

Derechos sexuales y reproductivos en cifras

URUGUAY

Balance de situación y recomendaciones para el período 2025-2029

mysu
MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

O
OBSERVATORIO
NACIONAL
EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

JULIO 2025

Todas las personas tienen derecho a vivir su sexualidad y a decidir sobre su capacidad reproductiva sin sufrir discriminación por razones de sexo, edad, raza/etnia, clase social, nivel educativo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, condición o sistema de valores.

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) son un pilar fundamental en la construcción de la ciudadanía. Para su ejercicio, es necesario contar con las condiciones que lo faciliten, así como con una convivencia democrática que promueva un sistema de valores que respete la diversidad de identidades de género, garantice la libertad en el goce de la vida sexual y la autonomía en las decisiones reproductivas de las personas.

Aunque Uruguay promovió avances en el reconocimiento de los DSR en las primeras dos décadas del siglo XXI, este proceso se ha enlentecido y ha enfrentado dificultades que requieren ser superadas. Hay desafíos para alcanzar la universalidad en el acceso a servicios de calidad y en la implementación de un sistema eficaz de fiscalización para el debido cumplimiento de las normas. Los problemas de información y comunicación, en el sistema de salud, son obstáculos significativos para el ejercicio de estos derechos, especialmente en lo que respecta a la interrupción voluntaria del embarazo en relación a otros requerimientos en salud sexual y reproductiva (SSR).

Como lo ha hecho desde su creación en 2007, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU,¹ ha monitoreado la implementación de las

¹ El Observatorio de MYSU construye y nutre su base con datos de distintas fuentes y anualmente elabora reportes que divulga en formatos útiles para la ciudadanía y para la tarea de actores involucrados con la igualdad de derechos y la justicia social y de género. Sus cometidos son: aportar insumos en el diálogo e intercambio con tomadores de decisión para fortalecer políticas públicas; nutrir la formación y la actividad profesional y, especialmente, fomentar la participación ciudadana en la exigibilidad de sus derechos.

leyes **18.426 (Defensa del derechos a la salud sexual y reproductiva - 2008)** y **19.987 (Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE 2012)** y dado seguimiento a las medidas prestacionales obligatorias que deben brindar las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), desde el año 2010.

En cada cambio de Administración de gobierno, desde entonces, el Observatorio elaboró un estado de situación en base a la sistematización y análisis de los datos oficiales existentes, con solicitudes de acceso a información y a partir de estudios propios. Esta línea de trabajo institucional ha sido posible con el apoyo de UNFPA, Ríos-Rivers, WEC, IPAS, IBIS, CLACAI y por Fondos de solidaridad entre Mujeres como Mujeres del Sur, Fondo de Acción Urgente y Fondo Autónoma. Este es un aporte al propósito de desarrollar políticas públicas basadas en sistemas de información más robustos que generen insumos sustantivos para tomar decisiones de gobierno acordes a los requerimientos y demandas de la población. También es información que nutre las acciones de organizaciones sociales y la labor de medios de comunicación, estudiantes, docentes y equipos de investigación en el país y en la región.

¿Dónde estamos?

Esta línea de base presenta el comparativo para el periodo **2019-2024** con datos anuales para aquellas prestaciones de SSR donde la información oficial disponible, así lo permite. El sistema de información en salud sexual y reproductiva es débil y disperso pero con los datos existentes² se hizo la valoración del periodo sobre los servicios de **embarazo y parto, aborto; anticoncepción, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH; violencia en infancias y adolescencias; violencia intrafamiliar y sexual y situación de las personas LGBTIQ+.**

² Se relevó documentación oficial a través de los sitios web del Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio del Interior (MI), el Diario Oficial (IMPO), el Parlamento del Uruguay, la Base de Jurisprudencia Nacional del Poder Judicial, el Observatorio Social del MIDES, la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). También se realizó un relevamiento de prensa, de artículos académicos y de publicaciones de organizaciones sociales.

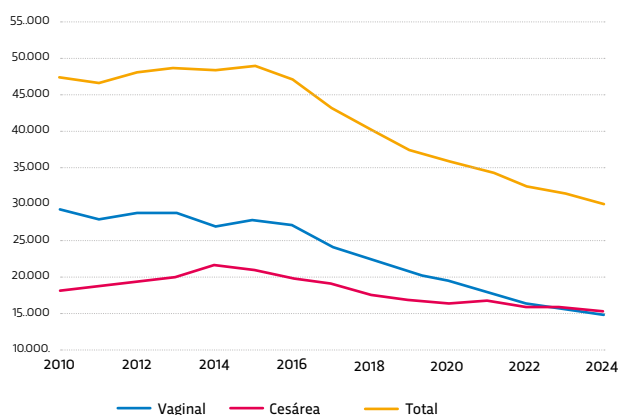
Para los servicios en Interrupción Voluntaria del Embarazo, por ser de las prestaciones más recientes y de implementación más engorrosa por las condiciones de la norma, se presenta la serie de datos desde su puesta en funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud en 2013.

En términos generales se puede decir que las políticas de salud sexual y reproductiva han tenido continuidad en el funcionamiento de sus prestaciones pero no se han superado obstáculos ni barreras que generan desigualdades. Durante la pandemia no fue una prioridad en la emergencia sanitaria y tuvo consecuencias inmediatas como se ve en el incremento de los registros de muertes por embarazo, parto y aborto en los años 2020/21. Tampoco se sostuvo una estrategia para fortalecer la universalidad de acceso y la calidad de la atención. La difusión de los servicios es precaria y la fiscalización ante el incumplimiento de protocolos y guías clínicas es débil. Las inequidades registradas impactan, desproporcionadamente, sobre las mujeres, infancias y adolescencias de los sectores más vulnerados en sus derechos.

En Fecundidad

El país ha experimentado un descenso sostenido del número de nacimientos desde 2015, con una caída registrada del 16% entre 2020 y 2024. De acuerdo al informe preliminar del Ministerio de Salud (MSP)³ al cierre de la gestión, en el 2020 hubo 35.874 nacimientos mientras que en 2024 la cifra descendió a 29.899, tal y como muestran el gráfico y la tabla 1.

