

INFORME NACIONAL SOBRE EL AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO



URUGUAY
SUMAVALOR



INFORME NACIONAL SOBRE EL AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO



Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Tabaré Vázquez

Presidente

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP)

Álvaro García

Director

Santiago Soto

Subdirector

Pablo Álvarez

Coordinador General

Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión

Lucía Wainer

Directora

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)

Janet López

Directora

Comisión Sectorial de Población

Preside: *Oficina de Planeamiento y Presupuesto*

Asesoría Técnica: *Fondo de Población de las Naciones Unidas*

Comité Ejecutivo

Instituto Nacional de Estadística (INE)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Ministerio de Vivienda, Ordenamiento territorial y Medio Ambiente (MVOTMA)

Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE): Dirección de Asuntos Multilaterales.

Ministerio de Educación y Cultura (MEC)

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

Secretaría Nacional del Deporte de la Presidencia de la República (SND)

Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República (SDDHH)

Plenario

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM)

Banco de Previsión Social (BPS)

Mujeres y Salud (MYSU)

Iniciativas Sanitarias

Cotidiano Mujer

Red Mujeres Afro

Universidad de la República (UDELAR)

Participaron en la elaboración del “Informe Nacional sobre el avance en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”:

Subcomisión Sectorial de Población – Equipo del Informe

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) - Pablo Álvarez

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) - Mariana González Pérez - Orlando Rivero

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV-OPP) - Paula Manera - Gabriela Patrón

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) - Juan José Calvo - Daniel Macadar

- Rodrigo Acevedo

Ministerio de Desarrollo Social - Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM)

- Gabriela Pedetti - Fanny Rudnitzky - Manuel Piriz - Lorena Custodio

Ministerio de Desarrollo Social - Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) - Heber Da Cunha

Ministerio de Desarrollo Social - Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INMAYORES)

Valentina Perrotta

Ministerio de Desarrollo Social - Instituto Nacional de la Mujer (INMUJERES) - Diego Pieri

- Daniela Tellechea - Lucía Buonora

Ministerio de Desarrollo Social - Instituto Nacional de la Juventud (INJU) - Cecilia Cristar

Ministerio de Desarrollo Social - Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC)

- Joana Techera

Ministerio de Desarrollo Social - Uruguay Crece Contigo (UCC) - Giorgina Gariboto

Ministerio de Turismo (MINTUR) - Karina Larruina

Secretaría de DD. HH. de la Presidencia - Nelson Villarreal - Fernando Willat - Leonard Javier Mattioli

Ministerio de Salud Pública (MSP) - Ima León - Wilson Benia

Instituto Nacional de Estadística (INE) - Laura Nalbarte

Universidad de la Republica (UDELAR) - Ignacio Pardo

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres - Ana Lima

Red Mujeres Afro - Vicenta Camusso

Iniciativas Sanitarias - Cecilia Stapff

Mujeres y Salud (MYSU) - Lilián Abracinskas

Diseño: El Club

Corrección: Laura Zavala

Fotos: Manuela Aldabe - UNFPA

Edición: Noviembre 2017

Nota: es preocupación de la institución el uso de un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura y en aquellos casos donde no es posible incorporar el lenguaje inclusivo, se hace uso del masculino genérico clásico conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

Agradecimientos:

Todo esfuerzo institucional lo realizan personas de carne y hueso. El compromiso que todos los participantes tuvieron superó con creces la simple responsabilidad institucional. Por eso el agradecimiento más sincero para quienes pusieron el mayor esfuerzo, más allá de sus responsabilidades para terminar en forma y a tiempo este Informe.

CONSENSO DE MONTEVIDEO URUGUAY SUMA VALOR

Este es el primer Informe Nacional sobre los avances del Consenso de Montevideo en Población y Desarrollo del país, el que ha sido integrado a la Agenda 2030 a nivel global con la que Uruguay se ha comprometido.

El Consenso de Montevideo es un gran avance y expresa los acuerdos alcanzados en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en el año 2013. Allí se logró una agenda progresista y renovada en los temas de población y desarrollo.

