

mysu
MUJER Y SALUD
EN URUGUAY


**OBSERVATORIO
NACIONAL**
EN GÉNERO Y POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

MONITOREO CIUDADANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA FORTALECER
EL ACCESO A SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD REPRODUCTIVA

LASALUDREPRODUCTIVA ESVITAL-2024

Informe Nacional Uruguay

EQUIPO INVESTIGADOR:

Lilián Abracinskas y Santiago Puyol

Apoyo y coordinación regional:



**LA SALUD
REPRODUCTIVA** **ES
VITAL**

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe refleja los resultados del monitoreo ciudadano que se ha desarrollado en la región desde 2020 y continua en la actualidad, con el apoyo técnico y financiero del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro - CLACAI, en el marco de la iniciativa La Salud Reproductiva Es Vital (LSRV). El estudio tiene un diseño metodológico estandarizado participativo, coordinado desde LSRV y liderado a nivel nacional por la organización Mujer y Salud en Uruguay.

La llegada de la pandemia del COVID-19 a Uruguay se decretóⁱ el 13 de marzo, con el anuncio de un estado de emergencia sanitaria. Varios aspectos de la vida cotidiana de la ciudadanía se vieron afectados por las medidas de distanciamiento social y las exhortaciones del gobierno a “quedarse en casa”. La emergencia sanitaria permaneció en vigencia hasta el 5 de abril de 2022.ⁱⁱ Durante este período, el Estado apostó fundamentalmente a la campaña de vacunación como medida para el combate de la pandemia.

Se suspendieron actividades (funcionamiento de los centros educativos,ⁱⁱⁱ actividades culturales^{iv} y deportivas,^v incluyendo restricciones para fiestas, espectáculos públicos, cine y teatro, y ceremonias religiosas, entre otras) en forma temporal, durante distintos períodos de la emergencia, y se fomentó el teletrabajo o modalidades mixtas en el sector público^{vi}. Sin embargo, la mayoría de estas medidas se implementaron exclusivamente en el primer año de la emergencia sanitaria. No se impuso cuarentena ni confinamiento obligatorio de algún tipo, y se apeló a lo que las autoridades denominaron la “libertad responsable”,^{vii} discurso que pretendió instalar una noción de responsabilidad individual sobre el manejo de la situación sanitaria por encima de la responsabilidad estatal e institucional.

En materia de empleo, los esfuerzos se concentraron fundamentalmente en flexibilizar los seguros de desempleos, con suspensión temporaria o con reducción horaria, y de trabajadores de las ramas de actividad más afectadas por la pandemia,^{viii} y apoyos específicos a estos mismos sectores. El desempleo escaló, particularmente en el primer año de la pandemia, alcanzando su pico más alto en octubre de 2020 (11,2%)^{ix}. Resulta claro el impacto sobre el mercado de trabajo en el país que menos gasto público tuvo para el combate de las consecuencias de la pandemia en América Latina,^x ^{xi} un impacto no resuelto.

Los casos de COVID-19 en Uruguay suman hasta ahora un total de 343615 desde el inicio de la pandemia. Al día de la fecha (15/06/2024) un total de 31337 personas se encuentran cursando la infección, de las cuales 437 se encuentran en cuidados intensivos. Se han registrado 5089 personas fallecidas.^{xii}

Uruguay transitó la particular situación de alternancia en el gobierno^{xiii} simultáneo a la llegada de la pandemia. Las nuevas autoridades, que asumieron el 1º de marzo de 2020, manifestaron públicamente que serían un gobierno “pro-vida y defensor de los derechos de los no nacidos” y que impulsarían modificaciones normativas para agilizar los procesos de adopción para que sea una alternativa para las mujeres que no quieren ser madres.^{xiv} Sectores católicos conservadores han tenido fuerte representación en el Poder Ejecutivo y aumentaron su presencia en el legislativo, aunando fuerzas con sectores evangélicos neo pentecostales, lo que impuso un tono conservador a las políticas gubernamentales.

Si bien las políticas en salud sexual y reproductiva no fueron discontinuadas, se produjo un debilitamiento de las mismas a través de múltiples decisiones de las autoridades sanitarias. No se convocó a los mecanismos de participación especializados en materia de SSR, en particular la Comisión Nacional Asesora en SSR del Ministerio de Salud Pública, principal espacio de diálogo Estado-sociedad civil en este campo, y se omitió la presencia de las organizaciones sociales en la

Comisión Sectorial de Población y Desarrollo, responsable del seguimiento al Consenso de Montevideo, acuerdo regional más de avanzada en materia de DSR.

La designación de profesionales objetores de conciencia a cargo de los servicios que niegan brindar^{xv} ha enviado señales confusas a los equipos de salud, y se registraron intentos de modificación a la regulación de los servicios de aborto para fomentar la adopción y desestimular la práctica del aborto voluntario, atentando contra la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

El crecimiento de las fuerzas antigénero y “pro-vida” en Uruguay se ve fortalecido a través de estrategias comunes que replican, inspiradas en grupos de otros países: oponerse a las leyes que reconocen el aborto y obstaculizar su implementación (y también estar en contra del matrimonio entre personas del mismo sexo/género y de la identidad y los derechos de las personas trans). Llevar adelante campañas en contra de lo que ellos denominan “ideología de género” y realizar acciones de desprestigio de las organizaciones feministas o de la diversidad sexual.^{xvi} Algunos de los cambios proyectados se concretaron en modificaciones legislativas que han debilitado el marco normativo en materia de derechos sexuales y reproductivos, derechos de las mujeres y derechos de niños, niñas y adolescentes.

La telemedicina continúa sin una reglamentación clara, dificultando las posibilidades de hacer uso de las TICs y otras herramientas para la descentralización de la atención, subsanar falta de recursos humanos en el interior del país y ampliar la cobertura de los servicios a zonas rurales o de baja densidad poblacional.

Son pocos los cambios que ocurrieron entre el informe realizado en 2020, en el marco de la misma iniciativa, lo cual reafirma que la SSR no ha sido una prioridad. Persisten debilidades en el sistema de información oficial, lo cual sumado a la suspensión o restricción de los mecanismos de diálogo, dificulta la tarea del monitoreo ciudadano, la incidencia y la propia evaluación interna de las políticas públicas en salud basada en evidencia.

