin problemas de población".

5. Uno de los efectos de la CIPD (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995) fue la incorporación en el sector público de salud, de servicios de anticoncepción, incluyendo métodos anticonceptivos seguros y de calidad, en el marco de la consulta ginecológica. Estos servicios incorporados en programas de atención integral a la salud de las mujeres, se fueron consolidando si bien no tienen cobertura universal. Se puede afirmar que, a nivel del sector público, los servicios del Ministerio de Salud Pública en Montevideo, y las policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo, han consolidado estas prestaciones, incluyendo en su oferta la anticoncepción de emergencia. En los servicios del Ministerio de Salud Pública del interior del país, se detectaron discontinuidades en la provisión de métodos anticonceptivos. En el resto del sector público de la salud, no se brindan servicios de anticoncepción.

6. En las instituciones del sector privado, la oferta de anticonceptivos es restringida en su variedad, y en algunos casos no forma parte de las prestaciones. Por tanto, los sectores de la población con cobertura mutual (generalmente pertenecientes a niveles socio económicos medios y altos) no tienen esta prestación, debiendo acudir a la atención privada que implica un gasto de bolsillo elevado. El Ministerio de Salud Pública en tanto organismo rector y normatizador de la atención en salud en el país, no ha incluido hasta el momento, los servicios de anticoncepción entre las prestaciones que deben brindar las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) del sector privado de salud.

7. La regulación de los servicios de salud, incluyendo las prestaciones en anticoncepción, no ha sido materia legislativa, hasta el momento. La inclusión de métodos anticonceptivos en los servicios públicos de salud fue una decisión tomada tanto en la órbita del Ministerio de Salud Pública como en el de la Intendencia Municipal de Montevideo, determinando cada institución los criterios de esa prestación (a nivel ministerial la entrega de métodos anticonceptivos es gratuita, en los servicios municipales se cobra el costo del valor de reposición).

8. Se inició en el año 2003, el proceso de actualización y elaboración de normativas en salud sexual y reproductiva. El primer paso, las normativas en anticoncepción, se encuentran en la fase final de redacción para su posterior aprobación, publicación y difusión entre los y las proveedoras de salud.

9. Varias de las acciones que se emprenden desde el Estado no están definidas, en general, desde la identificación de necesidades específicas, por ejemplo según género, edad, raza/etnia, orientación sexual y/o ubicación geográfica; por lo tanto suelen no responder a la diversidad de situaciones y demandas. La mayoría de las intervenciones tienden a homogeneizar las necesidades y por lo tanto los conceptos de igualdad y diversidad no se sostienen en muchas de las acciones (tanto públicas como privadas) y no se respeta la autoridad de las personas para tomar decisiones ni se cree –en el fondo- que lo puedan hacer responsablemente si no media una actuación de disciplinamiento.

10. Los mecanismos institucionales previstos desde el Estado para el diálogo sociedad civil-Estado, en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, son de reciente data. En particular, merece especial mención la creación -en el año 2004- de la Comisión Nacional en Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva, aprobada por la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR más Chile y Bolivia que tuvo lugar en diciembre de 2003 en Punta del Este – Uruguay, donde está definida la integración de las organizaciones sociales vinculadas al tema.

11. El sub-registro sobre mortalidad materna por causa de aborto fue un aspecto consignado en el estudio. A pesar de ello, el aborto inseguro es la primera causa de mortalidad materna en el país, siendo definido como un problema de salud pública por instituciones vinculadas a la salud de amplio reconocimiento en el país.

12. La legislación vigente sobre aborto del año 1938, nunca fue implementada, no existiendo servicios legales de aborto en ninguna de las causales que permitiría la mencionada ley. Las posibilidades de aborto

legal están definidas en la ley en términos de causales atenuantes y eximentes de pena, y esto ha dificultado, dadas las distintas interpretaciones, la implementación efectiva de servicios.

13. La ubicación del aborto inseguro como primera causal de mortalidad materna en el país se debe, fundamentalmente, a la clandestinidad de su práctica y a la no existencia de una respuesta integral desde el sector sanitario para atender la problemática.

14. Si bien no se han desarrollado acciones públicas para la disminución de la morbi-mortalidad por aborto inseguro y aún no se han desarrollados protocolos para la atención de esas complicaciones, actualmente se están registrando avances significativos tendientes a transformar la situación. En tal sentido, se encuentra a consideración de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, la aprobación de la propuesta de *Normativas para la atención del pre y post aborto* elaboradas por el Grupo Iniciativas.

15. La atención de las complicaciones del aborto inseguro y la atención de los abortos incompletos (espontáneos o inducidos) en el nivel hospitalario se realiza con legrado evacuador, no existiendo en los servicios públicos ni privados (en términos generales), material adecuado y actualización técnica de los y las profesionales, para el uso de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

16. Una de las prioridades en materia de salud sexual y reproductiva, lo constituye el desarrollo de servicios en el primer nivel que atiendan de manera integral las distintas necesidades y demandas en este campo, dirigidos a toda la población, mujeres y varones, adultos y adolescentes. Para ello, uno de los puntos que merecen especial atención, es el cambio cultural e ideológico que implica desarrollar un nuevo modelo de atención integral que se desmarque del tradicional y hegemónico modelo materno infantil.

17. En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos no sólo se trata de dar respuesta a demandas concretas (necesidades prácticas) sino que es necesario generar otro tipo de demandas que permitan superar situaciones de inequidad y discriminación (necesidades estratégicas). Muchas de las acciones que se emprenden, aún cuando se definen

desde una perspectiva de género, tienden a confundir conceptualmente género con mujer o sexo y, tienden a ubicar a las mujeres como insumos para la concreción de objetivos y metas sin promover el fortalecimiento de su condición de ciudadanas portadoras de derechos.

El avance registrado en la opinión pública y el aumento de la demanda por educación sexual, acceso universal a métodos anticonceptivos y cambio de la legislación para regular la práctica del aborto, son condiciones que permiten pronosticar la inminencia de cambios legislativos y de políticas públicas, en estos tópicos.

El incremento notorio del desempleo, la pobreza y la exclusión social. El hecho de que la población se esté reproduciendo, fundamentalmente, en su tercio más pobre. La constatación de que el 80% de las adolescentes, que ya han sido madres, no estudian ni trabajan. La dificultad de acceder a servicios seguros para la interrupción de embarazos no buscados. La migración de usuarios del subsector privado al público agudizando la crisis global del sistema de salud y la continuidad de insumos y medicamentos incluido el acceso a métodos anticonceptivos. La pérdida creciente del salario real de los trabajadores/as de la salud que atenta, además, contra la calidad de atención de los servicios prestados. Son todas situaciones que no admiten más demoras.

En tanto están en riesgo las condiciones de vida de, cada vez, más amplios sectores de la población y las respuestas que se han dado -hasta la fecha- no han sido satisfactorias; es imperioso elaborar políticas sociales integrales e integradas, que incluyan al sector educación y salud.

Se requiere de la voluntad política para: destinar recursos genuinos, suficientes y eficientemente administrados; desarrollar una agenda de investigación que sirva de sustento para el diseño, evaluación y seguimiento de las políticas públicas. Y, finalmente, crear mecanismos institucionales que habiliten una mejor identificación de las necesidades y demandas específicas de la población y garanticen la participación de la sociedad civil organizada, con experticia y conocimiento acumulados en todos estos temas.

ANEXO 1

NORMATIVA DE ATENCION SANITARIA: MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.

La siguiente normativa ha sido aprobada por unanimidad por:
Consejo de la Facultad de Medicina – Universidad de la República
Sindicato Médico del Uruguay y
Sociedad de Ginecotocología del Uruguay

TOMANDO EN CUENTA QUE:

La necesidad de promover la salud como base y fundamento es la misión del Ministerio de Salud Pública, desarrollando así las funciones de una asistencia integral, universal, accesible, continua, oportuna, eficiente, económica, humana y adaptable.

En el área de la salud materna lo anterior se expresa a través de medidas aprobadas oportunamente por la Organización Mundial de la Salud a las que el país suscribe. Las mismas incluyen:

1 Educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo.
2 Cuidado prenatal y consejería, incluyendo la promoción de la nutrición materna.
3 Asistencia capacitada durante el parto.
4 Atención para complicaciones obstétricas, incluyendo casos de emergencia.
5 Cuidados postparto.
6 Manejo de complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrup-

ciones del embarazo seguras, donde la ley lo permita.
7 Asesoría, información y servicios sobre planificación familiar.
8 Educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes

En la legislación nacional vigente el aborto provocado, salvo excepciones, esta penado.

CONSIDERANDO QUE:

La primera causa de la mortalidad materna en el país son las complicaciones generadas por el aborto provocado en condiciones de riesgo.

El Uruguay presenta aceptables resultados sanitarios en cuanto a salud materna (durante el embarazo parto y puerperio, tanto en el subsector privado como en el público.

Como consecuencia de la diferencia marcada entre los hechos arriba señalados, el Uruguay se sitúa en uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.

Dadas las consideraciones anteriores, las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen el principal emergente sanitario en el área de la salud materna.

Estas complicaciones mayores, que pueden costar la vida y provocar mutilaciones, son completamente evitables

SE PROPONE A CONSIDERACIÓN DEL M.S.P.:

Aprobar la Normativa propuesta por la Sociedad de Ginecotocología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina titulada: "Asesoramiento para una maternidad segura", específicamente en lo concerniente a las "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"

Difundir y controlar la aplicación de esta normativa tanto a nivel del subsector público como a nivel del subsector privado, del sistema de salud.

Difundir la presente normativa por intermedio de una campaña dirigida a la opinión pública.

NORMATIVA :
"ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA".

En el contexto de la atención materno-infantil la normativa "Asesoramiento para una maternidad segura" tiene como objetivo actualizar, de manera permanente, el conocimiento de la realidad epidemiológica nacional y enfatizar aquellas medidas destinadas a optimizar la atención específica.

Valorando el problema emergente de la mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo, en la actual coyuntura epidemiológica de nuestro país y dentro de la norma de atención materno-infantil actualmente vigente, el asesoramiento para una maternidad segura se dirige a normatizar la atención médica e institucional en el caso de que exista la posibilidad de desarrollo de un aborto provocado y/o la concresión de un aborto provocado, máxime si este se realiza en condiciones de riesgo. El conjunto de esta normativa se denomina: MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.

La estrategia que orienta esta normativa es la de reducción de riesgos y daños dentro del marco legal vigente. Por lo tanto el fundamento de la propuesta es el de incluir en el marco del sistema sanitario aquellas usuarias que tienen mayor riesgo de, al ser excluidas, sufrir complicaciones graves y la muerte.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Generar una instancia médica y sico-social de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que cuenten con toda la información, para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados siempre respetando la decisión informada de la usuaria.

En los casos en que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto provocado, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones inmediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte materna.

GENERALIDADES

El aborto provocado no será promovido como método anticonceptivo. En la relación médico paciente se respetará la decisión informada de la usuaria, independientemente que como criterio epidemiológico poblacional se desaliente la práctica del aborto provocado. En este sentido, se debe informar de los riesgos médicos y también legales existentes dada la condición actual de ilegalidad que la realización del aborto provocado tiene en nuestro país.

El aborto provocado es hoy la principal causa de muerte materna en nuestro país por lo que se debe tomar la iniciativa para prevenir el daño provocado por esta práctica. En este sentido el aborto como práctica ilegal no puede ser abordado por el médico, ni por el equipo de salud, ni por el sistema sanitario. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a la práctica del aborto a la concresión del hecho) y un después (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer en los aspectos bio–sico–sociales).

Para la disminución del riesgo sería recomendable un MARCO NORMATIVO aprobado, conocido y controlado por el M.S.P. que incluya la atención integral mediante control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concresión de un aborto provocado. Este marco no es imprescindible, sin embargo, ya que el proyecto cumple con los requerimientos bioéticos y médico legales exigidos a los profesionales de la salud.

Para su aplicación, la normativa requiere de CAMBIOS DE CONDUCTAS tanto en el equipo de salud como en la paciente – usuaria del servicio.
A nivel del equipo de salud hace falta una formación especifica de los recursos humanos, difusión y precisión en la normativa a aplicar desde el punto de vista técnico y descentralización para una atención oportuna.

A nivel de la potencial usuaria hace falta difusión de esta normativa en la población y planes de educación para la salud. Así como que generar confianza en el equipo de salud para promover una consulta precoz.

Para operativizar esta normativa se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario constituido por ginecotocólogo/a, obstetra–partera, especialista en salud mental, asistente social, médico/a legista, sociólogo/a, entre otros.

El conjunto de esta normativa se basa en generar un servicio accesible a toda mujer en todo momento y en todo el país. En este sentido el concepto principal es la atención de calidad y esto implica buscar condiciones para una consulta precoz.

El equipo de salud y específicamente el médico/a ginecotocólogo/a tiene la obligación de bregar por la salud de la paciente. Es así que se deberá informar asesorando desde el punto de vista médico y también legal, a toda paciente que exprese su voluntad de interrumpir el embarazo.

Se deben plantear, proponer y buscar alternativas a la realización del aborto provocado.

Para asesorar correctamente se debe partir de un correcto diagnóstico de la situación del embarazo y de la salud materna. El mismo deberá ser realizado por el médico/a ginecotocólogo/a como corresponde a un primer control de embarazo.

En ningún caso, fuera de las excepciones establecidas en la ley, se podrá asesorar sobre un lugar o profesional específico donde realizarse el aborto.

En los casos contemplados por la ley, el procedimiento deberá ser desarrollado en una institución capacitada para hacerlo y aprobada por la usuaria. La imposibilidad de cumplir con esta disposición ya sea por objeción de conciencia del profesional, ya por incapacidad institucional, se deberán analizar desde el ámbito legal.