Gráfico 1. Nacimientos por tipo de parto y total. Período 2016-2022



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP).

3 MSP (2024). *Estadísticas Vitales 2024. Datos preliminares.*

Tabla 1. Total de nacimientos por año. Período 2019-2024.

Año	Nacimientos
2019	37472
2020	35874
2021	34603
2022	32301
2023	31381
2024	29899

Fuente: MSP (2024). *Estadísticas Vitales 2024. Datos preliminares.*

Uruguay atraviesa un proceso de transición demográfica que supera las proyecciones realizadas en base a los resultados del censo 2011. Tal y como ha establecido el Instituto Nacional de Estadística, en base a las cifras último censo de población realizado en 2023, "se observa que el volumen total de nacimientos anuales registrado durante el período 2011-2023 (541.000 nacidos vivos) fue menor al número de nacimientos que previeron las proyecciones realizadas por el INE para el período (550.000 nacidos vivos)."⁴

De acuerdo al tramo de edad y al nivel educativo, se pueden observar variaciones, como registra la tabla 2. Entre las más jóvenes el descenso es más marcado, alineando a la tendencia general de descenso de la fecundidad en el mundo. Para las niñas de 14 años o menos la baja representa alrededor de 38% nacimientos menos entre 2020 y 2024, mientras que para las adolescentes de 15 a 19 alcanza el 32%. Un informe del MSP mostraba que la variación entre 2019 y 2024 para niñas y adolescentes fue de 41% nacimientos menos en ambos grupos poblacionales.^{5,6} El acceso a prevención anticonceptiva para evitar embarazos no planificados se ha extendido alcanzando a amplios sectores, incluyendo a jóvenes y adolescentes. En Uruguay ha tenido impacto la estrategia de reducción del segundo embarazo no intencional en este sector.⁷ Esta estrategia fue descontinuada en el período 2020-2024, las consecuencias de ello se podrán observar a futuro.

4 INE (2024). Población estimada, crecimiento intercensal y estructura por sexo y edad de Uruguay. Total país y por departamento. Resultados definitivos.

5 MSP (2024). *Estadísticas Vitales 2024. Datos preliminares.*

6 MSP (2023). Natalidad y mortalidad infantil 2023. Informe preliminar.

7 Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. #MiPlanAdolescente. Uruguay 2016-2020. Esta estrategia fue impulsada por el Ministerio de Salud Pública, el de Desarrollo Social, el de Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República (UDELAR).

Por otra parte, entre las mujeres más educadas, la caída parece menor, pero de todas formas aportan menos nacimientos en la cifra total debido a la postergación de la maternidad ante la dificultad de armonizar vida reproductiva y productiva o en el desarrollo de otros proyectos de vida. El peso de las tareas de cuidado no distribuidas de forma equitativa y delegadas mayoritariamente, en las mujeres⁸, impacta en las decisiones reproductivas. Garantizar un sistema de cuidados potente podría favorecer una cierta reversión en la caída de la fecundidad a futuro pero no modificaría sustantivamente la tendencia.

En el informe sobre escenarios demográficos de Uruguay a 2050, algunos expertos han manejado la hipótesis de que podría haber un incremento de la fecundidad que responda a la corrección del desfase observado entre la fecundidad deseada y la real. "Los sectores de más alto nivel socioeconómico, que postergan la maternidad y reducen su fecundidad, expresan una fecundidad deseada por encima de la observada, produciéndose el efecto contrario en los sectores de menores ingresos y más bajo nivel educativo. En este caso el incremento de la fecundidad podría estar sustentado en la ampliación de los servicios de cuidados, a la ampliación de la corresponsabilidad en la pareja, o a cambios significativos en las condiciones de trabajo.

*Sin embargo, en este sentido, sumando otros aspectos culturales y la vigencia normativa de derechos sexuales y reproductivos, hay bastante consenso en que resulta poco probable que los sectores medios y altos puedan encontrar incentivos para incrementar su fecundidad que no interfieran con sus intereses y aspiraciones en el mercado laboral y la vida social."*⁹

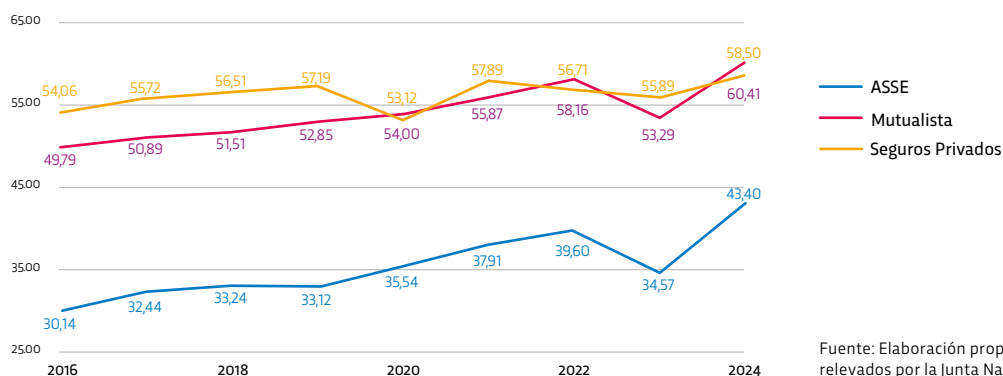
No hay que descartar en la valoración de las tendencias de la baja fecundidad los cambios en las nuevas generaciones que han adoptado otros modelos de vida y conformación de formas familiares no anclados en los modelos y mandatos tradicionales.

Los nacimientos por cesáreas son casi la mitad de los nacimientos (49%) para el periodo 2020-2024 muy por encima de las recomendaciones de la OMS que estiman como máximo recomendable el 15%. Si bien el alto porcentaje es en todos los prestadores del SNIS hay un número aún mayor en el subsector privado (tanto en las mutualistas como en los seguros privados) como muestra el gráfico 2, registrando sistemáticamente más cesáreas que partos vaginales desde 2017. Salvo mínimas variaciones, la cifra aumenta año a año para todos los subsectores.