1.1. Aspectos metodológicos

Para el relevamiento de información, y con fundamento en la [Ley 18.381](#) que establece el derecho de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, realizamos envío de cuestionarios al Ministerio de Salud Pública – MSP (34 preguntas sobre salud sexual y reproductiva - SSR), y la Administración de los Servicios de Salud del Estado – ASSE (30 preguntas sobre SSR).

La identificación de leyes, comunicados, protocolos y recomendaciones se realizó a través de una revisión exhaustiva del Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay,^{xvii} donde se ubican otros sitios de los organismos del gobierno nacional del Uruguay, como el de Presidencia de la República,^{xviii} del MSP,^{xix} de ASSE^{xx} y de la Secretaría de los Derechos Humanos,^{xxi} entre otros. También relevamos datos del Centro de Información Oficial – IMPO (que lleva adelante la publicación del Diario Oficial)^{xxii} y del Parlamento del Uruguay, fundamentalmente para relevar legislación y normas administrativas en salud y derechos sexuales y reproductivos como decretos u ordenanzas.

Se complementó la información relevada con búsquedas por palabras y clave^{xxiii} en buscador general de Google (para captar información de prensa) y buscadores académicos, incluyendo [Redalyc](#) y [Google Scholar](#), la base de publicaciones [SciELO](#) (incluyendo la página específica de Uruguay) y repositorio universitario [Colibrí](#).

2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Uruguay ha progresado en el reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos (ver *anexo 1*), pero aún enfrenta desafíos para alcanzar la universalidad en el acceso a servicios de calidad y en la implementación de un sistema eficaz de información y evaluación. 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. La falta de estrategias consistentes para difundir normativas y servicios aumenta la brecha entre la oferta y la demanda en salud sexual y reproductiva.

A cuatro años del comienzo de la actual administración de gobierno y la llegada del COVID-19 al país, son pocos los cambios que se han producido en materia de SSR. Persisten barreras y obstáculos detectados previamente, y se han registrado consecuencias negativas de la no priorización de la SSR tal y como se identificó en el informe de línea de base.^{xxiv}

A pesar de señales contradictorias de parte de la administración actual de gobierno, marcada por una tónica conservadora y, en ocasiones, provida, los servicios se han mantenido estables. Los referentes técnicos en SSR a nivel del MSP y de ASSE Nacional han sido mantenidos en sus cargos, estableciendo cierta continuidad de las políticas públicas en este campo.

La rápida y unánime aprobación de la Ley de Telemedicina en abril de 2020^{xxv} permanece como una de las principales respuestas positivas del sistema político a la situación de emergencia sanitaria. Sin embargo, el rezago en el proceso de reglamentación (que aún no ha concluido, según lo informó el MSP) supuso discrecionalidad en su uso, falta de recursos materiales y humanos debidamente asignados y de lineamientos claros para la atención. A su vez, el uso de estas herramientas quedó muy ligado al contexto.

A la fecha, el uso de la telemedicina ha sido limitado más allá de algunas dimensiones (anticoncepción, aborto). En el caso de aborto se desestimuló esta práctica en contexto de pandemia^{xxvi}, salvo para casos de embarazadas con COVID (según confirmaron autoridades de ASSE) o en casos extremadamente puntuales como licencia de profesionales integrantes de los equipos multidisciplinarios. En caso de anticoncepción, se facilitó el acceso a la repetición de métodos a través de la receta digital, particularmente durante la emergencia sanitaria. Uruguay tiene buenas condiciones para implementar servicios de telesalud, pero flaquea a nivel de elaboración de protocolos, capacitación profesional y definición de responsabilidades institucionales.^{xxvii}

El anuncio de un Plan de Telemedicina por parte del prestador de salud más grande del SNIS, ASSE, es una señal positiva aun cuando no incorpore las prestaciones en SSR como tal. El MSP ha anunciado que una vez cerrado el proceso de protocolización y reglamentación, pretende extender el plan de ASSE al resto del sistema de salud.^{xxviii} Contar con protocolos debidamente ajustados permitirá valorar la calidad de la atención respecto a los estándares esperados, en relación a estándares internacionales y elaborar estrategias específicas para la implementación de estos servicios en el campo de la SSR.

La otra gran medida tomada por las autoridades sanitaria fue la vacunación, en forma amplia y extendida a la población. El establecimiento de requisitos de vacunación para viajar fuera del país, acceder a ciertos eventos o lugares y la instalación de un discurso oficial sobre la “libertad responsable” asociada a la vacunación (y por tanto de culpabilización en caso de no vacunación), aseguró un alcance amplio de esta estrategia. Incluso en 2024 se anunció una nueva campaña de vacunación, escalonada y por grupos, como suele ocurrir con las de la influenza. Los siguientes grupos son considerados de riesgo y, por tanto, priorizados: personas mayores de 70 años, los mayores de 50 años con comorbilidades, las embarazadas, los pacientes con tratamientos inmunosupresores, las personas con síndrome de Down y el personal de salud asignado a tareas de asistencia directa.^{xxxix}

3.1. Organización de los servicios de SSR

Las prestaciones en SSR tal y como las define la Ley 18426 (y normas subsecuentes, como la Ley 18987 de IVE) forman parte del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) y Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por tanto, son prestaciones obligatorias y las instituciones de salud deben garantizar su atención, incluyendo la provisión de insumos.^{xxx} No hacerlo es pasible de sanciones.

En los hechos, los equipos referentes en SSR son equivalentes a los servicios IVE, ya que la norma habilita que el mismo equipo brinde ambos servicios^{xxxi} y, por lo general, se han subsumido el uno en el otro, lo cual se traduce muchas veces en problemas para garantizar la integralidad de la atención, reduciéndose a brindar prestaciones en aborto y anticoncepción exclusivamente, incorporando una asesoría más general en DSR bajo una lógica de caso a caso. La verticalidad de la atención de otras dimensiones de la SSR es un problema que MYSU viene detectando desde hace más de una década.^{xxxii}

El rol de referencia de los equipos^{xxxiii} no tiene un anclaje claro en la estructura organizativa de los prestadores de salud, lo que dificulta la articulación con profesionales de distintas especialidades vinculadas a la atención en las múltiples dimensiones que hacen a la SSR. Concentrarse en brindar atención directa, también limita las capacidades de referencia y coordinación a nivel de las instituciones de salud.^{xxxiv}

Si bien existen servicios específicos para la atención prenatal y la atención en ITS/VIH, estos operan fuera del primer nivel de atención, o son prestaciones brindadas en forma atomizada, por parte de profesionales de especialidades múltiples (ginecología, infectología, dermatología, etc.), sin que se garantice necesariamente la articulación y coordinación entre ellos.