Los técnicos se atendrán a las normas éticas y legales que rigen la relación equipo de salud paciente. En función de eso se respetará el principio de confidencialidad sin perjuicio de comunicar al M.S.P , en la forma que indica la ley (antes de las 48 hs. y sin revelación del nombre de la paciente) cuando intervengan en el tratamiento de las complicaciones de un aborto provocado (articulo 3 Ley 9763).

CONSULTA INICIAL (CONSULTA PRE ABORTO) OBJETIVO:

- Preservación y Control de embarazo.
- Información, prevención y asesoramiento de riesgo y daño.
- Análisis de las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de realizarse un aborto provocado.

CARACTERISTICAS DE LA CONSULTA:

1. Información sobre las características y connotaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, enfatizando los riesgos inherentes a esta práctica en la situación sanitaria actual de nuestro país.

2. Desestimular la práctica del aborto como método sucedáneo de los métodos anticonceptivos. Desde este momento y en el contexto de esta situación crítica siempre se deberá realizar educación sobre los métodos anticonceptivos y sobre la manera de acceder a ellos. Ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo. Información confiable de alternativas al aborto provocado como puede ser la de dar su hijo en adopción por ejemplo.

3. En este sentido es clave el desarrollo de formación continua del equipo multidisciplinario para abordar con eficacia y eficiencia esta tarea.

4. El equipo de salud multidisciplinario deberá ofrecer un apoyo social y un apoyo psicológico a las pacientes que manifiesten su voluntad de interrumpir el embarazo con el objetivo de garantizar que la usuaria cuente con toda la información para la toma de resolución informada, consciente y responsable.

5. Estudiar epidemiológicamente las causas que motivan a la realización del aborto provocado.

6. Se deberá realizar una evaluación clínica y paraclínica completa que incluya:

- Examen clínico general en búsqueda específicamente de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones en caso de realizarse un aborto provocado.

- Análisis paraclínico para descartar patología y sobre todo enfermedades de transmisión sexual en especial Infección por HIV – SIDA, sifilis y hepatitis B.

Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnostico de edad gestacional y de implantación.

- Análisis morfológico del aparato genital interno para descartar malformaciones, sobre todo uterinas.

- Descartar patología embrio - fetal: embarazo ectópico, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido. En este sentido también se debe evaluar y descartar la enfermedad trofoblastica.

- Prestar especial atención a la inmunoprofilaxis en el caso de que la paciente sea Rh (D) negativo.

7. En caso de que el ginecólogo en el marco del equipo de salud, perciba la posibilidad de que la usuaria no modifique su posición inicial de interrumpir su embarazo, le informará y dispondrá los cuidados de protección preaborto que incluye la administración preventiva de antibióticos desde las 24 hs. antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse el aborto. La antibioticoterapia se prolongará hasta pasado el periodo critico de los 10 días post aborto.

CONSULTA POST ABORTO OBJETIVO-

- Detección precoz y prevención de complicaciones
- Rehabilitación integral
- Desarrollo de anticoncepción inmediata

CARACTERISTICAS DE LA CONSULTA:

1. Profilaxis de complicaciones inmediatas en particular la infección y la hemorragia.
2. Profilaxis de la infección: Se mantendrá tratamiento antibiótico durante 10 días y se controlaran parámetros de infección tanto clínica como paraclínicamente. Se evaluará la vacuidad uterina mediante examen ginecológico y ecográfico.
3. Profilaxis de la hemorragia: Se controlará la subinvolución uterina mediante el examen clínico y de ser necesario se administrarán uteroconstrictores como los derivados de la metilergobasina a las dosis habituales.
4. Profilaxis del Conflicto Rh (D) Neg. Mediante la administración de gamaglobilina anti D en los casos donde este indicado.
5. Se realizará soporte emocional y psicológico en lo que concerniente a la salud mental por un equipo idóneo.
6. Detección oportuna complicaciones.
7. Consejo en provisión de anticoncepción inmediata post aborto.
8. Medidas de educación para la salud en el contexto de planes de maternidad y paternidad elegidas, sexualidad libre y responsable, información sobre correcto control ginecológico periódico, realización de colpocitología oncológica y mamografía cuando así este indicado. Todo esto busca prevención y promoción de salud en la paciente usuaria y en la comunidad que la rodea haciendo revertir un hecho negativo y pasible de graves complicaciones hacia un hecho positivo para la salud de la usuaria y la comunidad.
9. Se debe realizar un seguimiento reglado de estas pacientes. El mismo incluye una anticoncepción inmediata mediante anticonceptivos orales de alta dosis con el doble objetivo de regenerar el endometrio y controlar la evolución para pesquisar precozmente complicaciones. El seguimiento se debe desarrollar como mínimo hasta los 3 meses post aborto y se incluirá el aspecto psicológico como parte sustancial del mismo.

POR EL GRUPO INICIATIVAS MEDICAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO:

Profesor Dr. Enrique Pons (Clínica Ginecotocológica "A")
Profesor Dr. José C. Cuadro (Clínica Ginecotocológica "C")
Profesor Dr. Guido Berro (Cátedra de Medicina Legal)
Profesor Adjunto Dr. Leonel Briozzo (Clínica Ginecotocológica "A")
Profesor Adjunto Dr. Hugo Godoy (Clínica Ginecotocológica "B")
Profesor Adjunto Dr. Hugo Rodriguez (Cátedra de Medicina Legal)
Dra. Beatriz Vidarte (Clínica Ginecotocológica "A")
Dr.Gonzalo Vidiella (Clínica Ginecotocológica "A")
Dr. Gustavo Ferreiro (Clínica Ginecotocológica "A")

ANEXO 2

GUIAS CLINICAS DE LA NORMATIVA SANITARIA: "MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO"

Las "Guías clínicas" constituyen una herramienta para la práctica clínica diaria de los integrantes del equipo de salud y para el abordaje de lo relacionado con la consulta frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.

Específicamente en este caso se trata de un marco práctico para el desarrollo de la consulta en policlínica o en cualquier otra instancia de contacto entre el equipo de salud y la usuaria/paciente con respecto a la problemática de la interrupción voluntaria del embarazo.

NECESIDAD DE LAS GUIAS CLINICAS-

Los problemas inherentes a la práctica del aborto provocado en el país y la normativa presentada oportunamente ante el MSP, marcan la necesidad de realizar un cambio en la forma y en los contenidos que actualmente los proveedores de salud realizan con respecto a esta temática. En este sentido se busca con las guías clínicas un apoyo al desarrollo de una práctica eficiente, eficaz y efectiva para el cumplimiento de la normativa. Los objetivos entonces se refieren a:

- dar seguridad a los integrantes del equipo de salud con respecto a la implementación de la normativa.

- Homogeneizar los contenidos de la entrevista tanto pre-aborto (que denominaremos a partir de ahora "consulta inicial"), como post-aborto.

- Proveer herramientas para optimizar la práctica clínica a la luz de la normativa desarrollada buscando su cabal cumplimiento.

CONCEPTO GENERAL:

El fundamento del cambio que se debe procesar es el de contribuir a modificar el abordaje de este complejo problema. Se buscará en todo momento posicionarse del lado de la usuaria/paciente buscando un marco de comprensión entre el equipo de salud y la usuaria/paciente, para así sentar las bases en el desarrollo adecuado y la implementación oportuna de la normativa.

PRINCIPIOS INVOLUCRADOS.

Básicamente 3 principios se imbrican: los principios bioéticos de autonomía y beneficencia y la situación de género al respecto de esta problemática.

Principio de autonomía: respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, lo que implica los derechos a la autonomía y a la información. Desarrollar el derecho a la autonomía, es decir el reconocimiento de la capacidad de comprender y decidir de cada mujer y/o a la mujer con su pareja, así como el respeto del poder de gestión de su propio riesgo. El reconocimiento de este derecho debe expresarse en cada palabra y gesto del técnico/as actuantes, separando de la manera más objetiva posible las valoraciones morales, personales, para asumir que quien está delante tiene tanto derecho como uno a opinar distinto.

Desarrollar el derecho a la información justa y accesible en un lenguaje sencillo y objetivo, de tal manera que le permitan a la mujer tomar decisiones y gestionar los riesgos,

Principio de beneficencia- más allá de la posición del técnico/s sobre el tema, su rol debe seguir este principio haciendo comprender que, aunque haya obstáculos legales para solucionar su situación, existe la mejor disposición del equipo hacia su cuidado, y que podrá consultar frente a cualquier duda. No se debe perder de vista que entre los objetivos de la normativa está el de desestimular la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo.

Enfoque de género y enfoque situacional: evaluar la condición de cada mujer en relación a su autoestima, los vínculos de poder intrafamiliares, sus apoyos, su posicionamiento frente al equipo de salud, sus creencias e información y la asertividad que la usuaria/paciente tenga de su decisión. Esta evaluación influirá en el asesoramiento que se brinde.

LAS GUIAS HACIA EL EQUIPO DE SALUD-

Estrategia de prevención del daño: se debe conceptualizar que de lo que se trata es la implementación de una estrategia de prevención del daño, parcial y acotada. En este sentido es claro que no se puede, en este marco, solucionar un problema tan complejo como el del aborto provocado en condiciones de riesgo en el Uruguay. Antes bien se trata de mejorar, hasta donde la legislación lo permita, la seguridad para que cada usuaria / paciente no muera, ni sufra complicaciones graves o mutilaciones por esta causa.

Formación del equipo de salud: se trata de contribuir a la formación de los recursos humanos en el contexto de lo que se denomina educación continua, para implementar la normativa.

Características del equipo de salud: el mismo debe ser, con independencia de quien es el efector concreto, transdisciplinario abarcando los aspectos médicos, jurídicos, psico-sociales, de la temática en cuestión.

CONSULTA INICIAL

Abordaje:

- Información inicial de la confidencialidad de la entrevista, en el aspecto de la relación equipo de salud - paciente y del secreto profesional.

- Generar tiempo de observación que de lugar a establecer un vinculo propiciando un espacio apto para el desarrollo de la consulta. Observar las reacciones de la paciente y las propias.

- Se pueden plantear 2 Situaciones: percepción de contradicciones -pregunta clave: ¿Cómo se siente con la noticia? Resolución de abortar- pregunta clave: ¿Por qué se plantea interrumpir el embarazo?

- Investigar práctica anticonceptiva pasada y la que desarrollaba cuando quedó embarazada y causa del fracaso del método en el caso de que lo hubiera.

- Evaluación de como se ubica la paciente frente a la consulta. Para hacerlo se debe indagar creencias respecto al aborto, evaluación de la información con la que cuenta, diagnóstico situacional que implica indagar acerca de su situación laboral, familiar, de pareja y vivienda.

- Indagar que participación tiene la pareja en la decisión, (ausente, obliga, apoya)

Intervenciones de apoyo- Marco conceptual:

Principio de autonomía: respeto hacia el planteo o decisión de la usuaria/paciente. Se debe tener presente que toda opinión del equipo de salud influye en la usuaria/paciente, tanto a favor como en contra de lo recomendado. Abstenerse de dar una opinión no profesional. Se traduce como: *la acompañaremos en su decisión...Prevendremos la complicaciones...Que no debe hacer...Vuelva sea como sea de inmediato...*

Principio de beneficencia: dirigida hacia la paciente/usuaria y hacia la vida en desarrollo. Sin que pesen las creencias individuales del miembro del equipo de salud se buscara como concepto invitar a la paciente a que reflexione profundamente sobre un hecho trascendental.

Principio de prevención del daño: prevenir las complicaciones.

Vida en desarrollo: explicitarlo. No banalizar el hecho. En situación critica invitar a la paciente a explorar otras posibilidades.

Temporalidad de la situación. Equipo de salud a "consultar" de inmediato: psicólogo, asistente social, abogado etc..

Intervenciones diagnósticas: detección de factores de riesgo; exámenes paraclínicos; realización de exámenes paraclínicos. Ecografía: La ecografía se realizará cuando este indicada desde el punto de vista médico y a la brevedad. Se

hará explícito los hallazgos y se dejara librado a la decisión de la paciente el ver o no las imágenes en tiempo real o en fotografía.

Profilaxis antibiótica: Antibiótico terapia - amplio espectro 24 horas antes. Esquema propuesto: azitromicina + ampicilina sulbactam.

Intervención educativa-preventiva: información sobre prácticas de mayor riesgo. En el contexto de considerar al aborto provocado como de riesgo se debe informar cuales son las prácticas de mayor riesgo evitando así que la paciente las desarrolle. Estas prácticas se pueden caracterizar como las de mayor riesgo en base a las complicaciones infecciosas, sepsis y muertes reportadas donde se usaron alguno o más de uno de estos procedimientos: maniobras de introducción de elementos en la cavidad uterina: tallo de perejil, agujas de coser, otros elementos; maniobras realizadas por terceros: colocación de sonda vesical dejándola en la cavidad. Infusiones y "lavados": te de ruda, té de Carachipitá. Colocación de pastillas: pastilla de permanganato de potasio.

Información sobre prácticas de menor riesgo: de acuerdo a datos internacionales se debe informar que entre los procedimientos más seguros, y dependiendo de la edad gestacional del embarazo se encuentran: embarazos hasta 8 semanas- antiprogesterona (RU 486) y prostaglandinas. Luego de esa edad gestacional: legrado aspirativo y legrado instrumental realizado por personal con experiencia.

Información sobre síntomas más importantes: infecciosos; hemorrágicos**.**

ANALISIS DE LA RECEPCIÓN DE LA USUARIA/PACIENTE.