Nuestro país puede recorrer este proceso mostrando cómo un pequeño territorio del sur del mundo puede soñar y alcanzar nuevas metas que se traduzcan en un mayor bienestar para su población, y dar cuenta de los grandes avances que hemos alcanzado en los temas a que refiere el Consenso de Montevideo.

Hay razones fundamentales para considerar la Agenda 2030 como guía: primero, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son transversales y abarcan aspectos económicos, sociales, ambientales, culturales y políticos; segundo, con el horizonte en el año 2030, los ODS trascienden a los períodos de gobierno, convirtiéndolos en objetivos nacionales cuya consecución requiere políticas de estado en el mediano y largo plazo. Y en este mismo sentido los acuerdos que se reflejan en el Consenso de Montevideo suponen perspectivas más profundas en varios temas con enfoque de población.

Uruguay cuenta con una cualidad importante en el desafío que implica este informe y es la firme voluntad y la amplia red de articulación existente entre gobierno y sociedad civil y, en particular, en el mecanismo de seguimiento del Consenso de Montevideo que es la Comisión Sectorial de Población.

El Gobierno en su conjunto, trabajando transversalmente a nivel de todos los ministerios, entes autónomos y servicios descentralizados, ha asumido la responsabilidad de guiar sus políticas públicas en torno al cumplimiento de la Agenda 2030 con el objeto de avanzar en cada uno de ellos.

Si bien el Consenso de Montevideo no establece metas ni temporalidades, el escenario de sus acuerdos exige un compromiso que traspasa las fronteras del Gobierno. Concebimos el camino de realización de la Agenda 2030 con la participación activa de la ciudadanía organizada, en especial quienes trabajan en la prestación de algunos servicios públicos y con conocimiento especializado en la consecución de estos objetivos.

También entendemos vital la participación de la academia, de nuestros investigadores que nos brindan información certera y con rigor científico respecto al avance del cumplimiento de los acuerdos establecidos. Trabajando junto con nuestras universidades contaremos con información que aporte al diseño de políticas públicas que apunten a los problemas de fondo que causan las inequidades aún existentes en nuestro país.

El camino hacia el desarrollo sostenible tiene un protagonista: la ciudadanía. No podemos hacer nada, ni siquiera pensar en la enorme tarea que se nos viene por delante con los ODS, si no contamos con el compromiso ciudadano. Es una invitación a que juntos como nación pensemos más en el futuro, y en cómo las acciones de hoy repercutirán sobre las futuras generaciones.

Cada uno de nosotros puede ser parte del compromiso, y desde los más diversos lugares, desde nuestro lugar como ciudadanos podemos colaborar y trabajar en el desarrollo de estos objetivos.

En las pequeñas grandes cosas de todos los días están los ODS. El cambio más importante que nos plantean es de carácter cultural, y desde ahí es que nos interpelan como sociedad y nos convocan a la participación.

El Consenso de Montevideo es una formidable herramienta que nuestra región alcanzó para poder impulsar más alto aún la agenda con una perspectiva de derechos humanos y, sobre todo, con un enfoque transversal que nos permita atender la enorme diversidad que tienen nuestros países, sin por ello resignar a nadie. Y así consagrar la construcción de un país que incluya a todos y todas sin distinciones.

Continuemos entonces trabajando juntos, cada uno desde el lugar que nos toca, para construir un país que de aquí a 15, 20 años, pueda decirle a las próximas generaciones que pensó en ellas y que les entrega una sociedad más justa, más solidaria, más próspera, más sostenible y que siga en marcha como un ejemplo de inclusión social en América Latina. En un mundo convulsionado por los vaivenes de la economía internacional, por la intolerancia a la diversidad religiosa y cultural, por la pérdida del diálogo fraterno entre quienes piensan distinto; hoy un pequeño país del sur viene a decirle al mundo que desde los valores más profundos de respeto a la igualdad, a los derechos civiles, políticos y sociales y en la búsqueda de un mejor mundo hacia 2030, Uruguay suma valor.