Tabla 2. Porcentaje de variación de los nacimientos por nivel de instrucción de la gestante y por franja etaria, entre 2020 y 2024.

Nivel educativo	%	Edad	%
Sin instrucción / Primaria incompleta	-41,13%	14 o menos	-38,33%
Primaria completa / Ciclo Básico incompleto	-37,52%	15-19	-32,29%
Ciclo Básico completo / Bachillerato incompleto	-12,38%	20-24	-20,52%
Bachillerato completo / Terciario-Universitario incompleto	-4,95%	25-29	-11,09%
Terciario-Universitario completo	15,05%	30-34	-16,60%
		35-39	-9,34%
		40-44	-17,27%
		45 o más	-8,33%

Gráfico 2. Índice de cesárea promedio por subsector del SNIS. Período 2016-2022



8 MIDES (2019). Distribución porcentual de horas dedicadas al trabajo doméstico. Catálogo de datos abiertos.

9 OPP (2019) Hacia una Estrategia Nacional de Desarrollo, Uruguay 2050 - Volumen III - Escenarios Demográficos Uruguay 2050, pág.30.

En Interrupción voluntaria del embarazo¹⁰

Desde aprobada la ley IVE en 2012, se han producido un total de **117.869 abortos legales**¹¹, un promedio anual de alrededor de 9.822. Como puede observarse en el *gráfico 3*, el crecimiento ha sido sostenido, mostrando un **incremento anual promedio de 0,5%**, salvo en 2019 y 2020 cuando se produce una caída por dos años consecutivos, coincidiendo con la emergencia sanitaria por COVID-19 en el 2020. La recuperación posterior fue lenta y el crecimiento promedio para el período 2020–2024 fue de apenas 0,1%, marcando una estabilización en la tendencia general.

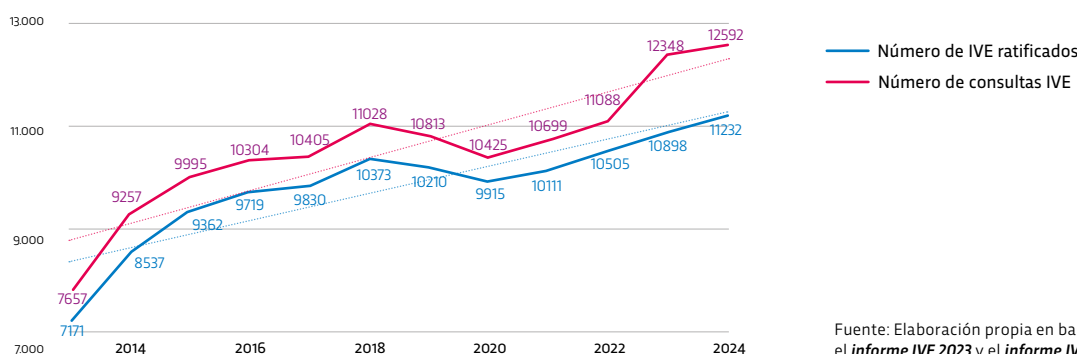
El número de abortos legales refleja la magnitud de una necesidad en salud reproductiva que, antes de la reforma legal, en la gran mayoría de los casos se realizaba de manera ilegal, exponiendo a las personas a riesgos significativos para su salud, vida y seguridad. Esta inseguridad persiste para aquellos que quedan fuera de los márgenes y condiciones estipulados por la ley.

Sobre la diferencia entre **las consultas realizadas y las IVE registradas hay desistimiento del 5% para el quinquenio**, cifra que se mantiene desde la implementación de los servicios dado que para la serie de datos desde 2013 el promedio ha sido del 6%. Esta tendencia

sostenida se ve reflejada en el *gráfico 3*. Este dato cuestiona uno de los supuestos del contenido normativo por el que transitar un proceso engorroso desmotivaría la práctica. La información evidencia que ante un embarazo no intencional la amplia mayoría ya adoptó la decisión cuando inicia el tránsito del proceso legal, sin diferencias entre ambos subsistemas del SNIS.

Como muestra la *tabla 3*, la mayoría de los abortos se realizan por propia voluntad de la mujer o persona gestante, y no por causales. En los casos de violación llama la atención la baja incidencia teniendo en cuenta los altos índices de violencia sexual y de género que se registran en el país. El plazo establecido de 14 semanas para esta causa no es un tiempo suficiente que permita captar todos los casos y, probablemente, muchos se resuelvan antes o fuera del sistema legal. La exigencia de denuncia policial previa podría actuar como otro factor obstructor para acudir a esta posibilidad. A su vez, los casos realizados antes de las 12 semanas, aún cuando son por violación, se registran bajo la categoría de “propia voluntad” según lo informa el MSP. Cabe destacar que la situación de especial vulnerabilidad de las mujeres y personas gestantes en situación de violencia y abuso puede limitar el acercamiento a los servicios, sin embargo, la falta de una captación oportuna de situaciones de violencia (y su posterior atención integral) agudiza estas dificultades.

Gráfico 3. Cantidad de consultas por IVE y de IVE ratificadas por año. Uruguay 2013-2024.



Fuente: Elaboración propia en base al *informe IVE 2013-2022*, el *informe IVE 2023* y el *informe IVE 2024*, MSP.

Tabla 3. Evolución del número de IVE realizadas por causales. Uruguay 2019-2024.

Causal	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total (2020-2024)	Prom Anual (2020-2024)
Propia Voluntad	10195	9889	10101	10351	10890	11222	52453	10491
Violación	2	2	4	11	4	6	27	5
Riesgo de salud de la mujer	12	5	2	0	2	0	9	2
Anomalías fetales incompatibles con la vida	1	19	4	4	2	4	33	7
Total	10210	9915	10111	10511	10898	11232	52667	10533

10 Todas las cifras aquí presentadas fueron extraídas de los informes del MSP, salvo que se indique lo contrario. Se consultaron el informe IVE 2013-2022, el informe IVE 2023 y el informe IVE 2024.

11 Entendidos como cifra de IVE ratificados, tal y como lo releva el MSP, informado así en los reportes anuales de cifras de aborto.