Instancia para preguntas, intercambio de opiniones: el objetivo de esta instancia es que la usuaria/paciente conforme una opinión global de información segura y comprendida sobre la realidad de su embarazo y las posibilidades, riesgos y beneficios de continuarlo. Posibilidad de manejarse con tiempos de reflexión y análisis: Posibilidades clínicas (hasta cuando es seguro). Cuanto tiempo se puede esperar.

LLENADO DEL FORMULARIO.

Luego de cumplidas las etapas anteriores se llenará con la paciente el formulario preestablecido. Se aclarará su carácter confidencial en cuanto a la identidad de la paciente/usuaria. Realización de seguimiento.

FIJAR NUEVA CONSULTA

El fijar una nueva consulta y el quedar vinculados a la paciente/usuaria a iniciativa del miembro del equipo de salud es un elemento clave en toda la estrategia de prevención. Se debe hacer hincapié en la consulta precoz independientemente de que se realiza el aborto con cualquiera de los métodos descritos. La confianza se debe extender a asegurar que no se denunciara a la paciente. Cuando sea posible se deberá dejar un contacto personal establecido con algún integrante del equipo de salud. Será deseable dar un número telefónico de emergencia para replanteo, consulta etc.

CONSULTA POST ABORTO

La consulta y sus características dependerá de si la misma se realiza por alguna complicación o si se realiza estando la paciente asintomática.

CONSULTA POR COMPLICACIONES-

Se deberá evaluar la situación clínica y actuar en consecuencia recordando: la ausencia de obligatoriedad de la denuncia; el desarrollo junto a las medidas médicas clásicas de un especial énfasis a la situación psicológica de la paciente luego de haber recurrido a un aborto provocado: no culpabilizarla, ni banalizar el hecho. Tratamiento integral bio–psico social.

CONSULTA SIN COMPLICACIONES DIAGNOSTICADAS.

La normativa al respecto se divide en 4 etapas: prevención y manejo de eventuales complicaciones; apoyo psicológico y clínico; anticoncepción inmediata; llenado del formulario; seguimiento.

Se deben evaluar las condiciones del aborto provocado, el tiempo transcurrido y el tratamiento profiláctico si lo hubo. Se debe derivar una consulta especializada cuando: hubo dudas en la decisión tomada; hubo necesidad de explorar otras posibilidades; para procesar el duelo por el aborto; cuando hay discordancia en la pareja frente a la decisión; en las situaciones independientes de la voluntad de la usuaria (salud materno–fetal).

ANTICONCEPCION INMEDIATA

De acuerdo a la situación lo recomendable es comenzar de inmediato con ACO de altas dosis y barrera.

Aclarando la confidencialidad.

SEGUIMIENTO

Al mes con la 1era. menstruación

ANEXO 3

GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS OBSTÉTRICA

Dr. Fabián RODRÍGUEZ, Dr. Mario PÉREZ, Dr. Leonel BRIOZZO
Clínicas Ginecotocológicas "A" "B" y "C" de la Universidad de la República
Clínica Ginecológica "B" de Salud Pública
Montevideo – Uruguay 2003

Esta guía no pretende ser norma ni pauta. Fue pensada simplemente como un conjunto de ideas y conceptos que orientan a enfrentarse a esta temible enfermedad. Dada la gravedad y singularidad de esta patología, la mayoría de los procedimientos relatados no están avalados por estudios clínicos aleatorizados, surgen de la experiencia de expertos en el tema. En aquellos casos que no se disponga de los procedimientos que se aconsejan, los colegas deberán corregir esta situación según su experiencia, conocimiento, y posibilidades.

La mortalidad materna se define como aquella causada directa o indirecta por condiciones vinculadas al embarazo parto o puerperio, y constituye un grave problema de salud pública siendo un indicador sanitario de gran jerarquía. Según esta definición, en el mundo se producen en forma diaria la muerte de 1600 mujeres por causas vinculadas al embarazo, la mayoría de las cuales suceden en los países denominados "del tercer mundo".

En nuestro país en los últimos diez años la mortalidad materna ha oscilado entre valores de 15 y 30/100000 recién nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna son las complicaciones hemorrágicas, las hipertensivas, y las

infecciosas. En Uruguay como en la mayoría de los países del tercer mundo predominan las infecciosas. Precisamente la principal causa de muerte materna en el país es la sepsis obstétrica (SOB), entendiéndola como aquella en que el foco infeccioso que la origina se ha desarrollado dentro del útero grávido o recién evacuado. La etiología más frecuente de SOB es la sepsis secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo. En el quinquenio 1995-1999 hubo en Uruguay 62 muertes maternas de las cuales 17 (27.4%) fueron por sepsis post aborto provocado en condiciones de riesgo. Este índice es el mayor registrado a nivel mundial, ya que la mortalidad media en el mundo por aborto provocado es de 13% (en países con legalización del aborto es menor del 1%, en América Latina de 21%, y en Sudamérica de 24%). Los números son más preocupantes en el Hospital Pereira Rossell. En el quinqueño 1997-2001 hubo 15 muertes maternas, de las cuales 7 (47.7%) correspondieron a sepsis post aborto provocado en condiciones de riesgo. En el año 2003 en los primeros ocho meses del año sucedieron 8 muertes maternas, 4 fueron por esta causa.

Dadas estas cifras, al discutir el tratamiento de la SOB estamos, por tanto, insistiendo en el tratamiento de la sepsis secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo en nuestro país.

Paciente en grupo de riesgo para sepsis obstétrica: es preciso tener presente que toda paciente cursando aborto y fiebre (en ausencia de otro foco que lo justifique) o aborto provocado en condiciones de riesgo, se encuentra en el grupo de riesgo para desarrollar SOB. Debe recordarse que debido a condicionantes psicológicas, emocionales, legales y culturales, es frecuente que una paciente no reconozca haberse realizado maniobras abortivas. Dada las implicancias que esta situación puede presentar se aconseja sospecharlas.

ABORTO PROVOCADO Y FEBRIL

Medidas generales: internar en sala que presente personal médico y de enfermería permanente. Reposo en cama semisentada. Suspender vía oral (VO). Vía Venosa Periférica (VVP). Sonda vesical a colector.

Valoración clínica: estado de conciencia, su afectación (desde la obnubilación al coma) puede corresponder a sepsis. Curva de temperatura, con criterio evolutivo: es significativa si es mayor de 38ºC, o menor de 36ºC. Presión arterial (PA) y pulso: la presencia de hipotensión que no revierte con la perfusión de

fluidos endovenosos debe considerarse shock, y en este caso shock séptico. Diuresis: la oligoanuria puede ser manifestación de sepsis. Recordar que la insuficiencia renal en la SOB suele ser a diuresis conservada. En piel y mucosas debe buscarse signos de anemia (palidez) de mala perfusión (cianosis y recoloración lenta luego de la presión con el dedo) e ictericia (disfunción hepática). También signos de trastornos de la crasis como equímosis, petequias e, incluso, trombosis en los extremos de los dedos. Auscultación pulmonar y respiraciones por minuto (RPM), la polipnea puede ser signo de injuria pulmonar por sepsis o la expresión de una hiperventilación compensadora de acidosis. El foco puede ser pleuropulmonar. Auscultación cardiovascular. Hepatalgia y/o hepatomegalia, que evidencian compromiso hepático. Dolor en fosas lumbares (FFLL), la pielonefritis puede estar asociada, o ser a veces, la causa de la sepsis. En abdomen explorar en busca de signos de peritonitis generalizada o pelviana. Exploración genital/obstétrica: temperatura de la vagina, y ocupación del fondo de saco de Douglas. Dolor a la palpación y movilización uterina, y regiones parauterinas. Tamaño uterino. Cuello uterino (permeabilidad, traumatismos, y existencia de restos ovulares).

Exámenes paraclínicos (que incluyen investigación bacteriológica): Clasificación sanguínea: para eventual reposición y/o profilaxis del conflicto Rh. Hemograma: descartar anemia, leucocitosis mayor de 12000/l o leucopenia menor de 4000/l, y recuento plaquetario menor de 100000/mm3. Crasis: valorar alargamiento de tiempos, clínica, fibrinógeno, y plaquetas. Función renal: azoemia superior a 1gr/l, y creatinemia superior a 2mg/dl. Función hepática: bilirrubinas por encima de 2mg/dl a predominio de la directa, y aumento de las transaminasas por encima de 70U/l. Puede verse predominio de la indirecta en hemólisis (frecuente en infección por Clostridium y gram negativos), e intoxicaciones que pueden asociarse a las maniobras abortivas. La sospecha de hemólisis es mayor ante hemoglobinuria y LDH >600U/l. Ionograma: suelen ser pacientes deshidratadas, cursando procesos infecciosos largos. Gasometría arterial: buscar acidosis (pH <7.35) metabólica con compensación respiratoria (polipnea con PaCO2 <32mmHg y déficit de bases >10mEq/l). Los niveles de lactato 4mg/dl son patológicos y no sólo hablan de metabolismo anaeróbico sino de falla hepática en su metabolización. Exámen simple de orina: inespecífico de función, lesión e infección. Hemocultivo y urocultivo: para encuesta bacteriológica. Radiografía de tórax: descartar edema pulmonar, derrame pleural, y signos de tromboembolismo pulmonar séptico (TEPS). Imagenología pelviana: eco-

grafía ginecológica. Los técnicos avezados pueden observar imágenes compatibles con SDOM en el hígado y riñones.

Tratamiento: comenzar antibióticoterapia: sulbactam ampicilina 1.5gr IV c/8hrs la cual continuará hasta 48hrs de apirexia y mejoría de la paciente. Antitermoanalgesia: Dipirona 1gr IV de acuerdo a necesidad. Hidratación: pueden ser pacientes deshidratadas, con procesos infecciosos de moderada o larga data por lo que en ocasiones puede ser generosa. Se sugiere comenzar con ringer lactato o suero fisiológico a razón de 1000ml c/8hrs, controlando según pulso PA y diuresis. (Evitar sueros glucosados, inclusive hay mejor evolución si la glicemia se mantiene por debajo de 1.1gr/l). Vigilar el ionograma.

Controles clínicos frecuentes: Conciencia. Auscultación pulmonar y RPM. Pulso, PA. Temperatura. Diuresis. Investigación de hepatalgia, hepatomegalia. Valorar abdomen: ¿aparición de dolor? ¿signos de peritonitis?

Terapéutica instrumental sobre el foco: Si el cuadro clínico lo permite esperar el tiempo prudencial (no más de 6hrs) que permita valorar, compensar, diagnosticar, esperar el ayuno, y lograr impregnación antibiótica. Previo al legrado repetir hemograma, crasis, y gasometría. Legrado evacuador complementario (LEC) prestando atención en la identificación de soluciones de continuidad uterinas y lesiones traumáticas del cuello uterino. De evidenciarse perforación uterina y no presentar evidencia de sepsis, deberá optarse entre el LEC a cielo abierto o bajo visión laparoscópica, y la histerectomía. Previa inducción anestésica repetir dosis de antibióticos. Enviar restos a anatomía patológica. Valorar en las próximas 24hrs la evolución, en forma clínica y paraclínica según necesidad. De sospecharse maniobras abortivas, elevar informe en las primeras 48hrs al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del MSP, 18 de julio 1892 oficina 415, teléfono 4091200, fax 4082736, sin identificar a la paciente. Anticoncepción, y consulta con psicología médica y asistente social.

SEPSIS POST ABORTO

Se define como sepsis post aborto cuando luego de esta situación la paciente presenta síntomas y signos clínicos compatibles con endomiometritis acompañado de un Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (SDOM). Entendemos por SDOM al cuadro caracterizado por alteraciones (disfunciones) de los sistemas fisiológicos principales, en forma sucesiva o simultánea

luego de una injuria (en este caso el aborto), que no son consecuencia de la colonización bacteriana.

Características de las disfunciones orgánicas (pueden ser completas o parciales): Sistema nervioso central: obnubilación, confusión, soñolencia, irritabilidad, hasta el coma. Sistema respiratorio: polipnea >19RPM, hipoxemia (PaO2 <80mmHg) que no mejora al aumentar la fracción inspirada de oxígeno (FiO2), y al inicio hipocapnia (PaCO2 <32mmHg). Puede haber estertores bilaterales moderados y difusos. Debe sospecharse si la relación PaO2/FiO2 <300. Hígado: hepatomegalia dolorosa, ictericia, coluria, bilirrubinas por encima de 2mg/dl a predominio de la directa, y aumento de las transaminasas mayor de 70U/L. Sistema circulatorio: hipotensión (PA <90/60mmHg), taquicardia, pulso fino, oliguria, hipoperfusión periférica, depresión sensorial. Si luego de la perfusión endovenosa adecuada (1-2 litros en 1-2 horas) la presión arterial sistólica (PAS) se mantiene 30mmHg por debajo de la normal y esto se acompaña de algún signo de mala perfusión periférica, se hace el diagnóstico de shock por convención. Riñón: azoemia superior a 1gr/l, y creatinemia superior a 2mg/dl. Sistema de la coagulación y hematológico: anemia (hemoglobina <11gr/dl o hematocrito <30%), plaquetopenia (<100000/mm3), o coagulación intravascular diseminada (CID) constituida (plaquetopenia, disminución del fibrinógeno, alargamiento de test de coagulación, y/o clínica de sangrados). Sistema digestivo: íleo paralítico, diarrea, y gastritis erosiva.

Clasificación: En el caso especial de la SOB y por la implicancia que esto tendrá en la terapéutica, se debe catalogar como "sepsis moderada" o "sepsis grave". La sepsis es un cuadro evolutivo en el tiempo, de observar empeoramiento de la paciente incluirla en la etapa siguiente aunque estrictamente no se encuentre.