Álvaro García
Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Presidencia de la República Oriental del Uruguay

TABLA DE CONTENIDOS

Mecanismo de seguimiento y elaboración del Primer Informe Nacional sobre avances del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	1
Perfil del país	5
Avance de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo, 2017	
Capítulo A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos	10
Capítulo B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes	19
Capítulo C. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos	43
Capítulo D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva	49
Capítulo E. Igualdad de género	58
Capítulo F. La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes	75
Capítulo G. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad	79
Capítulo H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos	84
Capítulo I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial	85

Conclusiones y principales desafíos	94
--	----

Bibliografía	98
---------------------------	----

Anexos

Anexo 1. Comisión Sectorial de Población. Visión, objetivos, y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay, 2017	102
---	-----

Anexo 2. Línea de tiempo	109
---------------------------------------	-----

Anexo 3. Políticas públicas para la infancia en Uruguay: análisis en perspectiva comparada	114
---	-----

Anexo 4. Legislación nacional y políticas públicas	116
---	-----

Anexo 5. Estado de situación de los indicadores del Capítulo D, julio 2017	122
---	-----

Mecanismo de seguimiento y elaboración del Primer Informe Nacional sobre avances del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

La Comisión Sectorial de Población (CSP) fue creada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto a través de la resolución N.º 180/2010 del 3 de agosto de 2010, ampliada en la resolución N.º 58/2016, las cuales establecen tanto sus objetivos como la integración institucional.¹

La Comisión surgió como consecuencia del acuerdo existente con la necesidad de crear una instancia gubernamental de elaboración de lineamientos estratégicos nacionales respecto a la temática demográfica y poblacional del Uruguay y asesorar al Poder Ejecutivo respecto al diseño e implementación de una política nacional de población, dadas las características e importancia del proceso demográfico para el desarrollo.

Desde su creación, la CSP asesora al Poder Ejecutivo con el fin de definir una visión de país en materia demográfica poblacional de mediano y largo plazo y una estrategia para alcanzarla. Los lineamientos estratégicos elaborados por la Comisión sirven para implementar políticas de población, integrales e integradas, con un fuerte foco en el ejercicio de derechos y de equidad.

Destacan entre sus cometidos: a) Proponer políticas que promuevan la equidad intergeneracional en las condiciones de vida y acceso a oportunidades. b) Proponer políticas que aborden el tema de la natalidad así como la compatibilización de la vida productiva con la reproductiva. c) Proponer la articulación de las políticas de vinculación con la población uruguaya residente en el exterior y retorno de nacionales con el Plan Nacional de Desarrollo. d) Analizar la conveniencia de una política activa de promoción de la inmigración y de sus características. e) Proponer políticas que permitan una distribución territorial más adecuada de la población y de los procesos migratorios internos, incluyendo la migración temporal transfronteriza, en armonía con los sistemas ambientales. f) Proponer una política de producción de datos, información y análisis sociodemográficos y poblacionales, cuyos productos sean insumos para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas. g) Asesorar en materia de política demográfica poblacional toda vez que le sea requerido.

Para su funcionamiento operativo, la CSP cuenta con dos instancias: un plenario, con representantes del Poder Ejecutivo, el Parlamento, la Academia, organismos de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil; y un comité ejecutivo integrado por representantes de los siguientes organismos: Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Ministerio de Turismo y Deporte (MINTUR), Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE), Secretaría de Derechos Humanos y Secretaría Nacional del Deporte, ambas dependientes de la Presidencia de la República.

La Oficina de país del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) acompañó el proceso de conformación de la CSP desde su inicio, brindando asistencia técnica y financiera para su establecimiento y operativa.

¹ http://www.opp.gub.uy/images/Decreto_CSP_Resolucion_180-2010.PDF

La CSP integró la delegación oficial de Uruguay en el marco de la primera reunión de la Conferencia Regional de la CEPAL para la Población y el Desarrollo, la cual se desarrolló en Montevideo en el mes de agosto del año 2013. En el marco de esta actividad, la Comisión prestó apoyo, durante los meses previos y durante la conferencia, al diseño y organización del evento. También apoyó la elaboración del documento de acuerdos resultante de la Conferencia (“Consenso de Montevideo”).