Fuente: Elaboración propia en base al *informe IVE 2013-2022*, el *informe IVE 2023* y el *informe IVE 2024*, MSP.

Esta es una tendencia que se sostiene desde la implementación de la ley, pues el promedio de abortos realizado por causales apenas ha variado. Como se observa en la *tabla 4*, la principal diferencia se percibe en la reducción de los casos de riesgo de salud de la mujer (una causal poco usada en el quinquenio, y que además no registra casos en varios de los años contabilizados). Hubo un incremento de los casos de anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina, particularmente ligado al incremento que marca el año 2020. Se desconocen las razones exactas de esta variación.

Tabla 4. Número total de IVE realizadas por causales y promedio anual. Uruguay 2013-2024.

Causal	Total	Prom Anual
Propia Voluntad	117551	9796
Violación	46	4
Riesgo de salud de la mujer	62	5
Anomalías fetales incompatibles con la vida	65	5
Total	117869	9822

Fuente: Elaboración propia en base al *informe IVE 2013-2022*, el *informe IVE 2023* y el *informe IVE 2024*, MSP.

MYSU por primera vez estimó el **costo de un aborto legal**¹², dado que no existía la información en el país. Se estimó el valor de cada uno de los componentes de un procedimiento IVE tipo, en el sistema público, lo que arrojó un monto de \$U 20.963 (veinte mil novecientos sesenta y tres pesos uruguayo a noviembre de 2024) por intervención. Con esos estimados se comparó con el costo que tendría un aborto seguro si se siguiera las recomendaciones de las últimas guías sobre Aborto Autogestionado publicado por OMS en 2022. El cálculo arrojó un monto de \$U 14.094 (catorce mil noventa y cuatro pesos uruguayos) donde la diferencia se debe al peso de la cantidad de profesionales que intervienen en el procedimiento legal uruguayo en función de un supuesto que ha demostrado no cumplir con su cometido. **La normativa vigente genera un sobre-coste del 33%, sin que exista justificación clínica que lo respalde para asegurar una práctica segura y sin riesgos.**

12 MYSU (2024). ¿Cuánto cuesta el aborto legal en Uruguay? Montevideo, Uruguay: MYSU.

Tabla 5. Resumen de la ruta de aborto legal según normativa nacional y directrices OMS, por costo de grandes rubros.

Rubros costo IVE	URU			OMS		
	pesos	USD	%	pesos	USD	%
Consulta profesional	1627	41	7%	431	11	3%
Estudio médico	4612	115	22%	0	0	0%
Medicamentos	14724	368	71%	13663	341	97%
Total	20963	524	100%	14094	352	100%

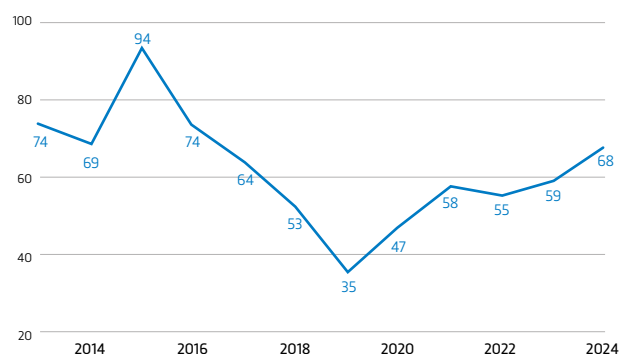
Fuente: Elaboración propia en base a información relevada por solicitudes de información.

La objeción de conciencia sigue operando como una barrera, sin monitoreo adecuado ni control por parte de las autoridades. Existen diferencias entre prestadores y no hay seguimiento ni control sobre modalidades de objeción parcial habilitada por decretos ministerial en el 2016¹³. La ausencia de registros nominales y de un claro mecanismo ministerial de control, impiden detectar profesionales que objetan en una institución y no en otra, lo cual está expresamente prohibido por ley.

Aborto en menores de 15 años

Durante el quinquenio 2020-2024 se realizaron un total de 287 abortos en niñas menores de 15 años, un promedio anual de 57 casos. Esta cifra se encuentra un poco por debajo del promedio anual de 63 abortos en menores de 15 años desde la aprobación de la ley. Como muestra el *gráfico 4*, el número de IVE en este grupo poblacional presenta un aumento sostenido para el quinquenio, después de alcanzar su mínimo histórico, en 2019, de 35 casos.

Gráfico 4. Cantidad de IVE ratificadas por año en menores de 15 años. Uruguay 2013-2024.



Fuente: Elaboración propia en base al *informe IVE 2013-2022*, el *informe IVE 2023* y el *informe IVE 2024*, MSP.

13 Ordenanzas Ministeriales N° 243/016, 247/016 y 366/016. Marco Normativo sobre IVE pos-fallo del TCA (del 22 y 26/04/2016 y 30/05/2016).

De los datos oficiales más recientes se sabe que en el año 2023 hubo 71 consultas en servicios IVE, realizadas por situaciones de embarazos en niñas menores de 15 años de las que 59 culminaron en abortos ratificados. En 2024 de las 81 consultas de menores de 15 años, 68 abortos fueron ratificados. Esto representa una tasa de desistimiento de alrededor del 2%, por debajo del promedio general para todas las mujeres y personas gestantes que consultan por IVE.

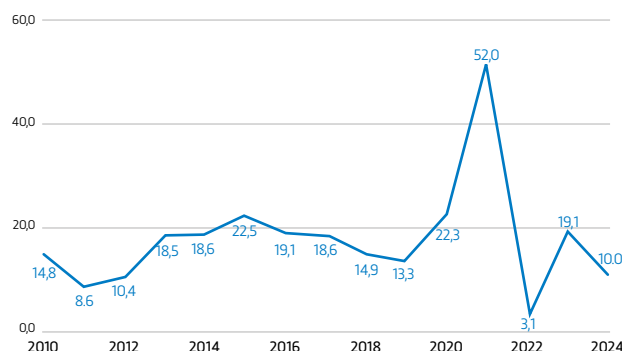
En mortalidad por embarazo, parto, puerperio y aborto

Tras la implementación de las leyes de SSR e IVE, la mortalidad materna ha tenido una baja incidencia, con número estables que indican un núcleo duro de la mortalidad de mujeres por esta causa.