No contar con presupuesto debidamente etiquetado en SSR dificulta la capacidad de valorar la asignación de recursos y la eficiencia del gasto en la implementación de las distintas políticas públicas y cuánto se adecúan a las necesidades y requerimientos en salud de la población usuaria.

Es importante recordar que, aunque las políticas en SSR no se vieron discontinuadas durante la actual administración de gobierno, el Poder Ejecutivo, en la figura del Presidente y distintos miembros del Ministerio de Salud Pública han manifestado sus posturas “provida” o han tenido cuestionamientos a los servicios como tal. SSR no ha sido una prioridad en el discurso, por tanto, no resulta llamativa que se registre una falta de difusión, en particular en un campo de la

política pública que ha tenido históricamente problemas en materia de difusión más allá de campañas puntuales en anticoncepción o prevención de VIH.

3.2. Aborto legal

En 2022 se contabilizaron 10511 abortos legales, el máximo número a la fecha desde aprobada la ley, representando un aumento del 4% respecto a 2021.^{xxxv} Partiendo de un total de 9915 IVE en 2020, que había marcado una caída de las cifras de aborto legal tras un período de crecimiento sostenido en el período 2013-2019, el número de IVE ha retomado la tendencia al alza, creciendo un 6% para 2022. No se cuenta con cifras 2023 ya que no se ha terminado el proceso de sistematización, tal y como lo informó el MSP en solicitud de información.

Durante toda la implementación de los servicios, desde 2013, se han realizado un total de 95739 procedimientos IVE. Se ha mantenido como tendencia a lo largo del período que aproximadamente la mitad de estos se realicen en cada subsector del SNIS, con una ligera predominancia del subsector privado (48.655, con un promedio anual de 4866) frente al público (47.811, con un promedio de 4781 abortos anuales).^{xxxvi}

En general 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.

La objeción de conciencia continúa siendo una barrera,^{xxxvii} con la designación de profesionales a cargo de los servicios que se niegan a brindar como una nueva estrategia de obstaculización de la implementación de la ley.^{xxxviii} Uruguay ha sido observado por los comités de expertos de Naciones Unidas DESC^{xxxix} y CEDAW^{xl} en más de una instancia por este problema.

El control sobre la implementación, cumplimiento de normativas y guías y resultados debería dar cuenta, además, de los problemas que genera la ley en relación a universalidad de acceso, exigencias innecesarias y dificultades operativas que contiene, incluyendo: (i) la restricción de un año de residencia en el país para migrantes, (ii) la exigencia de pasar por un equipo multidisciplinario, (iii) los “cinco días de reflexión” obligatorios para ratificar la decisión, (iv) la obligatoriedad de realizar el procedimiento en el prestador del SNIS al que se tiene afiliación o (v) que solo se permita a los profesionales de la ginecología prescribir medicación abortiva. La normativa vigente debería ser actualizada a la luz de las evidencias y nuevas recomendaciones emitidas por la OMS en relación a la práctica y atención del aborto^{xli}.

3.3. Mortalidad materna

En el contexto de pandemia por COVID-19, y sumado a un funcionamiento irregular de los servicios y la escasa difusión de los mismos —pese a declararlos esenciales—, la mortalidad materna aumentó dramáticamente en el país.

Según cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP), la tasa de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos en 2020, se ubicó en 22,3, casi duplicando las tasas de 2018 y 2019. En 2021, volvió a duplicarse, alcanzando 52,0. Si bien el número de muertes absolutas se ha reducido con el correr de los años, la tasa de mortalidad de 2021 fue la más alta que registró el país desde la década de los 80. 11 mujeres fallecieron por razones vinculadas al embarazo, parto, cesáreas y/o aborto en 2020, mientras que se registraron 20 muertes de mujeres por esta causa en 2021. Para 2022 solo se registró una muerte según cifras oficiales.

Esta caída importante de la mortalidad materna en 2022 no ha sido explicada en la documentación oficial. Es demasiado pronto para afirmar si se trata de una nueva tendencia, una continuación de la tendencia a la baja previa a la pandemia (relacionada tanto con la implementación de políticas públicas en SSR como con el descenso sostenido e importante de los nacimientos), una reacción directa ante los resultados de los años previos, o si existen problemas de registro que pudieran explicarlo. Las cifras para 2023 no se encuentran disponibles aún ya que la Comisión Nacional para la reducción de la Morbimortalidad de causa obstétrica no ha publicado los resultados de sus auditorías.

La principal medida tomada para hacer frente a este aumento de la mortalidad materna fue la campaña de vacunación. Se apeló a esta estrategia como forma de combatir complicaciones derivadas del COVID-19 y/o comorbilidades. La Comisión de Muerte Materna identificó la no vacunación y la falta de controles de embarazo por no concurrencia a los servicios de salud, como las causas principales de la muerte materna durante la emergencia sanitaria, abonando a un discurso culpabilizador bajo el concepto de “libertad responsable”.^{xlii}

En diciembre de 2020 se produjo la muerte de una adolescente del interior del país^{xliii}, convirtiéndose en el segundo fallecimiento en marco de un proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El primero sucedió en 2018, y no fue de público conocimiento, registrándose únicamente en solicitudes de acceso a información que distintos actores, incluyendo a MYSU, han realizado al MSP.

Si bien la mortalidad por aborto ha disminuido en el período 2013-2022 en comparación a lo ocurrido antes de aprobada la ley IVE, 6 mujeres han fallecido por abortos en este período, 3 de ellas por fuera de los servicios legales de aborto sumándose a las 2 antes mencionadas, y 1 caso de complicaciones por aborto espontáneo.

MYSU ha detectado fallas en la implementación de los servicios IVE que expulsan a las mujeres y personas con capacidad de gestar por fuera del sistema legal, forzándolas a continuar con embarazos no deseados o a recurrir al sistema no legal. Las restricciones de la ley en cuanto a plazos, la complejidad del proceso y las limitaciones de acceso para migrantes, contribuyen a agudizar este problema.