Desde entonces, la CSP tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento del Consenso de Montevideo (CM) y el vínculo con la CRPD. Su composición interinstitucional a nivel gubernamental, la participación de las comisiones parlamentarias de población, la participación de la sociedad civil y de la academia, hacen de la Comisión un espacio privilegiado para esta responsabilidad.

Su enclave institucional en la OPP-Presidencia de la República supone, a su vez, un lugar de reconocimiento sustantivo para la temática.

Proceso de elaboración del Informe Nacional

Actividades previas

Como fue mencionado, la Comisión Sectorial de Población participó en la conferencia donde se alcanzaron los acuerdos reflejados en el Consenso de Montevideo. Durante el año 2016, la CSP trabajó y confeccionaron los aportes presentados por Uruguay en la elaboración de los indicadores para el seguimiento del Consenso de Montevideo.

En abril de 2016, UNFPA-Uruguay organizó el Conversatorio para el seguimiento del Consenso de Montevideo. Consulta a la Sociedad Civil de Uruguay, donde participó la OPP en representación de la CSP.

En mayo de 2016, la organización Mujeres y Sociedad (MYSU) realizó su 10.^a Jornada Nacional por la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. En ese evento la CSP participó presentando el CM y la perspectiva de trabajo para el seguimiento de los acuerdos del Consenso de Montevideo.

La coalición por el seguimiento del Consenso de Montevideo, Seguí Consenso, integrado por Cotidiano Mujer, Iniciativas Sanitarias, Mujer y Salud en Uruguay, Mujeres en el horno, Ovejas Negras, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM), Colectiva Mujeres, realizó dos actividades de promoción del Consenso de Montevideo y de diálogo. Estas actividades sirvieron de plataforma para afirmar el Consenso de Montevideo como instrumento útil para la sociedad civil, desde el cual habilitar prácticas e iniciativas en el marco de sus principios rectores. En estas actividades la CSP también participó afirmando su compromiso con el Consenso de Montevideo. La primera fue en la ciudad de Salto, en litoral oeste del país, el 9 de agosto, y la otra actividad se realizó en el norte del país, en la ciudad de Rivera, en el mes de setiembre.

Proceso de elaboración

El comité ejecutivo de la CSP se reúne mensualmente y trata los temas de agenda. En esta nueva etapa, a partir del año 2016, la CSP trabajó para actualizar sus objetivos, misión y visión², enfatizando algunas áreas.

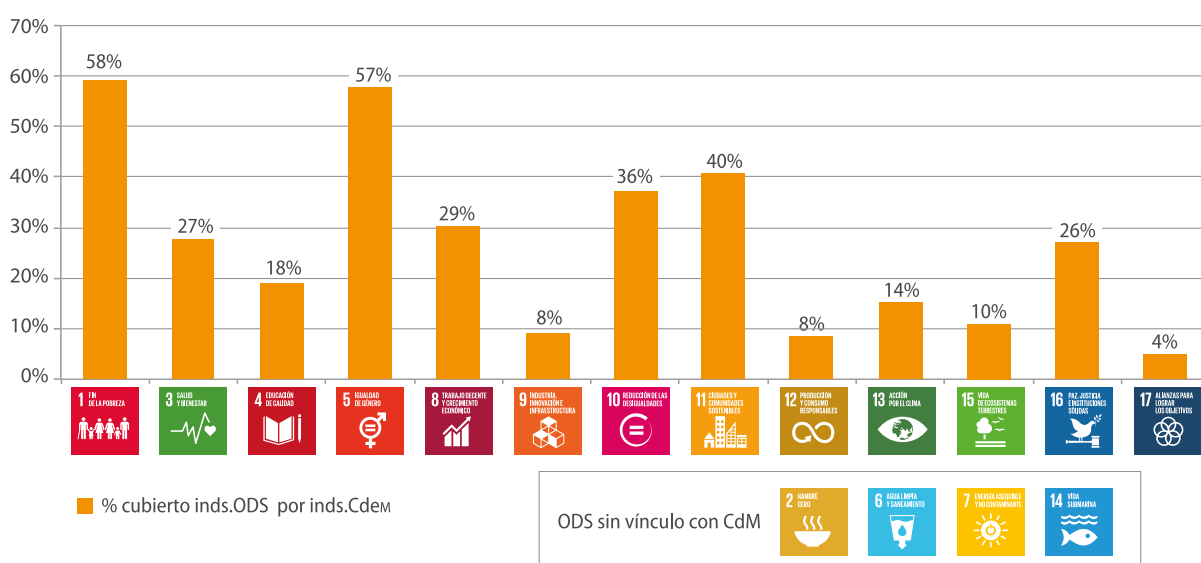
2 Ver Anexo 1.