Sin embargo, durante la pandemia, hubo una situación que requerirá mayores estudios para explicar el incremento de razón de mortalidad materna, pasando de a 22,3 en el año 2020 (que incluye la de una adolescente bajo tutela del Estado en un procedimiento legal) y de 52,0 en el 2021, cuando el promedio anual ha sido de 17,7 desde 2010 (año de incorporación de los servicios de SSR al Sistema de Salud), con una tendencia a la baja que se ha visto interrumpida por este pico de dos años.

Esos incrementos fueron seguidos de un registro mínimo histórico en el 2022 de 3,1 y a partir de 2023 retomó valores similares a los de la década previa (19,1 en 2023, 10 en 2024).

Gráfico 5. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos. Uruguay 2010-2024.



Fuente: Elaboración propia en base a *Estadísticas Vitales* del MSP.

En anticoncepción

Conocer el impacto de los métodos anticonceptivos en el país presenta algunas dificultades. Las encuestas y estudios de uso de métodos no han sido periódicas y sostenidas, y el Ministerio de Salud Pública no cuenta con registros sobre usuarias/os de métodos, ni existe algún tipo de registro nacional que permita conocer estas cifras. Sin embargo, se cuenta con datos sobre la distribución de métodos a prestadores públicos y privados, a los que MYSU pudo acceder a través de solicitudes de acceso a la información. Como presentan las *tablas 6 y 7*, existe una oferta amplia de métodos a los que se puede acceder, cumpliendo así con la canasta básica definida por la ley de SSR y la normativa subsecuente. Las cifras a las que se pudo acceder cubren el período 2015-2023 para los prestadores públicos y 2018-2022 para los privados.

Tabla 6. Métodos entregados a prestadores de salud públicos* por el MSP. Uruguay 2015-2022.

	Femexin (por ciclo)	Preservativos masculinos (cajas x 7200 un)	Preservativos femeninos (cajas x 100 un)	Dimple (cajas x 100 un)	Norigynon*** (cajas x 100 un)	Implantes subdérmicos - Jadelle (cajas x 100 un)	Anticonceptivos de emergencia	Anticonceptivos de lactancia - Exluton (x 3 ciclos)	DIU (caja x 100 un)	Lubricantes (cajas x 100 un)
2015**	406970	297	76	0	141	68	14390	234	0	115
2016	654100	685	847	0	846	202	11090	19432	3	850
2017	534500	784	1218	0	926	257	18790	16474	28	766
2018	330800	672	940	0	379	183	13280	11777	72	819
2019	411840	539	1079	134	12	70	4070	2595	90	570
2020	513970	748	1232	126	380	111	19352	10098	119	1253
2021	553320	680	1177	160	0	133	13459	10475	161	824
2022	591060	653	932	244	0	134	4324	6790	57	1072

Fuente: Elaboración propia en base a información relevada por solicitudes de información.

Aclaraciones (informadas por la autoridad sanitaria): *Incluye ASSE, Hospital Militar, Hospital de Clínicas, Hospital Policial, Intendencia de Montevideo, Intendencia de Maldonado, INAU y BPS. Este último se encuentra cubierto por RAP desde el segundo semestre de 2019. **Las cifras de 2015 corresponden a la segunda entrega de métodos del año. ***Descontinuado desde 2021 por no estar incluido en la lista de métodos ofrecidos por UNFPA.

Tabla 7. Métodos entregados a prestadores de salud privados por el MSP. Uruguay 2018-2022.

	Preservativos femeninos (cajas x 100 un)	Preservativos masculinos (cajas x 7200 un)	DIU (caja x 100 un)	Implantes subdérmicos - Jadelle (caja x 100 un)*
2018	59	121	90	s/d
2019	53	72	111	14
2020	65	94	117	8
2021	50	85	69	12
2022	64	84	68	44

Fuente: Elaboración propia en base a información relevada por solicitudes de información.

Aclaración (informada por la autoridad sanitaria): *Se incorporan nuevos prestadores de salud privados al piloto de 4 iniciales a partir de 2022.

A pesar de estas dificultades, a través de estudios de diversos autores se ha podido medir que el uso de anti-conceptivos en mujeres ha crecido de forma sostenida: del 83%¹⁴ en 2011 al 86%¹⁵ en 2021. Sin embargo, solo el 43% retira los métodos en su prestador de salud de acuerdo al sondeo realizado por MYSU. Se confirma que desde la implementación de los servicios ha habido una mejora en el acceso, aunque persisten brechas en la disponibilidad, ampliación de la canasta de métodos y cobertura efectiva dentro del sistema de salud.

Durante la pandemia hubo dificultades en acceder a estas prestaciones por demoras en la programación de consultas, acceso a recetas y problemas de stock de métodos en algunos prestadores. Estas fallas afectaron especialmente a quienes ya contaban con indicación médica y requerían continuidad en el uso de determinados métodos.

En prevención de ITS/VIH

Los nuevos casos de VIH se han mantenido estables, con un leve descenso del 1% anual en los últimos tres quinquenios. **El promedio para el período 2020-2023 fue de 844 nuevos casos por año, frente a 916 en el quinquenio anterior**, reflejando continuidad en las tendencias. Aún no hay cifras oficiales disponibles para el año 2024.

La transmisión sexual representa el 99% de los nuevos casos con vía conocida. La transmisión vertical (durante el embarazo) sigue por debajo del 1%.

Hay 43% de casos, en el último periodo, en los que se desconoce la vía de transmisión lo que significa una **mejora frente al 53% registrado entre 2015 y 2019**. Es fundamental continuar trabajando en prevención, a través de la realización de campañas informativas que también combatan el estigma y la discriminación brindando la consejería oportuna en anticoncepción (particularmente de métodos de barrera) y la promoción del testeo y de la profilaxis pre exposición (PreP).

La relación hombre/mujer de nuevos casos se ha mantenido estable, alcanzando el 2,4 para el período 2019-2023, valor similar al de registros anteriores. El 70% de las nuevas infecciones se producen en varones. El proceso de feminización de los nuevos casos que MYSU había detectado en 2015¹⁶ parece haberse detenido o enlentecido.