Por definición estas son muertes evitables, es necesario fortalecer los sistemas de registro para tener mayor claridad respecto a las causas. La Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto debe dar seguimiento y elaborar recomendaciones al MSP para superar problemas u omisiones que puedan estar causando las mismas. Compete a las autoridades sanitarias continuar impulsando cambios para la reducción de la mortalidad materna, y velar porque las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplan con las mismas.

3.4. Fecundidad y embarazo adolescente

Como país de transición demográfica temprana, Uruguay ha registrado tasas globales de fecundidad (TGF) bajas –menos de 2,1 hijos por mujer en edad reproductiva– en las últimas décadas, y durante el año 2020 alcanzó 1,4, ingresando al grupo de países con TGF muy baja.^{xliv} Según cifras de una investigación de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República, esta tendencia a la baja se ha mantenido, con la TGF alcanzando un valor de 1,27 según cifras preliminares para 2022.^{xlv} Esta baja de la fecundidad también se registra en la población adolescente con una tendencia a la reducción de los embarazos entre 15 y 19 años, desde 2015. Más del 50% de la reducción de la fecundidad en el país se debe al descenso de los nacimientos en mujeres entre 15 y 24 años.

Entre múltiples factores que explican el descenso de los embarazos y partos de madres adolescentes, se debe señalar que hubo estrategias dirigidas a reducir el embarazo no intencional en este grupo etario, promovidas por las instituciones de gobierno en conjunto con agencias del Sistema de NNUU entre 2016 y 2020.^{xlvi}

Sin embargo, la prevención de las causas del embarazo adolescente no ha sido tan eficiente en la reducción de las situaciones de abuso, explotación sexual y relaciones violentas, con alta incidencia en el país. Durante 2022, se registraron 7.473 situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), 20 por día. El 20% fueron casos de abuso sexual y 3% de explotación.^{xlvii}

Como recogió el informe “Embarazo Infantil en Uruguay – Aporte para la agenda” de Amnistía Internacional Uruguay, según cifras del MSP, 98 niñas menores de 14 años fueron madres en 2017, mientras que para ese mismo año el Programa de Acompañamiento Territorial de Uruguay Crece Contigo atendió a 107 niñas y adolescentes menores de 14 años.^{xlviii} El informe “Niñas, no madres: unir las piezas de la violencia sexual” también de AI, reafirma las dificultades para reducir los embarazos en niñas y adolescentes de menos de 14 años, ya que en 2021 la cifra alcanzó los 108 embarazos. Entre enero y mayo de 2023 se habían registrado ya 31 embarazos en niñas menores de 15 años, mayoritariamente entre niñas del interior del país.

El derecho de niñas, niños y adolescentes a una vida libre de violencias sigue siendo vulnerado, atravesado por factores múltiples. Las respuestas de Estado continúan siendo fragmentadas, y se han debilitado algunos dispositivos de trabajo con población adolescente. En el MSP, se discontinuaron los esfuerzos enmarcados la Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes,^{xlix} reemplazándola por la implementación de plan Familias Fuertes de OPS^l que tiene un foco en reducción de conductas de riesgo, particularmente el consumo problemático de drogas.

Por otra parte, a nivel legislativo, se aprobó uno de los proyectos insignia de los actores antigénero, la Ley de Corresponsabilidad en la Crianza^{li}, que modifica el régimen de tenencia, debilitando protecciones instaladas en caso de agresores denunciados por violencia doméstica o violencia basada en género. Esta ley fue fuertemente cuestionada durante todo su proyecto de discusión en comisiones parlamentarias y en ambas Cámaras del Poder Legislativo por el Comité de los Derechos del Niño,^{lii} las organizaciones de la sociedad civil,^{liii} la academia,^{liiv} las agencias del Sistema de Naciones Unidas y la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo^{liv}.

3.5. ITS/VIH

Según cifras del MSP, entre 2017 y 2022, se registró un promedio de 896 nuevos casos de VIH por año. Se estimaba que el descenso en 2020 pudiera deberse a menor número de testeos en contexto de pandemia por COVID-19, sin embargo, la cifra volvió a descender en 2021 aunque el número de testeos aumentó (de 213.184 test en 2020 a 339.501 en 2021)^{lvi}. En 2022, la cifra volvió a aumentar (508.209), se desconoce si la variación de las cifras esté vinculada o no al número de testeos. Para valorar mejor estas tendencias, deberá observarse el comportamiento en los próximos años^{lvii}. Las cifras 2023 se encontrarán disponibles a fines de julio.

La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH en Uruguay. En 2021 del total de notificaciones que reportan la vía de transmisión, el 99% de los nuevos casos de VIH se registran por vía sexual.^{lviii} La tasa vertical continúa ubicándose por debajo del 2% desde 2016, con una tendencia a su eliminación de sostenerse las políticas de tratamiento específico para mujeres embarazadas y en situación de lactancia.

Según información del Sistema Informático Perinatal (SIP) de registro obligatorio por parte de los prestadores de salud del SNIS, en 2021, la incidencia de VDRL positivo en las embarazadas del hospital Pereira Rossell —la maternidad más grande del país— fue la más alta registrada en los últimos 10 años. En 2010 tuvo un pico de 4,4 cada 100, y desde 2018 ha aumentado año a año: comenzando en 3,1, subió a 3,7 en 2019, aumentó nuevamente llegando a 4,3 en 2020, y alcanzó 5,5 en 2021.^{lix}

Esta tendencia se viene registrando en el país a nivel nacional. Las últimas cifras disponibles desde el MSP registran que la incidencia de la sífilis congénita pasó de 1,1 en 2017 (su pico más bajo desde 2014) a 2,3 en 2019.

Los casos de sífilis en general han aumentado también, mientras que en 2018 se registraron 2265 casos, en 2021 alcanzaron los 3999, según datos oficiales. Cifras preliminares para 2023, registran un total de 5402 casos. Se refuerza la noción de que esta epidemia está cobrando fuerza una vez más en Uruguay, siguiendo tendencias regionales identificadas por la Organización Panamericana de la Salud.^{lx}

3.6. Atención prenatal y anticoncepción

La atención prenatal se sostuvo en pandemia con algunas dificultades y ha regresado a la normalidad una vez culminó la emergencia sanitaria. El uso de la telemedicina ha sido anecdótico y aunque se registraron denuncias públicas sobre la vulneración del derecho al acompañamiento en el parto,^{lxi} en general no se registraron otro tipo de limitaciones o cambios.