Para el seguimiento más específico de los temas se organizan subcomisiones de trabajo. Actualmente funcionan la Subcomisión de Movilidad Humana, Registros Administrativos, Discapacidad y la Subcomisión de Seguimiento del Consenso de Montevideo.

Desde la Subcomisión de Seguimiento del CM se trabajó durante el año 2015-2016 en lo referente a la discusión de los indicadores del Consenso de Montevideo. A inicios de este año y en pos de la 3.ª Conferencia Regional de Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, la CSP le encomendó el trabajo de elaboración del Primer Informe Nacional.

El comité ejecutivo de la CSP encomendó en el mes de marzo el trabajo a la subcomisión. En la sesión del mes mayo se definieron las medidas prioritarias sobre las que se iba a informar. Cada institución propuso identificar algunas de las medidas de cada uno de los capítulos del CM. Se recogieron así más de 30 medidas para la conformación del informe. También se definieron las buenas prácticas de políticas que se presentarán durante la Mesa Ejecutiva de la CRPD.

En la subcomisión participaron activamente instituciones de gobierno, la academia y la sociedad civil organizada. En el marco de la estrategia del país de tomar la Agenda 2030 como una guía de referencia fundamental y, en virtud de que el CM comparte una importante cantidad de indicadores de ODS, se trabajó y coordinó con el equipo designado por la Presidencia de la República para el seguimiento de los ODS y la elaboración del VNR 2017.



La aprobación del informe fue dada por el Comité Ejecutivo de la CSP.

El informe implicó un esfuerzo conjunto de muchas instituciones y organizaciones que, sin duda, enriqueció el trabajo y el resultado final. La multiplicidad de miradas y responsabilidades permitió durante todo el trabajo no solo reconocer la enorme cantidad de acciones que se desarrollan, sino también reconocer un conjunto de debilidades que, de superarlas, fortalecerán el trabajo de cada uno de los participantes en el marco de sus diferentes responsabilidades.

Como todo trabajo colectivo, supuso el compromiso y la buena voluntad de muchas personas e instituciones en diferentes etapas del proceso. Sabiendo que se puede siempre quedar en deuda con todos los que aportaron al interior de cada una de las instituciones y organizaciones, queremos aquí reconocer a quienes participaron directa y activamente en la subcomisión para la elaboración final del presente informe. Para quienes se extiende un gran reconocimiento y agradecimiento, así como para sus respectivos equipos de trabajo. Y, en particular, a los integrantes de la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV - OPP) que asumieron el trabajo de armado final del informe.

Importa destacar el invaluable soporte y compromiso de los representantes de UNFPA, quienes desde el apoyo técnico de la CSP no menguaron ningún esfuerzo.

Por último, destacar el enorme aporte que significa el trabajo conjunto entre gobierno y sociedad civil. En el contexto de un compromiso absoluto y en el marco del mayor respeto, el trabajo realizado nos permite como país lograr un informe de amplios acuerdos y que por todas las partes se siente como propio. Esto es un elemento central, ya que los acuerdos que refleja el CM exigen acciones que van más allá de este gobierno y que comprometen a toda la sociedad para alcanzarlos.