Criterios de Sepsis grave: necesidad de ventilación mecánica invasiva por cualquier motivo vinculado al cuadro de infección por aborto, o imágenes compatibles con pulmón húmedo. Compromiso de conciencia más allá de la bradipsiquia. Hipotensión arterial que no responde al test de sobrecarga de volumen (optamos por 500ml en los primeros 10 minutos, y luego 1000ml en una hora) y que necesita aporte de adrenérgicos vasoconstrictores e inotrópicos (dopamina y/o noradrenalina) para mantener PAS = ó > 90mmHg ó PAM = ó > 70mmHg. CID definida como plaquetopenia <100000/mm3 ó progresiva, y alargamiento de test de coagulación, frecuentemente acompañada de equimo-

sis fáciles y sangrados en los sitios de punción. Insuficiencia renal que requiera diálisis. Es tan poco frecuente en la SOB que de presentarse sospechar intoxicación. Peritonitis.

SEPSIS MODERADA:

Internar en sala que presente controles tipo cuidado intermedio. Reposo en cama semisentada. Suspender VO. VVP. Sonda vesical a colector. Oxigenoterapia con MFL 6 l/min. Mantener saturación de O2 sobre 90%. Valorar especialmente en forma horaria todos los signos generales, los controles de rutina, y los signos de disfunciones orgánicas. Realizar los pedidos de exámenes complementarios generales, hematimétricos, gasométritos, imagenológicos, y correspondientes a cada sistema en disfunción. No olvidar los estudios bacteriológicos de hemocultivo y urocultivo. La valoración clínica y paraclínica es similar al aborto febril.

Tratamiento: Antimicrobianos a dosis plenas (antes del LEC). Sugerimos Ciprofloxacina 400mg IV c/8 horas, y Clindamicina 600mg IV c/6 horas. (La Clindamicina es de preferencia ante el Metronidazol ya que actúa sobre el Staph. Aureus sensible a la meticilina que se suele ver complicando los abortos provocados). Si se sospecha Clostridium debe adicionarse Penicilina a altas dosis. Este tratamiento puede suspenderse luego de desaparecidos los síntomas sistémicos y de tres días sin fiebre. Una alternativa más barata a la Ciprofloxacina es la Amikacina a dosis de 15mg/kg/día c/8hrs, aunque presenta nefrotoxicidad. Anticoagulación (luego del LEC). Heparina de bajo peso molecular (HBPM) 1mg/kg/SC/12hrs. Como mínimo 40mg/12hrs. Contraindicado si está sangrando, controvertido si se va a realizar cirugía. Hidratación: suero fisiológico a razón de 1 litro en las primeras 4-6 horas y de acuerdo a necesidad, pudiendo ser mucho más abundante. Se titulará contra pulso, saturación de oxígeno, PA, PVC, y diuresis, con control del estado pulmonar. La diuresis merece un comentario especial, su volumen al comenzar la hidratación es un signo de perfusión sistémica. Su reaparición (1ml/kg/h) significa el buen camino, de mantenerse o disminuir indica fracaso en el intento terapéutico, agravación del paciente, y es de mal pronóstico. Valorar necesidad de transfundir sangre (mantener cifras de hemoglobina entre 7 y 8gr/dl, aproximadamente 27% de hematocrito). Cifras mayores en pacientes críticos no coinciden con mayor sobrevida. Analgesia según necesidad.

Terapéutica instrumental sobre el foco: previo al LEC repetir hemograma, crasis, gasometría, y aquella que ya estaba alterada. Repetir dosis de antibióticos previa inducción anestésica. Si la evolución lo permite, realizar LEC a las 4-6 hrs, y valorar estrictamente la evolución clínica en las próximas 24hrs. En presencia de perforación uterina se aconseja realizar histerectomía de entrada. Postoperatorio en cuidados intermedios. De empeorar durante el preoperatorio, o no mejorar en las primeras 24hrs del postoperatorio pasar a plan de sepsis grave.

SEPSIS GRAVE

Si ya no están en marcha implementar rápidamente las siguientes medidas: Oxigenar, manteniendo saturación de O2 sobre 90%. Juzgar necesidad de ventilación mecánica mediante intubación traqueal (IOT) e implementarla si está indicada. Realizar rápidamente VVC, (PVC entre 10 y 12cm de H2O). Restaurar el nivel de hemoglobina a 7-8gr/dl. Evaluar la reposición de fluidos (suero fisiológico). Suministrar adrenérgicos/inotrópicos: Dopamina y/o Noradrenalina. Perfusiones a ritmo suficiente para mantener PAM = ó > 70mmHg, ó PAS = ó > 90mmHg. Bicarbonato de ser necesario. Si está sangrando por plaquetopenia o si sus valores son inferiores a 30000/mm3 suministrar 10 volúmenes de concentrados plaquetarios. Siempre inmediatamente previo a la intervención, y recordando que su efecto dura 120 minutos.

Pasar a plan quirúrgico no más allá de las 4 horas: frente a sepsis grave inicial o si ha evolucionado a ella dentro de las primeras 24 horas del tratamiento de la sepsis moderada. Histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral. Existen trabajos publicados que concluyen que ante la normalidad macroscópica de los ovarios en el intraopoeratorio, estos se pueden preservar. De presentar TEPS o trombos pelvianos: histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral, mas ligadura de vena cava inferior. Postoperatorio en cuidados intensivos. Ya la paciente se debía encontrar en cuidados intensivos o con medidas similares (intubación, ventilación, inotrópicos, perfusiones controladas, monitorización). Evaluar conveniencia de isocoagular.

Cuidados en la intervención quirúrgica: previa inducción anestésica repetir dosis de antibióticos. Incisión en piel mediana infra umbilical, y apenas abierto peritoneo tomar muestra de líquido peritoneal en jeringa heparinizada para cultivo. Ligar pedículos lumboováricos (en caso de dejar los ovarios ligar ute-

rooováricos) lo más alto posible y pasar rápidamente a palpar pedículos uteroováricos, lumboováricos, hipogástrica, en busca de trombos. De no haberlos, proceder a realizar la histerectomía. Tomar muestra de miometrio para cultivo. Colporrafia en surget en corona, dejarla abierta. Es opcional dejar drenaje. Cambiarse los guantes para cerrar planos superficiales.

De tener que proceder a ligar la Vena Cava inferior, esta técnica debe ser realizada por técnico de experimentado. Ampliar incisión en piel y efectuarla previo a la histerectomía y luego de ligar los pedículos lumboováricos. Según preferencia optar por la vía retroperitoneal o transperitoneal. La primera podría ser más segura ya que permite una mejor exposición. En la vía retroperitoneal hay que decolar el colon ascendente, y en la trans la tercera porción del duodeno. Como sutura se aconseja el mercilene®, una alternativa más barata puede ser pasar varios hilos de lino teniendo cuidado no desgarrar la vena al anudar. Recordar que es preciso ligar la cava inmediatamente por debajo de las venas renales.

Bibliografía Recomendada:

Correa H, Bagnulo H. Sepsis, concepto, clasificación, diagnóstico y tratamiento, en Medicina Intensiva. H. Artucio, et al., Editors. 1987, Librería Médica: Mdeo. 301-442.

Correa H. Sepsis. Tratamiento intensivo de las infecciones graves, H. Correa, Editor. 2003, Oficina del Libro: Mdeo. 21-32.

Correa H. Sepsis in obstetrics, in Critical care infectious diseases textbook. Rello J, Valles J, Kollef M, Editors. 2001, Kluwer Academic Publishers: London. 787-97.

Danforth's Obstetrics & Gynecology, J. Scott, et al., Editors. 1999, Lippincott Williams & Wilkins. Chapter 30.

2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med. 2003, 29:530-538.

Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. SMU Editor. 2002, Mdeo.

ANEXO 4

CURSO DE CAPACITACION. ABORTO INSEGURO: ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN PRE Y POST.

La presente propuesta de capacitación surge a partir de una solicitud realizada a MYSU por el grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto provocado en condiciones de riesgo. El objetivo principal es promover instancias de formación del personal de salud, en las cuales se fomente el intercambio y la reflexión crítica sobre el aborto inducido en condiciones de riesgo, reconociéndolo como un grave problema de salud pública.

La realización y evaluación de esta experiencia será importante para la proyección de un plan de capacitación de mayor alcance en este campo, así como para la difusión de las normativas de atención pre y post aborto.

Perfil de los/as participantes: Profesionales de la salud de diferentes disciplinas. Profesionales que conozcan y acuerden con las normas elaboradas por el Grupo Iniciativas Sanitarias. Profesionales con capacidad y posibilidad de incidencia dentro de los distintos establecimientos de salud o áreas de trabajo.

Convocatoria y selección de participantes: a cargo del grupo Iniciativas Sanitarias.

OBJETIVOS

1. Brindar insumos teóricos que permitan analizar de manera multidimensional y compleja (aspectos sanitarios, psicosociales, éticos, bioéticos y legales) el fenómeno del aborto inducido.

2. Enmarcar la problemática del aborto inducido en el enfoque de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en tanto derechos humanos.
3. Analizar la problemática del aborto inducido desde una perspectiva de género.
4. Reflexionar sobre el rol del personal de salud ante las decisiones reproductivas de las mujeres o parejas consultantes en lo que refiere a la interrupción o no de un embarazo.
5. Reflexionar sobre la propuesta de normativas sanitarias para la atención pre y post aborto y su posible implementación en Uruguay.

CONTENIDOS TEMÁTICOS

Módulo 1: El aborto inducido en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

- La situación del aborto inducido en el mundo. Informes, cifras y acuerdos internacionales que lo reconocen como un problema de salud pública. (OMS/OPS; FIGO, y documentos de Naciones Unidas).

- La situación del aborto inducido en Uruguay, identificación de factores que intervienen en el agravamiento de la problemática. Análisis de diferentes contextos (experiencias de los participantes de acuerdo a su práctica institucional).

- La autodeterminación reproductiva en el marco de los derechos sexuales y reproductivos (DDSS–DDRR), reconocidos como derechos humanos. Documentación internacional consensuada (Conferencias sobre Población y Desarrollo -Cairo, 1994-, sobre la Mujer -Beijing, 95- y las instancias evaluatorias posteriores).

- La dimensión social e individual de los DDSS - DDRR como refundación de lo privado y lo público. Identificación de situaciones concretas en la práctica profesional. ¿Cómo incorporar estos derechos en los servicios de salud?

Módulo 2: Sexualidad, género y decisiones reproductivas.

- El modelo social hegemónico de maternidad como realización del ser mujer y su incidencia en la problemática del aborto inducido. Incorporación de la perspectiva de género en la práctica profesional de los servicios de salud reproductiva.

- ¿Por qué abortan las mujeres? Las rutas de decisión frente a la interrupción o continuación de un embarazo no planificado.

- El lugar del varón (pareja) frente a la situación de la interrupción o no de un embarazo.

Módulo 3: El personal de salud frente al aborto inducido.

- El rol del equipo de salud frente a la decisión de la mujer o la pareja de interrumpir o proseguir con un embarazo no planificado. Herramientas con las que cuentan los/las profesionales de la salud para abordar la problemática. Análisis de experiencias.

- La relación médico-paciente y la posible confrontación de éticas personales y sistema de valores. Tensiones y dificultades que se presentan en los servicios. Vinculación y abordajes multi e interdisciplinarios.

- Calidad de atención y aborto inducido. Intervenciones para la prevención del riesgo en salud. ¿Cómo salvaguardar la salud de la usuaria? ¿Cómo respaldar las acciones de los/as profesionales de la salud? ¿Cómo compatibilizar y garantizar el ejercicio de derechos de usuarias/os y profesionales?

Módulo 4: Marco legal y normas de intervención

- La legislación de aborto vigente en Uruguay. Análisis de su efectividad frente a la problemática del aborto de riesgo. Breve reseña de los proyectos de ley en debate en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Diputados.

- Análisis de las normas propuestas para la atención pre y post-aborto del Grupo de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto provocado en Condiciones de Riesgo.

- Contradicciones y dificultades que pueden presentarse en la práctica y en la incorporación de estas normas a los servicios de salud.

- Perspectivas de viabilidad de las normas como intervención sanitaria efectiva frente a la problemática del aborto provocado en condiciones de riesgo.

EQUIPO DOCENTE - MYSU
Lilián Abracinskas; Alejandra López Gómez; Cristina Grela.
Montevideo, agosto de 2002.

ANEXO 5

PROYECTO DE LEY DE DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA

CAPÍTULO I
DE LOS DEBERES DEL ESTADO

Artículo 1°.- El Estado velará por el derecho a la procreación consciente y responsable, reconociendo el valor social de la maternidad, la paternidad responsable y la tutela de la vida humana. A esos efectos se promoverán políticas sociales y educativas tendientes a la promoción de la salud reproductiva, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y a la disminución de la morbimortalidad materna.

Dichas políticas buscarán alentar la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo, a los efectos de un mayor involucramiento en la planificación de la familia.

Artículo 2°.- El Ministerio de Salud Pública deberá incluir en su presupuesto un programa con los siguientes objetivos:

A) Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de educación sexual que propendan al ejercicio armónico de la sexualidad y a la prevención de los riesgos.

B) Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de planificación familiar.

C) El cumplimiento de los objetivos mencionados involucrará a todo el personal de la salud, ampliando y mejorando su capacitación en la esfera de la salud sexual y reproductiva y de la planificación de la familia, incluyendo la capacitación en orientación y comunicación interpersonal.