En Uruguay la atención al embarazo y el parto se encuentra altamente institucionalizada y protocolizada desde hace décadas, lo que lleva a una relativa estabilidad. Las cifras de nacimientos por lugar de ocurrencia muestran que aquellos ocurridos en el domicilio o la vía pública representan menos del 1% del total.

Una dificultad que persiste es el combate a la violencia obstétrica. Resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, encontró que, a 2019, entre “las mujeres de 15 años y más que tuvieron algún parto, el 17,4%

reporta haber vivido situaciones de violencia obstétrica durante el último parto o cesárea^{lxiii}. Un sondeo online realizado por MYSU en 2022, encontró que el 56% de las mujeres encuestadas declaraban algún episodio de violencia durante los controles de embarazo, atención del parto, puerperio o aborto, durante los últimos cinco años.^{lxiii} Este es un problema sobre el cuál Uruguay ha sido observado por el Comité de Expertas CEDAW en las últimas Observaciones realizadas al país en 2023, exhortando a que se proteja a las mujeres de las situaciones de violencia obstétrica, en particular en las zonas rurales del país.^{lxiv}

Respecto a anticoncepción, las últimas cifras oficiales sobre uso de métodos son de 2015, en el marco de la Encuesta Nacional de Comportamiento Reproductivo (ENCoR). El Observatorio de MYSU realizó un sondeo online en 2021 que detectó valores similares, aunque ligeramente por encima de los de la ENCoR. Aun cuando se tratara de un estudio no representativo, pareciera que el uso de MAC por parte de las mujeres que viven en Uruguay ha ido aumentando de forma constante a lo largo del tiempo. En 2011, cerca del 83% de las mujeres utilizaban algún tipo de MAC.¹ En 2015, la cifra rondaba el 83,6%² y en 2021, se observa un salto a más de 86%.³

El sondeo de MYSU indagó también acerca de costos y de falta de insumos en el contexto del primer año de pandemia por COVID-19, identificando algunas dificultades. Cuando se indagó si las encuestadas habían cambiado de marca o tipo de anticonceptivo oral durante el período relevado y, en caso afirmativo, por qué lo habían hecho, aunque algunas mujeres indicaron que cambiaron de marca por motivos de salud (“me cayeron mal”, “me las recetó el ginecólogo”, “tuve migrañas”, etc.), la mayoría afirmó que fue por otros motivos no necesariamente relacionados con su SSR: (i) el costo de la marca anterior subió mucho durante el periodo investigado; (ii) sus ingresos se redujeron por la pandemia; (iii) dejaron de entregarlas en su prestador de salud (ASSE o mutualista); (iv) cambio de prestador (por pérdida o cambio de trabajo) y el actual no proporciona la pastilla que estaba acostumbrada a tomar.^{lxv}

Otro hecho importante a destacar es que las mujeres más vulnerables económicamente tienen que someterse a los ACO que se distribuyen o se venden en sus prestadores, aunque sean malos para su salud. La libre elección de los métodos se ve claramente coartada por razones que las mujeres no pueden controlar. Aunque la canasta de métodos es variada, la diversidad de opciones queda ligada muchas veces a los convenios que el Estado y las instituciones prestadoras de salud tienen con laboratorios privados.

Solo el 43% de las mujeres declararon retirar su método en el prestador de salud al que estaban afiliadas. Dentro de las razones identificadas en la encuesta, muchas mujeres declaran dificultad para programar consultas ginecológicas durante el periodo de la pandemia, dificultad para acceder a receta médica aun en caso de consulta, y falta de stock o no distribución de

¹ 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.

² UNFPA (2017). *Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ENCoR)*. Montevideo, Uruguay.

³ MYSU (2021). [Anticoncepción en cifras. Protección sexual y reproductiva en tiempos de pandemia](#). Montevideo, Uruguay: MYSU.

determinados métodos y marcas en su prestador de salud, aun cuando lo requieran por motivos de salud y cuentan con indicación médica. La falta de difusión sobre el funcionamiento de los servicios durante la pandemia supuso otro obstáculo, en especial en los sectores más vulnerables.^{lxvi}

3.7. *Transparencia y participación*

La actual administración de gobierno dejó de convocar a la Comisión Nacional Asesora en SSR,^{lxvii} espacio de diálogo Estado-sociedad civil que funcionaba a modo de mecanismo de rendición de cuentas, transparencia y participación ciudadana, involucrando a movimiento social, academia, trabajadores de la salud, prestadores y agencias de Naciones Unidas, junto con las autoridades sanitarias.

Con dificultades sí se ha dado continuidad a la Comisión Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA (CONASIDA), con un rol similar para la política pública en VIH.^{lxviii}

Por otra parte, la Comisión Sectorial de Población y Desarrollo, que opera en el ámbito de Presidencia de la República y da seguimiento al Consenso de Montevideo y el proceso de cumplimiento de los ODS, ha sido convocada sin participación de la sociedad civil, a diferencia de lo ocurrido en la administración anterior, cuando se puso en funcionamiento.

No se registran otros mecanismos de participación (dirigidos a poblaciones específicas o no) que incorporen SSR como componente de la salud en general.

La falta de mecanismos de diálogo con el Estado en este campo, sumado a las debilidades del sistema de información debilitan la tarea del monitoreo ciudadano, la generación de evidencia para el rediseño de las políticas públicas y el derecho al acceso a la información pública y la transparencia en general.

La participación y movilización ciudadana así como el ingreso al país se vieron afectados también, en el marco de campañas populares contra decisiones de gobierno, “por razones de salud pública”, limitando los derechos de reunión y libre circulación garantizados constitucionalmente, por vía de ley^{lxix} y decreto.^{lxx} Estas limitaciones se encontraron en efecto desde el 21 de diciembre de 2020 hasta el 21 de marzo de 2021, y abonaron a un clima de criminalización de la protesta, tendencia evidenciada en otras propuestas legislativas de la coalición de gobierno.^{lxxi}

3. CONCLUSIONES

A pesar de los avances destacados en materia de legislación y políticas públicas en el campo de la salud sexual y reproductiva, el período 2020-2024 ha demostrado que no basta con sostener el funcionamiento de los servicios para garantizar una atención de calidad. Superar barreras, armonizar la legislación con los estándares más actualizados en Derechos Humanos, y profundizar los cambios positivos siguen siendo una necesidad no atendida por el sistema político. No priorizar la atención en SSR se traduce rápidamente en las más dramáticas consecuencias, como el aumento de la mortalidad materna.