En situación de violencia en Infancias y adolescencias

En 2024, el **SIPIAV¹⁷ intervino en 8.924 situaciones de violencia hacia niñas, niños y adolescentes (NNA)**, 2.051 casos fueron nuevos (sin intervención previa de algún dispositivo), promediando 7 por día. El 70% ocurrió en NNA entre 6 y 17 años, con distribución pareja entre las edades de 6 a 12 y de 13 a 17 años.

De las denuncias generales de violencia de género, el 53% se produce en presencia de NNA.

En 2024 hubo **4 casos de violencia vicaria¹⁸** según el Ministerio del Interior, con la gravedad del impacto devastador de esta forma que alcanza la violencia de género.

Entre mayo de 2021 y abril de 2024, **ASSE atendió 190 embarazos en niñas menores de 15 años. La mayoría tenía menos de 14 y vivía en el norte del país. El 61% fue producto de abuso sexual.**

El abuso y la explotación representan más del 20% de los casos de violencia detectados por el SIPIAV. **Este es un nudo crítico de vulneración de derechos de las infancias y adolescencias que debe ser abordado de manera más enérgica e interinstitucional para procurar su abatimiento.**

Los datos oficiales sobre la violencia hacia NNA no están desglosados según los criterios establecidos en

14 MYSU (2013). *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. Montevideo: MYSU. Dado que no se contaba con un indicador comparable, se utilizó el % de mujeres que había utilizado preservativo alguna vez, el método más usado, como proxy de referencia.

15 MYSU (2021). *Anticoncepción en cifras. Protección sexual y reproductiva en tiempos de pandemia*. Montevideo: MYSU.

16 MYSU (2015). *Monitoreo VIH y Violencia contra las mujeres. Situación de las dos pandemias en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay. Informe Uruguay*. Montevideo: MYSU.

17 Cifras extraídas del Informe de Gestión 2024 del SIPIAV.

18 Ídem.

la Ley 19.580. El SIPIAV aplica sus propias categorías, lo que limita el análisis comparado y el seguimiento específico por tipo de violencia, particularmente en niñas y adolescentes mujeres o de identidades no binarias/no cisgénero.

El decreto ministerial de 2020 sobre atención integral en salud a adolescentes¹⁹ carece de seguimiento. ASSE no cuenta con equipos interdisciplinarios en la mayoría de los departamentos, salvo Montevideo y Canelones, según cifras parciales e inconsistentes que MYSU ha podido relevar por solicitud de información. En algunos casos, un solo profesional cubre todo el servicio. No existen actualmente metas asistenciales con enfoque integral en salud de NNA y se desconocen datos sobre esta situación en NNA privados de libertad.

En violencia de género intrafamiliar y sexual

Según cifras del Observatorio en Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, entre 2020 y 2024 se promediaron 33.921 denuncias anuales por violencia intrafamiliar y delitos asociados. **Solo en los primeros 10 meses de 2024 hubo 35.293 denuncias: 116 por día.**

En el 70% de los casos, las víctimas fueron mujeres; los agresores, en un 76% de los casos, fueron varones.

En su amplia mayoría (89%) las denuncias fueron realizadas por la propia víctima y de los vínculos cercanos provienen la mayor parte de los denunciados. De acuerdo a la tipificación de tipo de violencia: **52,8% fue psicológica, 42,8% física y 0,3% por odio o discriminación por identidad de género u orientación sexual.**

En 2024, hasta el mes de octubre, se habían registrado 19 femicidios. El promedio 2020–2024 es de 20 femicidios en los primeros 10 meses de cada año, en línea con los 23 casos que se cometen por año desde 2014. **La violencia letal contra mujeres persiste como un problema estructural sin solución a la vista.**

Pese a avances normativos, la salud sigue sin integrar de forma estructural el abordaje de la VBG. La única meta asistencial vigente es el "seguimiento de afiliados en riesgo alto", que se activa solo ante casos ya identificados o derivados, sin incluir estrategias de prevención o abordaje integral.²⁰

19 **Decreto Ministerial 55/020**, regúlense las formas de organización y el funcionamiento de los Servicios de Salud para Adolescentes.

20 Según el instructivo para cumplir con las metas asistenciales enero 2024-diciembre 2025, del Ministerio de Salud Pública. Accesible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/met-asistenciales-2024-2025>

La violencia obstétrica, si bien no tiene datos oficiales, de acuerdo a la Segunda Encuesta de Prevalencia de la Violencia Basada en Género y Generaciones, 17,4% de las mujeres de 15 años y más reportó haberla sufrido en su último parto o cesárea²¹. Un sondeo online de MYSU en 2022²² registró que esta cifra ascendía al 56% si se incluyen controles de embarazo, parto, puerperio y consultas por aborto. El Comité de Expertas de CEDAW²³ exhortó a Uruguay en 2023 a proteger a las mujeres de estas prácticas, en especial en zonas rurales.

En situación de las personas LGTBIQA+

Tratándose de poblaciones históricamente discriminadas, poco se conoce de la población LGTBIQA+ en el país más allá de estudios puntuales y no periódicos. Un esfuerzo de especial magnitud, en el caso específico de las personas trans, fue la realización de un censo específico para esta población, realizados bajo la coordinación del MIDES y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR) en 2016.

A pesar de las limitaciones para captar una población difícil de registrar, el censo de 2016 arrojó una cifra mínima de personas trans en Uruguay de 853 personas en total²⁴. El 40%, residente en Montevideo mientras que el restante 60% en el interior del país, concentrándose en los departamentos de Canelones, Salto, Artigas, Cerro Largo, Rivera, Maldonado y Paysandú, al norte y en la franja costera del este del país²⁵.