D) Instrumentar medidas que tiendan a la disminución de la morbimortalidad derivada de la interrupción de embarazos practicada en situación de riesgo.

E) Permitir que la mujer ejerza el derecho a controlar su propia fecundidad y a adoptar decisiones relativas a reproducción sin coerción, discriminación ni violencia.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de los objetivos encomendados en el artículo precedente, coordinará acciones con los organismos del Estado que considere pertinentes.

CAPÍTULO II
CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Artículo 4°.- Toda mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gravidez, en las condiciones que establece la presente ley.

Artículo 5°.- Para ejercer el derecho acordado por el artículo anterior, bastará que la mujer alegue ante el médico, circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etáreas, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso.

El médico deberá:

A) Informar a la mujer de las posibilidades de adopción y de los programas disponibles de apoyo económico y médico, a la maternidad.

B) Brindar información y apoyo a la mujer pre y post intervención relativa a la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 6º.- El médico que realice la interrupción de la gravidez dentro del plazo y en las condiciones de la presente ley, deberá dejar constancia en la historia clínica de que se informó a la mujer en cumplimiento de lo establecido en el inciso segundo del artículo 5º.

Asimismo, deberá recoger la voluntad de la mujer, avalada con su firma, de interrumpir el proceso de la gravidez, que quedará adjunta a la historia clínica de la misma, con lo cual su consentimiento se considerará válidamente expresado.

Artículo 7º.- Fuera de lo establecido en el artículo 4º, la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer o cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina.

El médico dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas. En todos los casos someterá tal decisión a consideración de la mujer, siempre que sea posible.

En todos los casos se deberá tratar de salvar la vida del feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.

CAPÍTULO III
CONSENTIMIENTOS ESPECIALES

Artículo 8º.- En los casos de mujeres menores de dieciocho años no habilitadas el médico tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción, el que estará integrado por la voluntad de la menor y el asentimiento de al menos uno de sus representantes legales o, en su ausencia o inexistencia, su guardador de hecho.

Artículo 9º.- Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el asentimiento de quien debe prestarlo, habrá acción ante los Jueces Letrados competentes en materia de familia para que declaren irracional el disenso o brinden el asentimiento.

La menor comparecerá directamente con la mera asistencia letrada. El procedimiento será verbal y el Juez, previa audiencia con la menor, resolverá en el plazo máximo de cinco días contados a partir del momento de su presentación ante la sede, habilitando horario inhábil si fuera menester.

Artículo 10.- En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará el titular de la sede judicial competente del domicilio del incapaz, a solicitud del curador respectivo, rigiendo igual procedimiento y plazo que los establecidos en el artículo anterior.

CAPÍTULO IV
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 11.- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comer-

cial. Todos los servicios de asistencia médica integral, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo, en las hipótesis previstas en esta ley.

Será de responsabilidad de todas las instituciones señaladas en el inciso anterior, el establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos que establece la presente ley.

Artículo 12.- Aquellos médicos o miembros del equipo quirúrgico que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los actos médicos a que hace referencia la presente ley, podrán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan, dentro de los treinta días contados a partir de la promulgación de la misma. Quienes ingresen posteriormente, deberán manifestar su objeción en el momento en que comiencen a prestar servicios.

Los profesionales y técnicos que no hayan expresado objeción, no podrán negarse a efectuar las intervenciones.

Lo dispuesto en el presente artículo no es de aplicación en los casos graves y urgentes en los cuales la intervención es indispensable.

Artículo 13.- El médico que intervenga en un aborto o sus complicaciones, deberá dar cuenta del hecho, sin revelación de nombres, al sistema estadístico del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley, las ciudadanas uruguayas naturales o legales y aquellas que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

CAPÍTULO V
DE LA MODIFICACIÓN DEL DELITO DE ABORTO

Artículo 15.- Sustitúyese el Capítulo IV, Título XII, del Libro II del Código Penal, promulgado por la Ley Nº 9.155, de 4 de diciembre de 1933, y modificado por la Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

"ARTÍCULO 325. (Delito de aborto).- La mujer que causare o consintiere la interrupción del proceso fisiológico de la gravidez y quienes colaboren con ella, realizando actos de participación principal o secundaria, fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos en la ley, cometen delito de aborto y serán castigados con pena de tres a veinticuatro meses de prisión.

ARTÍCULO 326. (Aborto sin consentimiento de la mujer).- El que causare la interrupción de la gravidez sin el consentimiento de la mujer para la realización del aborto fuera de las condiciones o sin las autorizaciones establecidas en la ley será castigado con pena de dos a ocho años de penitenciaría.

ARTÍCULO 327. (Aborto con consentimiento de la mujer).- No constituye delito el aborto consentido por la mujer en las circunstancias, plazos y condiciones previstos por la ley.

ARTÍCULO 328. (Lesión o muerte de la mujer).- Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, la pena será de cuatro a doce años de penitenciaría.

Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 326 sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, será de tres a quince años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, la pena será de quince a treinta años de penitenciaría".

ARTÍCULO 328 BIS. (Causas atenuantes o eximentes):

1º.-Si el aborto se cometiere para eliminar el fruto de la violación, con consentimiento de la mujer, será eximido de pena.

2º.-Si el aborto se cometiere por causas graves de salud, será eximido de pena.

3º.-En el caso de que el aborto se cometiere por razones de angustia económica, el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y podrá llegar hasta la exención de la pena.

Artículo 16.- Sustitúyese el artículo 2º de la Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

"ARTÍCULO 2º.- Cuando se denunciare un delito de aborto, el Juez competente procederá en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas, se llegara a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho es lícito, mandará clausurar los procedimientos, observándose los trámites ordinarios".

CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 17. (Derogaciones).- Deróganse los artículos 2º, 3º, 4º y 5º de la Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938, y todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 18. (Reglamentación y vigencia).- Atento a la responsabilidad cometida al Estado y a los efectos de garantizar la eficacia de lo dispuesto en la presente ley, la misma entrará en vigor a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo la reglamentará.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 10 de diciembre de 2002.

GUILLERMO ÁLVAREZ
Presidente

HORACIO D. CATALURDA
Secretario

ANEXO 6

INTERVENCIONES DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES ANTE LAS COMISIONES DE SALUD DEL PARLAMENTO NACIONAL

16 de julio de 2002.

Agradecemos la invitación a la comisión, desde nuestras organizaciones hemos seguido el debate sobre la situación del aborto en nuestro país desde 1985 y participamos en casi todas las instancias de análisis que el Legislativo ha tenido en todos estos años.

MYSU es una instancia que coordina organizaciones y personas que trabajan activamente en todo lo vinculado a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, desde múltiples niveles. En carpeta que estamos entregando a la Comisión se incluye información sobre las acciones que realizamos.

Trataremos de organizar nuestra intervención sobre algunos aspectos de la problemática del aborto en el Uruguay que nos parecen más importantes, intentando apoyar y colaborar en la decisión que esta comisión deberá tomar:

1. La urgencia de modificar la ley existente y las condiciones que clamarían por no dilatar más la búsqueda de una solución, en esta legislatura.

2. La complejidad y el desafío que implica hoy legislar buscando un marco jurídico que profundice la democracia e integre la dimensión social (además de la política y civil) de los derechos humanos

–incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos- de tal manera que al garantizar su universalidad se respete la individualidad de creencias y decisiones y se aseguren las condiciones de equidad para que su ejercicio no refleje discriminaciones de ningún tipo.

3. Y por último resaltar que el derecho a la autodeterminación reproductiva es un derecho y obligación de cada persona (hombre y mujer) que parece desarrollarse mejor cuando se ejerce a través de la información y la educación y no mediante el disciplinamiento o la imposición.

1 - Urgencia de modificar la ley existente

Desde hace 17 años, en cada legislatura, el problema del aborto ha aparecido sistemáticamente, con la insistencia propia que tienen las injusticias sociales. La opción de retrasar decisiones y dilatar cambios legislativos no ha sido una respuesta adecuada. Identificado y reconocido como un problema de salud pública la práctica ilegal del aborto ha agudizado, en estos últimos tiempos, una de sus peores consecuencias, la muerte evitable de mujeres por haber practicado sus abortos en las peores condiciones de inseguridad y clandestinidad. Y esto debería ser causa de reflexión profunda. Si en las legislaciones anteriores se hubiese alcanzado una solución y modificado las condiciones legales del aborto implementando servicios adecuados, se podrían haber evitado estas muertes.

Esta sería una razón que no debería despreciarse a la hora de medir responsabilidad legislativa: dilatar decisiones en este terreno se paga con vidas: la vida de las mujeres. Al morir ellas, obviamente, también mueren sus fetos, pero además se pierde la potencialidad reproductiva futura de esa mujer y quedan muy comprometidas las condiciones de vida de los hijos que ya tengan. En tanto la responsabilidad de la reproducción social sea, fundamentalmente, una tarea de mujeres, la muerte de una implica la precarización de la calidad de vida de su entorno familiar.

Analizando los distintos proyectos de ley que se han presentado desde el 85 a la fecha -si bien esta comisión se ha detenido fundamentalmente en el presentado en 1998- nosotras querríamos precisar que el que nos parece más exhaustivo y completo es el presentado por el entonces diputado Rafael Sansevier. En términos generales, consideramos que es el que mejor aborda e intenta resolver varios aspectos complejos del problema. También porque fue el proyecto que logró unanimidad de todas los fuerzas políticas con representación parlamentaria en la resolución emanada de la Comisión de Bioética que lo tuvo a estudio. Por otro lado, dicho proyecto, tuvo un muy interesante debate en el proceso de su elaboración, habiendo sido consultadas autoridades y organizaciones referenciales en el tema. Por eso nos atrevemos a sugerir que esta Comisión lo tenga en cuenta a la hora de elaborar su propuesta.

En el contexto actual del debate sobre el aborto se ha llegado a ciertos acuerdos consensuados que podrían facilitar y sustentar la tarea parlamentaria. Existen organismos internacionales como FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), OMS/OPS (Organización Mundial y Panamericana de la Salud) y varios documentos resultantes del sistema de Naciones Unidas, que han reconocido que la práctica insegura del aborto además de ser un grave problema de salud pública, de justicia social, de atentado a los derechos humanos, es expresión de discriminación contra las mujeres, dado que las muertes maternas son, en su amplia mayoría, evitables y por lo tanto un indicador de desigualdad en el ejercicio de ciudadanía y en el desarrollo equitativo de un país. Estos documentos pueden ser consultados en el dossier electrónico que MYSU junto con la CNS han elaborado y que se encuentra a disposición en el sitio web: www.chasque.net/comision

Así como también han habido encuestas de opinión en Uruguay, realizadas por distintas empresas encuestadoras, que arrojan datos muy similares. La gran mayoría de los y las uruguayos/as está de acuerdo en que se debe modificar la ley existente por inoperante y que se deberían tomar medidas para cambiar la injusta situación que representa la práctica del aborto en nuestro país.

2. Legislar en el terreno de lo privado- de lo íntimo de las personas.

¿Cómo elaborar una ley que resuelva un problema social pero que, al mismo tiempo, respete la esfera de la vida privada no convirtiéndola en un lugar de privación de decisiones libres y autónomas? ¿Cómo equilibrar la dimensión social de los derechos garantizando JUSTICIA con la dimensión individual expresada en la LIBERTAD DE DECIDIR de cada persona?

La llegada de las mujeres a la esfera pública ha re-estructurado y ampliado el proyecto democrático complejizando la resolución de problemas que antes se tomaban sin contar con la opinión de este nuevo sujeto político, que somos las mujeres. Por eso sobre temas como el aborto, la reproducción y la sexualidad de

las mujeres se han atrevido a opinar, decidir e imponer su decisión, todos los poderes involucrados en la civilización humana: religiosos, económicos, políticos y técnico-científicos. Así las Iglesias, los Estados, los gobiernos, los partidos políticos, los profesionales del derecho y de la medicina, consideran que tienen más criterio para decidir sobre el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres, que las propias mujeres.

A medida que las mujeres han ido conquistando el derecho a tener derechos, se ha ido evidenciando que las personas (hombres y mujeres) tienen el derecho y la responsabilidad, en la vida cotidiana, de contar con la información, la educación y las condiciones para autodeterminar su propia vida, asumiendo al mismo tiempo, la responsabilidad social de esas decisiones.

En este sentido, la conclusión más clara es que, en el terreno de los derechos reproductivos, no puede imponerse ninguna respuesta única, porque no hay una única respuesta que pueda englobar y respetar la sumatoria de individualidades, éticas, creencias, filosofías y conductas propias. Por lo tanto la recomendación a esta comisión es la de que se trate de alcanzar una ley que facilite y promueva responsabilidades, deberes, beneficios y relaciones de autonomía y solidaridad en lugar de imponer condiciones estrictas y restrictivas que puedan marginar e impedir a las personas del derecho a ejercer sus derechos.

Si el poder del conocimiento se distribuyera de forma más equitativa y se reconociese la capacidad y sabiduría de las personas para tomar decisiones responsables, avanzaríamos mucho más que si se intentara imponer un modelo hegemónico o un sistema de valores único y cerrado.

Fortalecer libertad y responsabilidad parecen ser vías más adecuadas y efectivas para lograr actos de conciencia que reprimir, imponer dogmas o atemorizar a las personas con medidas punitivas convirtiendo en DELITO para todos lo que es PECADO para algunos. En el caso del aborto está comprobado que ninguna ley punitiva ha logrado desestimular su práctica ni tampoco ha promovido maternidades y/o paternidades más concientes o responsables.