Es esencial un monitoreo continuo del cumplimiento normativo y la mejora de la atención en salud para proporcionar servicios adecuados y oportunos, así como para difundir conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos. Además, se requiere fortalecer la recolección y sistematización de datos en este ámbito, superando las deficiencias en los registros y promoviendo un análisis inclusivo que considere diversas variables sociodemográficas. La prevención y promoción de la salud deben ser prioritarias, y el uso de recursos legales y mecanismos participativos podría mejorar el acceso a la información y el ejercicio de derechos por parte de la población.

La evidencia demuestra que la Ley IVE fue elaborada bajo supuestos erróneos en base a la evidencia acumulada en estos años de implementación. No hubo el aumento descontrolado de abortos que fue pronosticado, todo lo contrario, se registra una disminución en los últimos años. Tampoco se cumplió con el cometido del legislador de desestimular la práctica imponiendo una serie de condicionantes para acceder al aborto legal, el 95% de quienes comenzaron la ruta IVE la finalizaron. La brevedad de los plazos, los 5 días de reflexión obligatoria, la imposición de la intervención de un equipo multidisciplinario, la habilitación sin condiciones a la objeción de conciencia y la objeción de ideario, generan obstáculos de implementación que tienen particular impacto en las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad. Es necesario incorporar los cambios en base a la propia experiencia y a los buenos resultados logrados en la región como son los casos de Colombia, Argentina y México.

En cuanto al VIH, la cobertura del tratamiento antirretroviral (TARV) ha mejorado, pero aún no cumple con las metas de ONUSIDA, como la iniciativa 90-90-90 que aspiraba a que para 2020, el 90% de las personas con VIH estuvieran diagnosticadas, el 90% de ellas recibiera tratamiento y el 90% de las personas en tratamiento tuviera una carga viral indetectable. A pesar de un incremento del 10% en la última década, la cobertura no llega al 80% de las personas diagnosticadas. La atención a adolescentes enfrenta retos, faltan recursos humanos capacitados para un abordaje integral, y persisten problemas como el embarazo infantil y adolescente, reflejando la necesidad de abordar las causas subyacentes y mejorar el seguimiento de políticas para jóvenes.

La violencia obstétrica sigue presente en Uruguay a pesar de los avances legales y normativos. Aunque se ha legislado para integrar un modelo de salud sexual y reproductiva más completo, aún persisten prácticas que mantienen desigualdades de poder entre médicos y pacientes, y se descuida la atención integral de la mujer. Las mujeres reportan sentirse relegadas y presionadas dentro del sistema de salud, especialmente durante el parto y el puerperio, donde se prioriza la salud del recién nacido sobre la de la madre, y se impone el uso de fórmulas infantiles a pesar de las políticas de promoción de la lactancia materna, lo que genera vulnerabilidad y estrés.^{lxxii}

Es crucial mejorar el registro y uso de métodos anticonceptivos, así como controlar su costo para garantizar accesibilidad. La transparencia en la adquisición de insumos médicos y la promoción del uso informado de anticonceptivos son esenciales para la toma de decisiones autónomas. Además, la violencia de género y la vulneración de derechos siguen siendo problemas significativos que requieren medidas efectivas para su erradicación.

La no reglamentación e implementación limitada de la telesalud continúa minando las posibilidades de superar barreras y obstáculos derivados de la normativa vigente, de las brechas de implementación y de la disponibilidad de recursos humanos para el funcionamiento de los servicios.

Para contribuir a mejorar las condiciones para ejercicio real de la población a los derechos sexuales y reproductivos, MYSU recomienda:

- Mejorar los mecanismos para informar a la población sobre estos derechos y el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo campañas informativas de promoción y prevención, sostenidas en el tiempo.
- Garantizar presupuesto debidamente etiquetado que asegure insumos en anticoncepción, medicación abortiva, tratamiento para ITS/VIH, atención integral a adolescentes y a diversidad sexual así como otros insumos necesarios para requerimientos en salud sexual y reproductiva, asegurando amplia distribución en todos los prestadores del Sistema de Salud.
- Revisar la ley IVE con el propósito de mejorar las condiciones para el acceso y la cobertura universal de estos servicios (controlar el uso abusivo de la objeción de conciencia, habilitar la prescripción de la medicación para abortar a otros profesionales debidamente capacitados y erradicar la restricción a mujeres migrantes para acceder al aborto legal, como mínimo).
- Fortalecer las capacidades de fiscalización y rectoría de las autoridades sanitarias para garantizar el efectivo cumplimiento de las guías y protocolos en SSR y el funcionamiento de los servicios estipulados por ley, con adecuados mecanismos de sanción para los prestadores y profesionales que no cumplen con lo que establece la ley. Mejorar también el sistema de información y cumplir con la periodicidad y exigencia estipulados en la norma para asegurar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- Garantizar una atención integral, en todas las dimensiones de la SSR, y también a nivel de servicios específicos, como los servicios de atención adolescente. Asegurar recursos financieros y humanos, debidamente capacitados para atender a las necesidades de esta población de forma adecuada también a nivel departamental.
- Controlar el debido cumplimiento de las prestaciones en anticoncepción por parte de las instituciones de SNIS, reforzando el rol del MSP como ente rector y evitando fugas del sistema de salud hacia el mercado, que encarece el costo de los métodos en la vida de las personas.
- Reglamentar la ley de telemedicina con pautas claras para la atención en general, y en particular generar protocolos específicos para los servicios de SSR, e incorporar la SSR en

los servicios de telemedicina públicos y privados que se instalen a partir de la experiencia del Plan de Telemedicina de ASSE u otros que puedan estar funcionando.