El censo nacional 2023 incorporó en la variable de género categorías que permitían identificarse como una persona con una "identidad diferente a la del sexo asignado al nacer". Dados los criterios de relevamiento del censo, esta variable se relevó a través de la entrevista a una única persona del hogar y no a otros integrantes con lo que puede haber un riesgo de subrepresentación. Con esta salvedad, los resultados muestran que unas 1.129 personas se identifican como mujeres trans (0,04% de la población), 1.308 como varones trans (0,05%) y unas 1.780 bajo alguna otra categoría no binaria (0,07%). Así, al menos un 0,16% de la población total se identifica bajo alguna categoría no correspondiente con el sexo asignado al nacer.

21 INE-MIDES-CNC (2020). **Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones.**

22 MYSU (2022) **Violencia Obstétrica en cifras.** Montevideo: MYSU.

23 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el décimo informe periódico del Uruguay, CEDAW/C/URY/CO/10, 14 de noviembre de 2023, obs. 35 y 36.

24 MIDES (21/09/2016). **[MIDES relevó a 853 personas transexuales en el primer censo realizado en Uruguay.]**

25 ídem.

El promedio de edad de las personas trans, en el censo de 2016, era de 36,5 años, similar al de la población nacional de acuerdo al Censo 2011²⁶. Sin embargo, la mayor cantidad se registra en los tramos etarios de 30 a 40 años y de 18 a 24 años, con una mínima representación de población de menos de 18 años y de más de 65. Esta característica puede explicarse, en parte, por las dificultades en el reconocimiento de la propia identidad de género, particularmente difícil para generaciones mayores, teniendo en cuenta el negacionismo, la invisibilidad, el estigma y la discriminación padecida por esta población tanto en el ámbito social como familiar.

La expulsión de los hogares en menores de edad es importante, el promedio de las personas trans que salieron de sus entornos familiares por la violencia

es de 16 años y 58% de las personas trans relevadas declararon haber experimentado situaciones de transfobia intrafamiliar²⁷.

La falta de continuidad de estos estudios impacta decididamente en un grupo poblacional particularmente vulnerado en sus derechos. Poco se conoce de la realidad de estas personas y por tanto, poco sobre sus necesidades y demandas en salud, educación y trabajo. Un desafío para la actual administración de gobierno y para las siguientes, será garantizar el cumplimiento de la ley integral para personas trans aprobada en 2018 y mejorar los sistemas de información con datos que permitan valorar políticas y servicios acordes a sus requerimientos.

26 Dadas las dimensiones de la población, no contamos con datos para el censo 2023.

27 MIDES (21/09/2016). *[MIDES relevó a 853 personas transexuales en el primer censo realizado en Uruguay.]*

REFLEXIONES Y SUGERENCIAS

A más de una década de la implementación de las leyes de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, el análisis del período 2020–2024, en relación a la situación del país a 2019, revela un escenario de contrastes. Si bien se consolidaron ciertos avances normativos y de acceso inicial, persisten importantes debilidades estructurales que comprometen la garantía efectiva de estos derechos en todo el territorio nacional y para todos los grupos poblacionales.

El acceso al aborto legal ha demostrado la existencia de una demanda que ha tenido repuesta en los servicios en un promedio de 9.800 procedimientos anuales desde 2013 con un crecimiento acumulado moderado del 0,5% anual. La caída registrada durante la pandemia, seguida de un repunte lento (0,1% anual desde 2020), sugiere una relación directa entre las crisis en el sistema o sanitarias y la afectación en el acceso. El leve incremento registrado en los dos últimos años, restablece guarismos anteriores, con un incremento que no es particularmente destacable. No debería leerse como incremento “excesivo” de la demanda sino como una buena noticia sobre la sostenibilidad en el funcionamiento de los servicios durante la pasada Administración.

Quizás la preocupación necesaria, para el Sistema de salud y político, sea si se brinda respuesta satisfactoria a toda mujer o persona gestante que requiere un aborto legal, en tiempo y forma. La información relevante indica que se debe y puede mejorar en calidad, universalidad, eficiencia y eficacia de estas prestaciones si se conjugan los esfuerzos desde los Poderes Ejecutivo y Legislativo para superar los problemas y obstáculos detectados.

No deben subestimarse, ni desconocer, los impactos de las situaciones que quedan por fuera de la ley y los riesgos que implican para quienes tienen que transitarlas de manera insegura porque impactan, de forma desproporcionada, sobre quienes están en situación de mayor vulnerabilidad.

Particular problema significa la restricción que impone la ley 18.987 para las mujeres y personas gestantes, que han migrado al país y que enfrentan un embarazo no intencional pero no han cumplido un año de residencia. Si bien se ha tratado de subsanar incluyendo la excepción de abortar si el embarazo es producto de

una violencia sexual padecida en el país o por estar en situación de trata o explotación sexual. Los datos oficiales de IVE indican que estas causales, en general, registran muy bajos guarismos. Condicionar por ley el acceso a un requerimiento de salud vulneraría el derecho a la salud de la población migrante, lo que debería revisarse.

La objeción de conciencia debería ser mejor regulada porque atenta contra la equidad territorial del acceso, especialmente en departamentos con escasa disponibilidad de profesionales. La ausencia de registros nominales impide conocer, a cabalidad, el número de profesionales objetores en el Sistema y no existe la forma de fiscalizar que la objeción no sea en una institución pública pero no en la práctica privada, lo que la ley prohíbe. Tampoco se ha dado seguimiento a la habilitación de la objeción de conciencia parcial que se incorporó en decretos reglamentarios del 2016.

En términos económicos, el sobre costo del 33% asociado al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el sector público, en comparación con las recomendaciones de la OMS, constituye un dato novedoso respecto a las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) que, hasta la fecha, no han sido adecuadamente costeadas. Esta cifra representa un nuevo elemento a considerar en la valoración de la adecuada asignación y gestión de los recursos sanitarios, con el objetivo de incrementar su eficacia y eficiencia administrativa.

El incremento de la mortalidad materna durante parte del quinquenio y el registro de la segunda muerte por aborto legal en 2020 reflejan la necesidad de entender que la salud sexual y reproductiva es vital, y que la falta de una atención integral, basada en datos, es insostenible. Las consecuencias negativas, cuando se desatienden, tienen impacto inmediato y afectan a quienes ya están en situación de mayor injusticia y desigualdad.