3. Derecho a la libre autodeterminación reproductiva de hombres y mujeres.

Las mujeres reivindicamos el derecho a decidir sobre nuestros propios cuerpos, a ejercer libremente nuestra sexualidad, a experimentar placer y a que la maternidad sea una opción y no un destino. Pero, también nos importa señalar y enfatizar que los hombres tienen el derecho y la obligación de controlar y ejercer su capacidad reproductiva, de manera responsable.

En rol del varón frente a las situaciones de aborto es un tema del que debería hablarse y reflexionar más. En esta oportunidad sólo queremos dejar expresada la siguiente reflexión:

¿Un hombre debería dejar embarazada a una mujer si no está dispuesto a hacerse responsable de ese hijo/a; y/o si no ha consultado y acordado previamente con esa mujer, la posibilidad de tener un hijo?

Si la llegada de las mujeres a la esfera de lo público reestructura y amplia la vida democrática, el involucramiento de los hombres en el mundo de lo privado y en la transformación de la convivencia cotidiana es igual de imprescindible y necesario para profundizar la democracia, en todas sus esferas. Se deben fomentar y procesar los cambios culturales que habiliten una relación entre hombres y mujeres más democrática, equitativa, justa y solidaria.

Es sustancial que toda iniciativa que aborde estas temáticas esté incluida en una visión integral y amplia de ciudadanía. En ese sentido, la situación del aborto provocado no será resuelta si no es abordada desde su complejidad. Para reducir la incidencia del aborto y los estragos de su práctica clandestina no sólo se necesita modificar la ley vigente, garantizar servicios y desarrollar mecanismos de prevención y de educación. Es necesario fortalecer a las personas en su ciudadanía y en condiciones libres de discriminación.

Por último, nos permitimos hacer a esta comisión una última recomendación: en lugar de buscar principios norteadores que pretendan, supuestamente, alcanzar el bien-vivir universal imponiendo conductas o modelos, sería mejor que -desde el cambio de legislación- se buscara promover la capacidad crítica de las personas, brindando herramientas y garantizando condiciones que permitan a las personas tomar decisiones libres y responsables.

Lilián Abracinskas
Por MYSU (Mujer Y Salud en el Uruguay)

COMISIÓN DE SALUD DEL SENADO

Presentación de la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva

Martes 16 de setiembre 2003.

Agradecemos que esta Comisión nos reciba para escuchar los planteos que tenemos para hacer en tanto representantes de diversas organizaciones de nuestro medio. Somos una coordinación que ha estado trabajando en el intercambio de reflexiones, experiencias y en la construcción de consensos en relación a las temáticas que hoy nos convocan a través del proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva. Desde el respeto, el reconocimiento y la convivencia de diversidad de creencias y postulados coincidimos en que la aprobación de este proyecto de ley sería un importante avance para nuestro país en la búsqueda de soluciones a distintas problemáticas que ameritan una atención inmediata.

Esta Coordinación está integrada por representantes de distintas iglesias, organizaciones y grupos de jóvenes, instituciones de defensa de los derechos humanos, más de 45 organizaciones de mujeres y feministas de todo el país, la Central de trabajadores y trabajadoras PIT-CNT, de gremios, de organizaciones del medio rural, comunitario y barrial. Nuestro objetivo fundamental ha sido el difundir la existencia de este proyecto, informar sobre su contenido y extender y ampliar el debate público generando numerosas instancias de intercambio que nos han posibilitado aprender más del tema y conocer mejor las opiniones de la gente.

para las organizaciones que hemos participado desde 1985 en el debate sobre la situación del aborto en el uruguay, importa resaltar que si bien en cada legislatura se han presentado proyectos de despenalización/regulación de esta práctica, con sus correspondientes debates, es en esta oportunidad que se ha constituido una corriente de opinión mucho más amplia. se han pronunciando públicamente -en apoyo de este proyecto- instancias de la magnitud del concejo directivo central de la universidad de la república, decanos de diversas facultades, personalidades del ámbito académico, profesional, deportivo, de distintas expresiones artísticas, de diversas edades, condiciones socio-económicas y culturales. uruguay está siendo mirado desde otros países y desde distintas organizaciones regionales e internacionales como un país pionero en generar legislación que promueva, respete y garantice los derechos sexuales y los derechos reproductivos, reconociéndolos desde la universalidad, integralidad e indivisibilidad de los derechos humanos. ha sido un largo trayecto que ha permitido acumular reflexiones y madurar las posiciones que hoy nos permiten estar en esta comisión de salud del senado, analizando un proyecto de ley de esta envergadura que ya cuenta con la media sanción de la cámara de diputados y con un importante respaldo de diversas expresiones de nuestra sociedad.

se han abierto las fronteras de los espacios "tradicionales" en los que se sostenía la polémica y coincidimos en que:

1. la práctica clandestina del aborto –en condiciones de riesgo- es un problema de salud pública y de injusticia social que sólo podrá ser solucionado con una política integral de prevención y atención adecuadas a la realidad.
2. que la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos es una responsabilidad del estado que debe estar garantizada desde la laicidad, el respeto a la diversidad de creencias y la promoción de una convivencia democrática que no permita el avasallamiento de posiciones hegemónicas de ningún tipo.
3. la promoción y orientación del ejercicio responsable de la paternidad y la maternidad es uno de los elementos sustanciales para la construcción de una sociedad más equitativa y por lo tanto más saludable.

tenemos interés en compartir con ustedes lo aprendido por considerar que puede ser un aporte que contribuya a su compleja tarea de decidir el futuro de este proyecto.

quisiéramos comenzar por reflexionar conjuntamente sobre el concepto del aborto como un delito. ¿hay consenso social sobre este concepto?

los últimos 40 años en la historia de la humanidad han sido decisivos en la tendencia abolicionista del aborto voluntario como delito. los argumentos despenalizadores y reguladores de la práctica del aborto, en diversos países, cada vez son más claros y rotundos frente a un fenómeno social absolutamente destacado de nuestro mundo contemporáneo: el mayor grado de igualdad social, la

justa y progresiva emancipación de la mujer y la relación interdependiente entre diversos estados o países, son realidades que han ido fracturando los moldes que definieron al aborto voluntario como un delito.

la concepción político-democrática que hoy vivimos y que nos permite postular "derechos humanos fundamentales", "constitucionalidad", "igualdad y justicia" hacen que la concepción de aborto-delito y su despenalización sea una cuestión política de primera magnitud donde la voluntad mayoritaria de la ciudadanía ha sido –en la experiencia mundial- quien ha determinando el "sí", el "cuándo" y el "como" despenalizar su práctica, por encima de cualquier postulado ideológico, individual o colectivo.

¿es posible y lógico pensar que una conducta humana, que se produce entre miles o millones de veces en el mundo, en todos los países y en todos los años -de modo repetido- se corresponde con otros tantos miles o millones de delitos? ¿una conducta tan reiterada en todas las épocas, latitudes y circunstancias, no podría leerse como un signo de aprobación social y aceptación legal?

el aborto se aparta de los delitos clásicos. el homicidio, el asesinato, el robo, las infracciones contra la propiedad son conductas humanas que consensuadamente definimos como delitos dignos de sanción penal. sin embargo el aborto voluntario tiene una valoración legal y penal radicalmente diversa según épocas y países que va desde condenarlo como delito a aceptarlo como acto lícito, desde "crimen o pecado" hasta derecho propio de la mujer.

desde 1970 un buen número de países han liberalizado en diverso grado sus leyes sobre aborto, por citar algunos: austria, canadá, china, cuba, dinamarca, finlandia, francia, india, italia, alemania, holanda, noruega, suecia, el reino unido, nepal, sudáfrica, barbados.

es un grupo muy reducido de países los que sostienen el aborto ilegal en cualquier circunstancia.

ya sea por vía del sistema de indicaciones o por el sistema de plazos, un alto porcentaje de países han ido flexibilizando sus legislaciones habilitando abortos legales por causas específicas (médicas, eugenésicas, jurídicas y sociales o médico-sociales) (25% de los países) o por peticion de la mujer dentro de un

plazo que oscila entre las 10 y 28 semanas. en este régimen se encuentra el 39% de la población mundial.

en el 65% de los países el aborto-delito no es un concepto absoluto sino que admite condiciones para su práctica. el aborto voluntario o consensual como conducta humana tiene un tratamiento legal diverso en la legislación positiva y esta diversidad es radical. es esta calidad de diversidad en su tratamiento legal lo que marca un total contraste con los llamados delitos clásicos. el asesinato, el homicidio y los delitos contra las personas tienen una contemplación y tratamiento homogéneos y cercanos en casi todos los regímenes positivos. el aborto, no.

otra constatación es que los países que registran mejores indicadores en la defensa y respeto de los derechos humanos, han desincriminado total o parcialmente el aborto.

En los países donde continúa arraigado el concepto de aborto-delito y no se han modificado sus leyes o implementado servicios para su atención (muchos DE LOS PAÍSES de África, América Latina, algunos de los países islámicos), es en donde se concentran las cifras más altas de muerte materna por abortos practicados en condiciones de riesgo y donde se registra la mayor influencia de las expresiones fundamentalistas de distintas religiones como la católica, musulmana, judía ortodoxa o islámica.

Desde el siglo II la tesis de aborto-delito y la vinculación del aborto-homicidio fue configurada desde del cristianismo influyendo hasta el siglo XVIII en el pensamiento y en las leyes de diversos países, que asimilaron el aborto como homicidio imponiéndole penas máximas.

El Derecho Penal de la Ilustración desarrollado en el siglo XIX produce una quiebre sustancial que altera la concepción del aborto en una triple dirección:

a) desaparece la equivalencia del aborto con el homicidio, configurándose como delito autónomo
b) deja de aplicarse la pena capital para los casos de aborto, y
c) se atenúan -de forma general- las penas y aparecen causales que habilitan su práctica

El concepto rígido de aborto-delito como marca ideológica impuesta hasta el siglo XVIII, fue siendo sustituido por concepciones jurídicas diversas tendientes a responder de forma más adecuada a una conducta indudablemente humana y persistente en las más diversas culturas.

Es recién en el siglo XX que se registra una creciente y progresiva desincriminación total o parcial del aborto voluntario. Y todo parecería indicar que esta tendencia debería consolidarse en el siglo XXI, en la medida que se amplíen y consoliden las bases democráticas de la convivencia humana.

El aborto pecado y su trasposición al derecho positivo como aborto delito además de no dar cuenta de la realidad, ha resultado ser ineficaz para transformar la práctica voluntaria del aborto, desestimularla y erradicarla. Sostienen juristas, sociólogos y antropólogos estudiosos del tema que al ser el aborto-delito el producto de una creación religiosa con fundamentos que se sostienen en postulados religiosos y no en verificaciones científicas debería ser razón suficiente para no ser tomado como concepto en un Estado confesional y menos aún en Estados no confesionales.

Investigaciones en derecho comparado, en estimación del número de abortos, en indagación de practicas clandestinas, procesamientos y penas aplicadas concluyen que todos estos indicadores terminan cuestionado el concepto del aborto como delito. Por citar rápidamente un ejemplo: no existe relación alguna entre las leyes que penalizan y los procesamientos que se realizan por el delito de aborto. Aún en países con leyes muy restrictivas, los procesamientos por delito de aborto son muy inferiores a la práctica estimada. Uruguay no escapa a esta constatación.

Otro dato que también genera conflictos de diversa índole y que parecería ser gravitante en la decisión de modificar legislaciones es la magnitud de la práctica ¿cuántos abortos se producen?

En el mundo, las fuentes informativas que pueden responder –parcialmente- a esta pregunta provienen de:

- datos oficiales (en aquellos países donde el aborto ha sido despenalizado–y hay registro de la práctica)
- de estimaciones –de diversa índole- que intentan dar cuenta del número de abortos ilegales pero que por la propia naturaleza clandestina de la práctica , adolecen de fiabilidad.
- y, un registro que también da cierta cuenta del fenómeno como es la experiencia personal de gran número de personas que directa o indirectamente han pasado o conocido a alguien que ha practicado un aborto.

Importantes instituciones internacionales referentes en salud como la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) calculan que anualmente se producen 75 millones de embarazos no deseados/no esperados, de los cuales aproximadamente 20 millones terminan en abortos realizados en malas condiciones.

Las tasas de abortividad que daría el porcentaje de aborto sobre embarazos conocidos estima que los abortos son un 30% de los nacimientos mientras que otros cálculos arrojan que por cada nacimiento se producen entre 1 a 3 abortos.

¿Cuántos abortos se producen en Uruguay?

Nadie lo sabe a ciencia cierta y esta es otra consecuencia negativa que, a nuestro entender, ha tenido la vigencia por más de 64 años de una ley que no atendió efectivamente el problema. No hay mecanismos claros para la realización de un aborto legal, no contamos con registros, no tenemos datos que nos permitan conocer la magnitud del problema. Sólo tenemos las cifras de mujeres muertas por haberse practicado abortos en condiciones de riesgo.

De las pocas investigaciones con las que cuenta nuestro país y del resultado de distintas estimaciones se calcula que podrían producirse entre 16.000 a 150.000 abortos anuales. Cálculos que coinciden si aplicamos las fórmulas internacionales: desde un 30% de los nacimientos hasta una relación de 3 abortos por nacimiento, en un país con aproximadamente 55.000 nacimientos por año.

Cifras de una variabilidad tan amplia que han generado elucubraciones sobre si se magnifican o minimizan en función del interés de quién las usa. Por lo tanto vale la pena preguntarse **¿Por qué y para qué es importante conocer cuál es la incidencia de la práctica del aborto?**

Si es para definir un cambio legislativo. Estamos en problemas, para algunos 16.000 abortos anuales podrán ser pocos, para otros 150.000 serán demasiados. De toda maneras lo que parece evidente es que estamos hablando de una práctica real con la que convivimos, cotidianamente. Aún en la menor de las estimaciones estamos hablando de alrededor de 43 mujeres que por día deciden practicarse un aborto y lo hacen en el circuito clandestino porque no está habilitada ninguna otra posibilidad.