- Realizar campañas de comunicación para combatir el estigma en torno al aborto dado que la interrupción voluntaria del embarazo es otro requerimiento en salud que debe estar cubierto por el sistema sanitario. Esto también contribuiría a que existan denuncias cuando la atención es deficiente o se violentan los derechos consagrados.
- Reinstalar espacios de diálogo y asegurar su efectivo funcionamiento para que las organizaciones sociales que hemos impulsado esta agenda podamos participar en la definición de contenidos y prioridades, mecanismos de evaluación de resultados para mejorar la respuesta de estas políticas públicas.

4. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- ⁱ Decreto 93/020, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ⁱⁱ Decreto 106/022, disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/106-2022>. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ⁱⁱⁱ Para ampliar información sobre las medidas tomadas en materia de educación, ver aquí: <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/medidas-del-gobierno-para-atender-emergencia-sanitaria-coronavirus-covid-19-0>
- ^{iv} Para ampliar información sobre las medidas tomadas en materia de cultura, ver aquí: <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/medidas-del-gobierno-para-atender-emergencia-sanitaria-coronavirus-covid-19-5>
- ^v Para ampliar información sobre las medidas tomadas en materia de cultura, ver aquí: <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/medidas-del-gobierno-para-atender-emergencia-sanitaria-coronavirus-covid-19-7>
- ^{vi} Oficina Nacional de Servicio Civil – ONSC (2021). *Encuesta de teletrabajo en el sector público. Informe de resultados*.
- ^{vii} Diario El País (28/04/2021). *"Si fracasa la libertad responsable, fracasa la humanidad", enfatizó Lacalle Pou*. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ^{viii} Poy, S. y Robles, R. (2023). "Informalidad, protección social y bienestar en la crisis del COVID-19 en cuatro países latinoamericanos2, en *Revista CEPAL*.
- ^{ix} Instituto Nacional de Estadística (INE), Informes técnicos sobre Actividad, Empleo y Desempleo. Datos disponibles en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/tematica/actividad-empleo-desempleo>
- ^x Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19): estudio elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en respuesta a la solicitud realizada por el Gobierno de México en el ejercicio de la Presidencia Pro Témpace de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) durante la Reunión Ministerial Virtual sobre Asuntos de Salud para la Atención y el Seguimiento de la Pandemia COVID-19 en América Latina y el Caribe celebrada el 26 de marzo de 2020 (LC/TS.2020/45), Santiago, 2020.
- ^{xi} Poy, S. y Robles, R. (2023). "Informalidad, protección social y bienestar en la crisis del COVID-19 en cuatro países latinoamericanos2, en *Revista CEPAL*.
- ^{xii} Sistema Nacional de Emergencias (SINAE). Datos disponibles en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informacion-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-15-junio>
- ^{xiii} El gobierno nacional lo obtuvo el Partido Nacional gracias a una coalición electoral de cinco partidos de centro derecha y derecha. Además de los históricos Partido Nacional y Partido Colorado, el tercer socio de importancia es Cabildo Abierto, partido integrado por opositores al aborto y que incluyeron explícitamente en su programa de gobierno el "combate a la ideología de género" (Ver: Cabildo Abierto (2019) *Programa de gobierno*. Capítulo 3. Educación y Capítulo 9. Cultura, Familia, Género, Agenda de Derechos, Deporte y Recreación. Accesible en: <https://manini.uy/programa.pdf>).
- ^{xiv} Así lo expresó el Presidente de la República, Luis Lacalle Pou, en conferencia de prensa del 04/05/2020: <https://www.youtube.com/watch?v=pkjiUphsL9w>
- ^{xv} La Diaria (04/11/2021) *Referente de salud sexual y reproductiva de la RAP Metropolitana fue denunciada en ASSE por interferir en un proceso de aborto legal, confirmó MYSU*. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ^{xvi} Abracinskas, L., Puyol, S., Iglesias, N., & Kreher, S. (2019). *Políticas Antigénero en Latinoamérica. Uruguay, el mal ejemplo*. Montevideo, Uruguay: MYSU.
- ^{xvii} Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay (2020). Accesible en: <https://www.gub.uy/>
- ^{xviii} Presidencia de la República (2024). Accesible en: <https://www.gub.uy/presidencia/>
- ^{xix} Ministerio de Salud Pública (2024). Accesible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>
- ^{xx} Administración de los Servicios de Salud del Estado (2024). Accesible en: <https://www.asse.com.uy/home>
- ^{xxi} Secretaria de los Derechos Humanos (2020). Accesible en: <https://www.gub.uy/secretaria-derechos-humanos/>