PERFIL DEL PAÍS³

Uruguay es un país de alta renta per cápita y clasificado como de alto grado de desarrollo humano. El país alcanzó tempranamente altos niveles de calidad de vida, pero las fuertes desigualdades sociales y económicas profundizadas en las últimas décadas del siglo xx requirieron que el Estado retomara su cometido esencial de garante y promotor de los derechos humanos. Para asumir esa responsabilidad fue necesario crear una nueva institucionalidad, un nuevo marco normativo y una combinación de políticas públicas universales y focalizadas que permitan construir la equidad con base en el ejercicio pleno de los derechos y las decisiones conscientes de la ciudadanía.

La economía uruguaya ha logrado el período de crecimiento más largo de su historia, al acumular 14 años ininterrumpidos de aumento del producto, con una expansión promedio anual de 4,5% entre 2003 y 2016. Esta expansión vino acompañada de un crecimiento del PIB per cápita, que pasó de aproximadamente USD 5.000 en 2005 a USD 15.500 en 2015 y se estima rondará los USD 20.000 a partir de 2020. Esto ha permitido que Uruguay se ubique como la economía con mayor PIB per cápita de Latinoamérica (medido en USD corrientes).

La fortaleza institucional del país se refleja en múltiples índices internacionales, destacándose en materia de estabilidad jurídica e institucional, en los niveles de corrupción y transparencia, como se puede ver en los indicadores internacionales que se presentan a continuación.

Ranking: Uruguay en América Latina

Ranking		Uruguay en América Latina
Índice de democracia	(Economist Intelligence Unit, 2015)	# 1
Baja corrupción	(Transparencia Internacional, 2015)	# 1
Índice de prosperidad	(Legatum Institute, 2015)	# 1
Índice de estado de derecho	(World Justice Project, 2015)	# 1
Libertad de prensa	(Reporteros Sin Fronteras, 2015)	# 2
Worldwide Governance Indicators	(Banco Mundial, 2014)	# 2
Índice global de paz	(Institute for Economics & Peace, 2015)	# 3
Libertad económica	(Heritage Foundation, 2015)	# 3

En lo que respecta a la situación demográfica, Uruguay atraviesa una fase muy avanzada de la primera transición demográfica. En 1950, Uruguay era el único país de la región con una transición demográfica avanzada, es decir, que ya sus niveles de natalidad y mortalidad se habían estabilizado en valores bajos y, por tanto, el crecimiento vegetativo comenzaba también a estabilizarse y la estructura por edades de la población mostraba signos de envejecimiento. Todo esto continúa ocurriendo y acentuándose. Como consecuencia, y sumando el proceso de emigración internacional que el país sufre desde mediados los años sesenta del siglo pasado, la tasa de crecimiento demográfica es baja y la estructura por edades de la población es envejecida.

3 Fuentes: “Informe Nacional Voluntario-obs”; “Políticas de población y desarrollo para la realización plena de los derechos humanos para todas las personas”; http://www.opp.gub.uy/images/Folleto_Políticas_de_Poblacion_y_Developmento_espanol_2013.pdf; “Uruguay: visión y escenarios demográficos al 2050”; http://www.opp.gub.uy/images/3_Uruguay_vision_y_escenarios_demograficos_al_2050_.pdf; “Reporte Uruguay 2015”, MIDES-OPP; “Anuario Estadístico de Educación y Panorama 2015”, MEC.

A lo anterior se suman otros procesos; Uruguay es un país fuertemente urbanizado, y esta tendencia, además de acentuarse, se suma a la creciente concentración de su población en las zonas costeras del territorio.

Asimismo, en las últimas décadas, la emigración internacional ha provocado una disminución permanente de personas residentes en el país, mayoritariamente de jóvenes con capacidades muy necesarias para llevar adelante un proceso de desarrollo nacional (entre otras, espíritu emprendedor y capacidad para enfrentar desafíos).