A nuestro entender es importante y fundamental saber cuántos abortos se producen. Pero por otra razón, necesitamos como país conocer las principales razones por las que se producen embarazos no esperados, qué impacto tiene el no brindar educación sexual en la generación de estos embarazos, cómo funcionan las medidas de prevención, cuáles son los métodos anticonceptivos más usados, cuál es la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos (el último dato que tenemos es de una encuesta de 1986). Necesitamos conocer la magnitud de la situación para poder intervenir en la realidad de forma más conciente, fundamentada, integral, que nos permita evaluar de forma más objetiva políticas y programas educativos e incidencia de servicios de prevención en salud reproductiva

El detalle no menor es que para saber con mayor confiabilidad cuántos abortos se producen en nuestros país y qué medidas son más efectivas para reducir su incidencia, necesitamos un cambio legislativo, de otra forma no tendremos garantías en la veracidad de datos que provienen de prácticas clandestinas.

Desafíos de los y las legisladores.

Frente a un problema que no ha dejado de manifestarse de forma constante en nuestro país y que se ha agudizado en los últimos tiempos.

Frente a un proyecto de ley que ha logrado mayoría legislativa en diputados y adhesión de una parte importante de la ciudadanía.

Los señores y señoras senadores/as tendrán que decidir si

a) Dilatan la decisión y trasladan el debate a próximas legislaturas, dejando el antecedente que en ésta se llegó hasta la media sanción en diputados.

b) Asumen que Uruguay transitó 64 años de una ley que no ha tenido buenos resultados y que desde hace18 años está discutiendo en el legislativo y en la opinión pública distintos proyectos de ley que han intentado dar solución al problema.

El doctor James Drane un bio-eticista que participó de los debates legislativos de1993 sobre otro proyecto de ley sobre este mismo tema, decía que para saber si una ley es justa se debe averiguar que no garanticen más daños que beneficios. Debe considerar la ética social sin descuidar la ética individual. El problema es que muchas veces se generan confusiones y muchos tratan de convertir su ética individual en una ley justa.

Las encuestas de opinión, realizadas por las distintas empresas encuestadoras, coinciden desde hace mucho tiempo en que una mayoría de la población está a favor de modificar la legislación vigente.

Porque el aborto pueda practicarse por libre decisión de la mujer hasta 12 semanas hay un 56% de la población a favor, un 38% en contra y sólo un 6% sin opinión.

Más que una postura coyuntural, dicen los responsables de las empresas encuestadoras, la sociedad uruguaya tiene muy metido el tema del aborto, la gente ha construido su posición desde hace mucho tiempo a través de charlas familiares, experiencias personales, y las cifras no se mueve desde hace una década, las posiciones parecen estar definidas, arrojando una mayoría a favor.

Cruzando las respuestas en función de las simpatías políticas de la población encuestada, los resultados dan que:
votantes del EP/FA – 70 % a favor, 25% en contra
votantes del PC – 45% a favor, 45% en contra
votantes del PN – 53% a favor, 43% en contra – muy diferente a lo que votó el PN en diputados.

De lo que se puede concluir que no habría una correlación entre las posiciones parlamentarias de algunos sectores y lo que opina la opinión pública.

Señores y señoras senadores, están frente a un dilema: el poder político debe expedirse sobre temas no tradicionales de la agenda política y parecería que

la opción no pasa por una representación sectorial sino que se tiene que legislar contemplando la diversidad de opiniones y respetando la diversidad de creencias.

Salvo un reducido polo ultra-conservador que no admite el aborto ni aún cuando está en riesgo la vida de la mujer embarazada, se abre una amplia gama de posiciones que admiten la práctica del aborto voluntario como una práctica humana que no se debe criminalizar sino prevenir para reducir su incidencia.

Que esperamos desde esta Coordinación Nacional de organizaciones.

Consideramos que el peor de los escenarios es continuar con lo que tenemos y hacer como si nada pasara. Démonos la oportunidad como país de movernos hacia otras posibles soluciones. Hasta ahora penar y prohibir por ley no dio resultados.

Promover condiciones para que toda la población pueda ejercer de forma libre y responsable sus derechos sexuales y reproductivos, sin discriminaciones de ningún tipo, es una alternativa tangible a considerar. tenemos la posibilidad de avanzar, no lo despreciemos.

Todos debemos pero ustedes fundamentalmente, hacer el enorme esfuerzo de trascender creencias y posiciones personales para alcanzar una solución que contemple y se aplique en la multiplicidad de realidades.

Lilián Abracinskas en nombre de la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva.

Anexo 7

CARTAS RECIBIDAS DESDE EEUU EN EL PARLAMENTO URUGUAYO

Abril 30, 2004

Senado de la República del Uruguay:

Tengo entendido que en este momento usted enfrenta a una decisión difícil, que tendrá un impacto en las mujeres y los niños de la República Oriental del Uruguay en las siguientes generaciones. El proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, acerca del cuál pronto votará el Senado, legalizará la violenta matanza de niños por nacer hasta la doceava semana del embarazo, y la explotación de la mujer.

Como legislador pro vida que soy en un país que hace 31 años legalizó la matanza de niños por nacer, le insto a que vote en contra de esta ley y no permita que se convoque a referéndum.

Los métodos abortivos constituyen violencia en contra de los niños. Desmembrar los cuerpos de los niños quirúrgicamente con bisturís, extraer y destruir bebés con espantosas máquinas de succión (20 o 30 veces más poderosas que una aspiradora casera), o inyectar peligrosas mezclas de productos químicos, incluyendo agua con altos contenidos de sal, en el lugar donde residen los bebés por nacer para quemarlos o envenenarlos; definitivamente no son actos benignos ni compasivos. Todas estas cosas les ocurren a miles de niños por nacer en Estados Unidos diariamente, debido a que nuestras cortes legalizaron el aborto.

Desde que el aborto fue legalizado en Estados Unidos en 1973, 45 millones de niños y niñas por nacer han siso violentamente asesinados, y 30 millones de mujeres –una gran cantidad de ellas se han practicado dos o más abortos-han tenido que enfrentarse al dolor emocional y físico que produce el aborto. El aborto no es la solución para los niños o las mujeres. Las mujeres continúan muriendo debido al aborto legal mortal, lo mismo que antes de que nuestras cortes legalizaran la matanza de niños por nacer. La joven Holly Paterson, de 18 años de edad, murió en el 2003, después de haber tomado la droga RU 486. En febrero del 2002, en ese mismo Estado, el cuello del útero de Diana López fue perforado durante un aborto y ella murió debido al trauma. Hay muchas mujeres que han sido dañadas o que han muerto debido al aborto. Las mujeres merecen lo mejor que el dolor y el sufrimiento ocasionados por el aborto.

La actriz y cantante Melba Moore, quien ganó un Tony Award (Premio Tony), ha venido a Washington D.C numerosas veces para contar su historia y hablarnos acerca de lo que sufre la mujer debido al aborto. La Dra. Alveda King, sobrina del Dr. Martin Luther King, se paró en las escalinatas del Tribunal Supremo para contar su historia y decir, que el aborto no solo es violencia en contra de los niños sino además es violencia en contra de la mujer. Estas dos mujeres participan en la campaña "Silent No More Awareness Campaign" (www.silentnomoreawareness.org - Campaña No más silencio), la cuál está tratando de hacer conciente al público de la destrucción física y psicológica que causa el aborto a las mujeres y a las familias. Los tres principales objetivos de esta campaña son:

- Informar al público de que el aborto ocasiona daños psicológicos, físicos y espirituales a la mujer y a otras personas;
- Llegar a las mujeres que están sufriendo debido al aborto para dejarles saber que hay ayuda y;
- Invitar a las mujeres a que se unan para pregonar la verdad sobre las consecuencias negativas del aborto.

Nuestras cortes unilateralmente legalizaron el aborto y lo presentaron a la mujer como una solución. El aborto no es una solución. Debido a este acto mal aconsejado, nuestro país ha destruido a generaciones de niños y sentenciado a generaciones de mujeres de dolor y sufrimiento. Por favor no cometa el mismo error en el Uruguay.

Le insto en este histórico momento en su país, a que continúe votando en contra de esta ley pro abortista, y a que se niegue a llevarla a referéndum. El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, que es la base de la democracia. Tengo confianza en que gracias a su liderazgo, Uruguay no cometerá el mismo costoso error que cometió mi país hace 31 años.

Por favor déjeme saber si puedo ayudarle en algo.

Christofer H. Smith
Member of Congress
Vice-Chair, International Relations Committee

Mike Pence
Member of Congress
Internacional relations Committee

Todd W. Akin
Member of Congress
Armed Services Committee

Ateve King
Member of Congress
Judiciary Committee

Jo Ann Davis
Member of Congress
Internacional Relations Committee

Joseph Pitts
Member of Congress
Intenational Relations Committee.

Senado de la República Oriental del Uruguay
Montevideo, Uruguay
4 de Mayo de 2004

Honorables Senadores:

Las organizaciones sin ánimo de lucro con base en los Estados Unidos abajo firmantes queremos expresar nuestra repulsa a la carta enviada a ustedes con fecha 30 de abril de 2004 por los representantes Chrisopher Smith, Mike Pence, Todd Akin, Steve King, Jo Ann Davis and Joseph Pitts del Congreso de los Estados Unidos. La mencionada carta representa una flagrante ingerencia a la soberanía y proceso democrático de la República del Uruguay en su debate legislativo y ciudadano sobre el Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva cuya totalidad comprende políticas de educación sexual y servicios integrales de salud reproductiva, incluyendo anticoncepción y regulación del aborto.

Cabe mencionar que los congresistas estadounidenses que han tomado la acción de inmiscuirse en los asuntos internos de su país representan un 1.4% del Congreso de los Estados Unidos. La ciudadanía de éste país apoyada por 60 países del mundo hizo el 25 de Abril en Washington una demostración masiva por la vida y el derecho a decidir de las mujeres, y por la defensa de la ley que regula el aborto en Los Estados Unidos desde 1973.

Uruguay es uno de los 179 países que ha adoptado el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (CIPD) de 1994, ratificada en 1999, y que diez años más tarde se ha unido a la reafirmación unánime del programa en su totalidad por parte de 38 países de Latinoamérica y el Caribe durante la reunión especial sobre CIPD+10 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) celebrada en Santiago de Chile en Marzo de 2004. Dicho Programa de Acción, así como la referida declaración reafirmante de Santiago hacen una demanda especial a los países a que redoblen esfuerzos en disminuir la mortalidad y morbilidad materna, y aluden explícitamente al derecho de todas las personas a servicios de salud reproductiva, y de la población joven en particular a educación sexual, información y servicios que respeten su confidencialidad.

Como organizaciones trabajando en el campo de los derechos y la salud reproductiva, les hacemos llegar nuestro firme apoyo al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva que se está debatiendo en el Senado de la República del Uruguay en el marco de un proceso legislativo democrático informado y sin ingerencias.

Respetuosamente

International Women's Health Coalition
Adrienne Germain, President

Catholics for a Free Choice
Frances Kissling, President

Ipas
Elizabeth Maguire, President

ANEXO 8

DECLARACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.

El consejo Directivo Central de la Universidad de la República aprobó anoche por unanimidad una declaración pública referida al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. El texto es el siguiente:

DECLARACIÓN

" Ante la discusión parlamentaria del Proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva, el Consejo Directivo Central de la Universidad e la República en el marco del artículo 2º de su Ley Orgánica, considera oportuno compartir con la opinión pública las siguientes consideraciones:

- La penalización –en los 64 años que lleva su aplicación- no ha impedido que el aborto constituya una práctica sumamente frecuente en todos los sectores sociales.

- Su carácter de "práctica clandestina" al margen de los controles sanitarios y en manos de personal no debidamente calificado lo ha convertido en un grave problema social de la Salud Pública.

- Complicaciones derivadas de dichas prácticas configuran la causa del 27% de la mortalidad materna, cifra que se encuentra entre las más altas del mundo y que afecta casi exclusivamente a mujeres provenientes de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad.

- Se hace necesario sustituir el criterio penalizador que orienta la actual legislación por otro que impulse el desarrollo de políticas públicas tendientes a orientar e informar a las personas sobre los diversos aspectos relacionados al libre ejercicio de la sexualidad. Esto implica poner al alcance de las mujeres –cualquiera sea su condición- los apoyos médicos, psicológicos y sociales necesarios para procesar decisiones libres, autónomas y conscientes, incluyendo los servicios y programas necesarios para sostener dichas decisiones en condiciones de dignidad y equidad.

- La Universidad de la República comparte la importancia de que la sociedad uruguaya debata sincera y ampliamente este tema comprometiendo su aporte científico y académico como contribución a la mejor resolución de esta grave problemática sanitaria y social.

- Para finalizar reafirma su convicción de que la base para dicha solución deberá respetar el derecho de las personas a ejercer su capacidad de libre decisión, de acuerdo a sus propias convicciones y el acceso equitativo a los recursos con que la sociedad cuenta para sostener dichas decisiones".

ANEXO 9

DECLARACIÓN DEL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY.