- xxii Centro de Información Oficial – IMPO (2024). Accesible en: <https://www.impo.com.uy/>
- xxiii Se utilizaron los siguientes: “salud sexual y reproductiva”, “aborto”, “salud reproductiva”, “telemedicina”, “COVID-19”, “emergencia sanitaria”, “IVE”, “interrupción voluntaria del embarazo”, “anticoncepción”, “embarazo, parto y puerperio”, “atención prenatal”, “acompañamiento en el parto”, “VIH”, “ITS”, “infecciones de transmisión sexual”, “ITS/VIH” y “VIH/Sida”.
- xxiv MYSU (2020). *Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de las respuestas al brote de covid-19 – Informe Uruguay*. Montevideo, Uruguay: MYSU.
- xxv [Ley 19.869](#) de lineamientos generales para implementación de telemedicina.
- xxvi Comunicado al cuerpo médico y las instituciones prestadoras de servicios (2020). Accesible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2020/08/MSP-Procesos-IVE-en-pandemia-COVID-19.pdf>
- xxvii Benia, W.; Alemán, A.; Barbero, M. (2022) *Aportes hacia un Plan Nacional de Telemedicina en Uruguay*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- xxviii Administración de los Servicios de Salud del Estado – ASSE (12/03/2024). *Lanzamiento del Plan de Implementación de Telemedicina en ASSE*. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- xxix MSP (16/01/2024). *Plan de vacunación contra COVID-19 en 2024*.
- xxx Ver [Decreto 465/008](#), Decreto 293/010, [art. 1](#) y Ordenanza Ministerial [289/018](#) que incluye el catálogo de prestaciones que integran el PIAS.
- xxxi [Decreto 375/012](#), sección V) Del Equipo Interdisciplinario, arts. 11 a 14.
- xxxii MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país*. Sistematización de resultados Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.
- xxxiii Definido por Decreto 293/010, [art. 9](#).
- xxxiv MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país*. Sistematización de resultados Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.
- xxxv MSP (2023). *Informe IVE 2013-2022*. Uruguay.
- xxxvi *Ídem*.
- xxxvii 18 prestadores de salud que cuentan con servicios de SSR declararon 50% de profesionales objetores o más, incluyendo 11 unidades de ASSE (los Hospitales de Colonia, Paysandú, Soriano — Mercedes, las Redes de Atención Primaria — RAP de Canelones, Cerro Largo, Durazno, Salto y Rivera, el Centro de Salud de Young y el Instituto Nacional del Cáncer — INCA), 6 servicios privados (El Seguro Americano y el Círculo Católico (institución objetora de ideario, no practica IVE sino que deriva sus casos) de Montevideo, COMEPA de Paysandú, CAMCEL de Cerro Largo, CAMDEL de Lavalleja, e IAC de Treinta y Tres) y el Hospital Militar.
- xxxviii La Diaria (04/11/2021) *Referente de salud sexual y reproductiva de la RAP Metropolitana fue denunciada en ASSE por interferir en un proceso de aborto legal, confirmó MYSU*. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- xxxix Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay, E/C.12/URY/CO/5, 20 de julio de 2017, obs. 51, b).
- xl Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Uruguay, CEDAW/C/URY/CO/8-9, 25 de julio de 2016, obs. 36. 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
- xli OMS (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo*. Consultado por última vez el 15/06/2024.
- xlii Comunicación interna entre el Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva y la Dirección General de la Salud del MSP (13/03/2023): <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/women/cfis/maternal-mortality/subm-follow-good-practices-sta-uruguay.pdf>
- xliii [RepoClacaj](#), 2021, acceso a Documentación sobre caso de fallecimiento de adolescente de 14 años en Uruguay en marco de proceso de aborto legal elaborada por MYSU y la red de acompañamiento feminista en aborto LAS LILAS.
- xliv Pardo, I. (17/07/2021). “[Uruguay en su mínimo histórico de fecundidad: ¿y ahora qué?](#)”. *La Diaria*.
- xlv Cabella, W, Fernández Soto, M, Pardo, I y Pedetti, G. *La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultra-bajos (2016 - 2021)*. Montevideo : Udelar. FCS-UM. PP, 2023. Documento de Trabajo / FCS-PP; 11.
- xlvi Pardo, I. (17/072021). “[Uruguay en su mínimo histórico de fecundidad: ¿y ahora qué?](#)”. *La Diaria*.

- xlvii Uruguay Presidencia (25/04/2023). [Estado atendió 20 casos por día de violencia hacia niños y adolescentes en 2022.](#)
- xlviii Amnistía Internacional Uruguay (2020). [Embarazo Infantil en Uruguay – Aporte para la agenda.](#) Montevideo, Uruguay: Amnistía Internacional.
- xlix MSP (2020). [Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes \(2016-2020\).](#) Montevideo: MSP-AUCI-UNFPA.
- ^l OPS (s/f). [Familias Fuertes.](#)
- ^{li} [Ley 20141.](#)
- ^{lii} Comité de los Derechos del Niño (04/04/23). [Toca votar por los que no votan. Los derechos de la infancia no se negocian.](#)
- ^{liii} Mediospublicos.uy (12/07/2022). [Organizaciones sociales: ley de tenencia compartida es “innecesaria y daña a la infancia.”](#) Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ^{liv} Facultad de Psicología (09/04/2023). [La Maestría en Derechos de Infancia de la Udelar expresó su “profunda preocupación” de cara a la votación del proyecto de tenencia compartida.](#)
- ^{lv} La Diaria (31/03/2023). [INDDHH y Unicef cuestionan el proyecto de tenencia compartida.](#) Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ^{lvi} Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2022 y el Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2023.
- ^{lvii} *Ídem.*
- ^{lviii} *Ídem.*
- ^{lix} Palomeque, N. (15 de octubre de 2022). [“Aumentan los casos de sífilis en embarazadas y recién nacidos”.](#) *Diario El País.* Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ^{lx} Organización Panamericana de la Salud (OPS—OMS) (5 de julio de 2022). [\[Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas...\]](#) Consultado por última vez el 15/06/2024.
- ^{lxi} Evidenciadas en el reporte de línea de base 2020.
- ^{lxii} MIDES (2020). [Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. Informe general de Resultados.](#) Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Desarrollo Social, Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de violencia de género. p. 17.
- ^{lxiii} MYSU (2022). [Violencia obstétrica en cifras.](#) Montevideo, Uruguay: MYSU.
- ^{lxiv} 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.
- ^{lxv} *Ídem.*
- ^{lxvi} *Ídem.*
- ^{lxvii} Creada por [Ordenanza Ministerial 147/004.](#)
- ^{lxviii} Creada por el [Decreto 409/993.](#)
- ^{lxix} [Ley 19932](#) y [Ley 19941.](#)
- ^{lxx} [Decreto 346/020](#) y [Decreto 61/021.](#)
- ^{lxxi} Fundamentalmente identificadas en la [Ley de Urgente Consideración](#), o LUC, como se conoció a una ley “ómnibus” o multitema, aprobada por la coalición gobernante durante el primer año de la legislatura, funcionando como forma de aprobar las bases para la implementación de su plan de gobierno. Incluyó modificaciones en materia de seguridad, educación, derechos humanos, trabajo, ambiente, entre otras dimensiones. Algunos artículos que significaron un debilitamiento del derecho a la protesta incluyeron: modificaciones al delito de resistencia al arresto (art. 4), introducción del delito de “agravio a la autoridad policial” (art. 11), modificaciones a la ley de acceso a la información pública, agregando una definición de información secreta, a criterio del Sistema Nacional de Inteligencia de Estado (arts. 125 y 126) y una redefinición de la idea de “piquete” que permite disolver reuniones o aglomeraciones de personas que la autoridad policial considere “limiten la libre circulación” (arts. 468 y 469). Durante el período de la emergencia sanitaria, esta ley recibió fuertes cuestionamientos desde la sociedad civil organizada, con multitudinarias manifestaciones públicas, recolección de firmas para la derogación de varios de sus artículos y la realización de un referéndum revocatorio que no alcanzó el total de votos por poco más del 1% de los votos emitidos.
- ^{lxxii} MYSU (2022). [Violencia obstétrica en cifras.](#) Montevideo, Uruguay: MYSU.