La pandemia interrumpió rutinas básicas de atención, afectando la continuidad en el uso de métodos anticonceptivos, con especial impacto en quienes requerían prescripción médica específica. Este dato debe leerse junto con la brecha persistente en el acceso a anticonceptivos a través del sistema de salud: solo el 43% de quienes los usan los retiran en su prestador, lo que sugiere que buena parte de la responsabilidad sigue recayendo en las usuarias y en costos de bolsillo.

Debe acortarse la brecha de desinformación sobre las distintas prestaciones en SSR porque son amplios sectores de mujeres y adolescentes que las desconocen. Debe fortalecerse la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en todos los niveles del SNIS, ampliando las acciones en autocuidado y cuidado de las parejas sexuales incorporando a los varones a estos dispositivos de promoción y prevención. Generar transformaciones en el desarrollo de vínculos y comportamientos no abusivos o formas violentas de relacionamientos debería ser nodal para abatir los altos índices de VBG registrados.

Los embarazos en niñas, los datos de SIPIAV de una media diaria de siete nuevas intervenciones por violencia hacia NNA y el hecho de que el 53% de las denuncias por violencia de género ocurren en presencia de menores, confirman la existencia de un entorno estructural de violencia de género que impacta sobre las mujeres y que atraviesa a las infancias y adolescencias. El abordaje integral en salud de adolescentes continúa siendo débil dado que el decreto ministerial de 2020 carece de implementación real y no existen metas asistenciales que hayan priorizado a este grupo etario.

Se requiere mejorar el sistema de datos oficiales para lograr conjugar los criterios que permitan dimensionar la magnitud de los diversos tipos y ámbitos de la violencia hacia las mujeres y por razones de género y generaciones, que estipula la Ley 19.580. Esos datos deberían también registrarse para las situaciones de violencia hacia NNA. Se requieren recursos para su

implementación porque la carencia de equipos interdisciplinarios y la débil articulación interinstitucional, en la mayoría de los departamentos, profundizan la desatención de gran parte de estas situaciones.

Las infecciones por VIH se han mantenido estables, con una leve reducción en los últimos quinquenios y mejoras en la identificación de la vía de transmisión. Sin embargo, el país aún no alcanza los objetivos de ONUSIDA (90-90-90), y las políticas focalizadas hacia adolescentes continúan mostrando debilidades, tanto en lo clínico como en lo preventivo.

La violencia obstétrica sigue reportándose de forma significativa, enmarcada en prácticas que reproducen desigualdades de género en el ámbito sanitario. La priorización del recién nacido sobre la salud integral de la madre, los tratos deshumanizados y la falta de consentimiento informado son indicadores persistentes de un modelo biomédico poco permeable al enfoque de derechos humanos, pese a las reformas legales.

Finalmente, la violencia de género en sus expresiones más graves —como los femicidios— mantiene niveles estructurales sin descenso significativo: el promedio de 20 casos en los primeros 10 meses de cada año permanece desde hace una década. El abordaje desde el sistema de salud continúa siendo reactivo y fragmentado. La única meta asistencial vigente, centrada en el seguimiento de personas en riesgo alto, no contempla estrategias de prevención primaria ni mecanismos integrales de atención.

RECOMENDACIONES

Ante el inicio de una nueva Administración de gobierno y con el propósito de contribuir a avanzar en el desarrollo de garantías para ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el país, MYSU recomienda:

- Fortalecer la información a la población sobre derechos y servicios de SSR mediante campañas sostenidas de promoción y prevención en el respeto a las decisiones reproductivas de las mujeres y sus parejas, así como en la autonomía progresiva de infancias y adolescencias, en toda su diversidad. Debe incluirse a los varones en los dispositivos de promoción, prevención y atención para que el goce de la sexualidad sea tan gratificante como responsable, no abusivo ni violento.
- Asignar presupuesto etiquetado para la SSR indicaría un avance en el desarrollo de esta política dando trazabilidad a recursos destinados a planes, programas, designación y formación de los equipos a cargo y el aseguramiento de insumos suficientes para los requerimientos en anticoncepción, IVE, tratamiento y prevención de ITS/VIH, atención a infancias y adolescencias y en la adecuada implementación de las políticas para la población LGTBIQA+ y para la erradicación de la violencia de género y sexual.
- Revisar la Ley IVE, y otras normativas relacionadas, para superar los problemas detectados en la reglamentación y en su funcionamiento. A la luz de los datos es importante ampliar plazos, condiciones y alcances de manera de asegurar la universalidad en el acceso para evitar embarazos no intencionales o maternidades impuestas.
- Fortalecer la rectoría sanitaria y mejorar en su fiscalización para el debido control en el cumplimiento de protocolos y normativas aplicando sanciones ante incumplimiento por parte de las instituciones proveedoras o de los equipos intervinientes. Se debe robustecer el sistema de información en el campo de la SSR para que las decisiones en política pública se sustenten en datos que reflejen resultados en base a metas establecidas y fortalezca la transparencia de la gestión.
- Potenciar la intervención interinstitucional, particularmente entre las políticas educativas, de salud y bienestar social, requeriría de dispositivos potentes y novedosos que integren estas dimensiones de los derechos en la atención de las distintas poblaciones poniendo especial énfasis en las que están en situación de mayor vulnerabilidad y riesgo.

La salud sexual y reproductiva no es simplemente la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias, sino un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción. Es una dimensión de los derechos que debe ser respetada con justicia.

El trabajo del Observatorio Nacional en Género y SSR de Mujer y Salud en Uruguay — MYSU, así como la elaboración de este informe, ha sido posible gracias al apoyo de UNFPA, Ríos-Rivers, WEC, IPAS, IBIS, CLACAI y por Fondos de solidaridad entre Mujeres como Mujeres del Sur, Fondo de Acción Urgente y Fondo Autónoma.

Esta investigación ha sido realizada en el marco del programa institucional del Observatorio de MYSU. Coordinación del Observatorio: Santiago Puyol. Elaboración y edición del informe: María Noel Sanguinetti, Tamara Savio y Lilián Abracinskas. Diseño Gráfico: Fabián Montini