El Sindicato Médico del Uruguay, ante el debate que se ha instalado en distintos ámbitos de la sociedad uruguaya con respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y muy en especial acerca de la posible despenalización del aborto bajo determinadas condiciones, considera de interés efectuar las siguientes apreciaciones, dirigidas al Cuerpo Médico, a los poderes públicos y a la ciudadanía en general:

1. El Estatuto del Sindicato Médico del Uruguay obliga a sus autoridades, en su art. 2 literal G, a bregar por "el mejoramiento de las leyes y disposiciones referentes a la Asistencia e Higiene Pública y la medicina social".
2. Los médicos en general y el SMU en particular, se han manifestado de forma clara y concluyente a los largo de sus ocho décadas de existencia a favor de la vida. No estamos a favor del aborto provocado, ni consideramos adecuado estimularlo o promoverlo de ninguna forma. Estar a favor de la vida, en el Uruguay de hoy, obliga éticamente a todos los profesionales de la Salud a intentar disminuir de manera real la cantidad de abortos provocados, con el objetivo-tal vez utópico- de hacer innecesaria esa práctica. Así se contribuirá de forma verdadera, más allá de las palabras, a evitar la morbimortalidad materna, así como también a evitar la interrupción de un proceso vital, como es el de un embrión o feto en desarrollo.

5. La actual situación es dramática y resulta inadmisible:
   Es muy grave que en un país de poco más de 3 millones de habitantes,

sin accidentes geográficos importantes, sin divorcios culturales ni idiomáticos, con una buena infraestructura de comunicaciones y con un sistema de Salud de alcance nacional, haya una mortalidad materna de 23 cada cien mil nacidos vivos. Esto significa un promedio de 13 uruguayas jóvenes muertas por año. La mayor parte de las veces, esas muertes son evitables.

Es muy grave que las mujeres que viven en condiciones de pobreza mueran 2.64 veces más por estas causas que aquellas que tienen otras condiciones socioeconómicas.

Es extremadamente grave que 1 de cada 3 muertes maternas ocurridas entres 1997 y 2001, hayan sido a causa de complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo, causa no solo prevenible sino casi inexistente en los países donde existen servicios seguros de abortos.

Es grave y vergonzoso que las mujeres pobres que se atienden en el C. H. Pereira Rossell tienen 3 veces más posibilidades de morir por aborto provocado, que las mujeres de otros niveles socioeconómicos que acceden a mejores servicios de Salud.

A juicio del SMU el ambiente de inequidad basado en las condiciones socioeconómicas, que rodea todo este tema es vergonzoso, insultante, inmoral e insostenible.

4, Esta situación a nuestro entender debe revertirse atendiendo sus causas.

Las causas de los abortos provocados deben buscarse en los embarazos no deseados. Las recomendaciones internacionales, tanto de la Organización Mundial de la Salud como de otras instituciones de innegable prestigio y solidez ética, no dejan lugar a dudas sobre el camino a tomar:

Educación sexual y reproductiva desde la escuela primaria, para ejercer la sexualidad de manera libre y responsable.

Anticoncepción universal, segura, accesible y con todas las opciones para las y los usuarios, para evitar los embarazos no deseados.

2. El SMU entiende que, mientras haya embarazos no deseados habrá abortos provocados. En ese contexto, importa señalar que la mujer que decide abortar es una víctima y no una victimaria.

6. La legislación actual en Uruguay viola todas y cada una de las principales características de la Asistencia en Salud, que debe ser integral, universal, accesible, continua, oportuna, eficiente, económica, humana y adaptable. Dicha legislación, además, no ha logrado abatir el número de abortos, sino que por el contrario, ha contribuido a su incremento. En suma, se trata de una ley anacrónica y descartada por la práctica social desde su misma promulgación en 1938.

7. Ha quedado demostrado en todo el mundo de forma científica, más allá de credos, opiniones o valoraciones religiosas, filosóficas y políticas, que la despenalización del aborto lleva a una disminución en el número de abortos provocados y a una reducción de morbimortalidad materna y del feto.

8. Es entonces en este marco teórico, con estas consideraciones médicas, sociales, culturales y legislativas, que el SMU considera su deber expresar su posición a favor de la despenalización del aborto, en el entendido que dicha modificación legal no obliga ni estimula, sino que, por el contrario, como ha sido demostrado por la experiencia internacional, disminuye su práctica. Debemos indicar que la despenalización del aborto es en el actual contexto la principal manera de involucrar a toda la sociedades tareas impostergables :

a) La implementación de políticas educativas efectivas,

b) La promoción de políticas públicas de anticoncepción,

c) La promoción en toda la sociedad de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

El Sindicato Médico del Uruguay convoca al Cuerpo Médico Nacional, a las instituciones representativas en el área de la Salud sexual y reproductiva, a las organizaciones de mujeres, a los legisladores y a la opinión pública en general, a abordar de forma madura y sin hipocresía, alzando la mira por encima de falsas oposiciones como la de “aborto sí” o “aborto no”, la necesaria discusión para llegar a tomar las decisiones que nos demandan los tiempos.

El Comité Ejecutivo, 27 de abril de 2004.

ANEXO 10

COMISIÓN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. COMISIÓN INTERGUBERNAMENTAL DEL MERCOSUR.

Montevideo, 29 de marzo de 2004

MUJER Y SALUD EN URUGUAY.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, adjuntando a la presente copia de la Ordenanza Ministerial Nº 147 de la fecha 24 de marzo de 2004, por la cuál se creó la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, con el cometido de analizar y establecer las líneas de acción necesarias para dar cumplimiento a los cometidos de la Comisión Intergubernamental y establecer las definiciones referidas a las políticas en Salud Sexual y Reproductiva, a los efectos establecidos en el numeral 5º de dicha Ordenanza.

Saluda muy atentamente,

Mª Cristina Roca
Directora Dpto.
Secretaría General y Acuerdos
MSP

Oficio Nº 952
Ref. Nº 001-3-2976/2003
/mf

Montevideo, 24 de marzo de 2004

VISTO: QUE A PARTIR DEL DOCUMENTO MERCOSUR/XV RMSMBCH /ACUERDO Nº 13/03, se ha creado la Comisión Interguberna-mental para promover una política integrada de Salud Sexual y Reproductiva en la Región del MERCOSUR.

RESULTADO: que entre los cometidos de la Comisión Intergubernamental se encuentran los siguientes: A) promover una Política Integrada de Salud Sexual y Reproductiva del MERCOSUR y Chile, elevando una propuesta de la R.M.S para su consideración y aprobación; b) optimizar los esfuerzos para el desarrollo de las acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, organizaciones no gubernamentales, y organismos internacionales, estimulando la participación de la Sociedad Civil; c) promover y establecer estrategias para la realización de intercambios de experiencias, informaciones y tecnologías, d) promover el desarrollo de instrumentos comunes de gestión y fortalecimiento de los organismos nacionales; e) promover acciones de educación y programas de información a la población general y el fortalecimiento e implementación de los comités de salud de las áreas de fronteras; y f) evaluar la posibilidad de instrumentar actividades concretas de cooperación técnica con organismos internacionales comprometidos con la temática.;

CONSIDERANDO: I) que los cometidos y objetivos de la Comisión Intergubernamental requieren los aportes y acuerdos provenientes de un ámbito interdisciplinario e interinstitucional, que integre los más calificados profesionales y actores sociales con reconocida trayectoria en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, por lo que a tales efectos se estima pertinente la creación de una Comisión Nacional;

II) que las decisiones y propuestas que emanen de la Comisión Intergubernamental deberán ser fiel reflejo de políticas públicas que en la materia defina el Estado uruguayo, articulando los avances que se han concretado hasta la actualidad, con el compromiso de profundizar las respuestas de las necesidades, problemáticas y potencialidades de los ciudadanos y ciudadanas, referidos a su Salud Sexual y Reproductiva;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:

1º) Crease una Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funcionará en el ámbito del Ministerio de SALUD Pública y tendrá los siguientes cometidos: a) el análisis de los cometidos de la Comisión Intergubernamental; c) establecer las definiciones referidas a las políticas en Salud Sexual y Reproductiva que deberá impulsar el estado uruguayo en los diferentes foros y cumbres Nacionales, Regionales e Intergubernamentales.

2º) La comisión Nacional asesora en Salud Sexual y Reproductiva estará conformada por los siguientes integrantes: el representante del Ministerio de Salud Pública ante la Comisión Intergubernamental; un representante de Sub componente Programa Integral Infancia, Familia y Adolescencia en Riesgo, de la Secretaría de la República, co ejecutado con el Ministerio de Salud Pública; un representante de la Facultad de Medicina; un representante de la División salud de la Intendencia Municipal de Montevideo; un representante de la Sociedad Civil organizada a través de la Red Mujer y Salud en Uruguay; un representante de la Comisión de Género y Políticas del Sindicato Médico del Uruguay; un representante de la Comisión de Equidad y representante de la Comisión de Equidad y Género del Parlamento de la República; un representante del Congreso de Intendentes; un representante de la Comisión Nacional de Seguimiento de los acuerdos de El Cairo y Beijing; y un representante de la Sociedad de Ginecotología del Uruguay.

3º) Otras instituciones podrán ser convocadas por el Ministerio de Salud Pública y/o por la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva a los efectos de profundizar el análisis de temáticas específicas enmarcadas en los objetivos generales de dicha Comisión.

4º) La Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva tendrá un Comité Ejecutivo constituido por representantes del Estado Uruguayo a la Comisión Intergubernamental, e la Intendencia

Municipal de Montevideo, de la Facultad de Psicología y de la Sociedad Civil Organizada a través de la Red Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).

5º) Remítase oficio a las distintas personas públicas y demás organizaciones mencionadas en la presente Resolución a los efectos de que designen a sus representantes.

6º) Tome nota la Dirección General de la Salud y la División salud de la Población. Pase a sus efectos a Comisiones MSP – A.S.S.E. Cumplido, archivese.

Dr. Conrado Bonilla
Ministerio de Salud Pública

Ord. Nº 147
Ref. Nº 001-3-2976/2003
/mf

MERCOSUR/ XV RMSMBCH/ACUERDO Nº13/03

ACUERDO SOBRE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN INTERGUBERNAMENTAL PARA PROMOVER UNA POLÍTICAA INTEGRADA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REGIÓN DEL MERCOSUR

VISTO: El tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto y las Decisiones Nº 3/95 y 20/02 del Congreso del Mercado Común.

CONSIDERANDO:

Que la situación epidemiológica de los países del MERCOSUR en relación a la Salud Sexual y Reproductiva y su impacto social, económico y político con repercusiones directas sobre las poblaciones, hace necesario optimizar esfuerzos para el desarrollo de acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, organizacionales no gubernamentales y organismos internacionales.

Que el Preámbulo de la Convención sobre Derechos del Niño expresa que la Familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de Toyos sus miembros, debe recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

Que el artículo 16 de la Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer expresa que los Estados Partes asegurarán, en condición de igualdad entre hombres y mujeres, los derechos de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre nacimientos y a tener acceso a información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Que en el año 2004 se cumplen 10 años desde la promulgación del Programa de acción de la II Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) que planteó la adopción de políticas Públicas basadas

en derechos, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y los debates sobre población y desarrollo.

Que es indispensable promover y establecer estrategias para la realización del intercambio de experiencias, información tecnologías y desarrollo de instrumentos comunes de gestión y fortalecimiento de los programas nacionales.

LOS MINISTROS DE SALUD
ACUERDA:

Art. 1- Aprobar la creación de la Comisión Intergubernamental (CI) para promover una política integrada de Salud Sexual y Reproductiva en la Región del MERCOSUR**.**
Art. 2- Establecer que la Comisión Intergubernamental estará integrada por un representante y un suplente de cada Estado Parte del MERCOSUR, que se designará en un plazo no mayor de noventa días.

Art. 3- Instruir a la Comisión Intergubernamental que cumpla los siguientes objetivos:

a) Promover una Política Integrada de Salud Sexual y reproductiva del MERCOSUR, elevando una propuesta a la RMS para su consideración y aprobación.
b) Optimizar esfuerzos para el desarrollo de acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, organizaciones no gubernamentales, y organismos internacionales.
c) Promover y establecer estrategias para la realización de intercambios de experiencias, informaciones y tecnologías.
d) Promover el desarrollo de instrumentos comunes de gestión y fortalecimiento de los programas nacionales.
e) Promover acciones de educación y programas de información a la población general y fortalecimiento e implementación de los comités de salud de las áreas de fronteras.
f) Evaluar la posibilidad de instrumentar actividades concretas de cooperación técnica con organismos internacionales comprometidas con la temática.

Art. 4- Esta Comisión deberá mantener las articulaciones necesarias con la Comisión de Prestación de Servicios de Salud del SGT Nº11 "Salud" específicamente en lo que se refiere al asunto de referencia.

Art. 5- Los Ministros de Salud del MERCOSUR elevan el presente Acuerdo a consideración del Consejo del Mercado Común.

LILIAN ABRACINSKAS. Técnica en Anatomía Patológica (Universidad de la República). Especialista en género y salud sexual y reproductiva. Integrante del colectivo responsable de la organización feminista "Cotidiano Mujer". Co-coordinadora de MYSU. Integrante de la Coordinación de la Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía. Integrante de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ. Psicóloga (Universidad de la República). Especializada en género y salud sexual y reproductiva. Docente e investigadora de la Universidad de la República, donde coordina la Cátedra libre en salud reproductiva, sexualidad y género de la Facultad de Psicología. Co-coordinadora de MYSU. Integrante de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

BREMEN DE MUCIO. Médico ginecotocólogo. Asistente de la Cátedra de Medicina preventiva y social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Director del Área Mujer y Niñez del Ministerio de Salud Pública. Integrante de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

LEONEL BRIOZZO. Médico ginecotocólogo. Profesor adjunto de la Clínica ginecotocológica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Coordinador de Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Presidente del Consejo Arbitral del Sindicato Médico del Uruguay.