Por otro lado, en los últimos veinticinco años avanzó muy rápidamente en lo que se da en llamar la “segunda transición demográfica”. Algunos elementos de esta segunda transición son: el aumento en el número de divorcios, la caída de la nupcialidad y de los nacimientos dentro de las uniones legales, los cambios en la formación y disolución de las parejas, la diversificación de los arreglos familiares y la caída de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

La esperanza de vida al nacer se estima en 80,59 años entre las mujeres y 73,8 entre los varones (año 2016). Estos valores sitúan a la población uruguaya entre los países de la región mejor posicionados en sus indicadores de mortalidad. Estas tendencias, unidas a la importancia que tuvo la emigración internacional en las pasadas décadas (entre 2000 y 2006, última oleada emigratoria, se estima que emigraron en torno a 120.000 uruguayos) en la dinámica demográfica uruguaya, se tradujeron en un bajo crecimiento de la población y en el progresivo envejecimiento de la estructura de edades.

Si bien últimamente el saldo migratorio ha pasado a ser ligeramente positivo, es esperable que el país mantenga tasas de crecimiento cercanas a cero en los próximos años dados los niveles de fecundidad (en el año 2004 se franqueó el umbral del nivel de reemplazo y la tasa global de fecundidad se situó en 1,88 en el año 2016, con tendencia al descenso).⁴

Políticas públicas en el marco de las medidas del Consenso de Montevideo

Un amplio abanico de políticas y programas, basados en los principios del Plan de Acción del Cairo y en su expresión regional, el actual Consenso de Montevideo, testimonian el compromiso de Uruguay con la agenda de población y desarrollo. Este compromiso no es nuevo, se inicia en la propia Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994. En los últimos años el gobierno nacional, junto con los movimientos sociales, ha acelerado los procesos de transformación necesarios para cumplir los acuerdos alcanzados en materia de población y desarrollo.

Los niveles de pobreza del país han disminuido de forma continua desde el año 2006, cuando representaba el 36,5% de las personas. Según método de ingreso la incidencia de la pobreza en personas es de 9,4% en el año 2016, aunque con variaciones conforme se considere por grupos de población. En particular, si bien el descenso se observa en todos los tramos etarios, es mayor en los tramos de edad más avanzada.

El descenso de la pobreza se vio acompañado por una mejora en los indicadores de distribución del ingreso. El índice de Gini pasó de 2007 a 2016 del valor 0,455 a 0,38 respectivamente.

4 Refiere a la fecundidad mínima necesaria para que una población cerrada se mantenga sin disminuir su volumen, y suele cifrarse en 2,1 hijos por mujer como promedio.

En lo que refiere al mercado de trabajo, la tasa de actividad y la tasa de empleo han crecido desde el año 2005; entonces presentaba un valor 58,5% llegando en agosto de 2017 a un valor 61,6%, según estimaciones del INE. En cuanto al desempleo, se han alcanzado mínimos históricos en los últimos años. La tasa de desempleo en el año 2006 era de 10,8% mientras que en el año 2016 la misma tenía un valor de 7,8%.

La evolución del gasto público en educación creció de un 3,2% del PBI en 2004 al 4,6% en el año 2015.⁵ En educación primaria, la cobertura educativa se mantiene constante cercana al 100%. En los últimos 15 años la repetición en primaria se redujo 5,3%.

Los datos de la educación media básica muestran que entre 2006 y 2015, 9 de cada 10 jóvenes, entre 12 y 14 años, asistió a algún establecimiento educativo. Entre 2006 y 2015 la matrícula de media básica (pública y privada) se expandió un 12,8%.

En cuanto a educación media superior, en 2015 más de 8 de cada 10 jóvenes, entre 15 y 17 años, asistieron a un centro educativo y 5 de cada 10 concurrieron a media superior o terciaria. En el mismo período, la matrícula de educación media superior (pública y privada) aumentó 14%. En 2015 egresaron 9.312 estudiantes, de los cuales el 93,7% fueron matriculados y un 6,3% egresó bajo rendición de exámenes.

El acceso de la población a los servicios de salud se ha incrementado, medido a través de los indicadores de cobertura. Hasta el año 2006 la población con atención cofinanciada por el seguro nacional de salud alcanzaba el 18,9%; a partir de la reestructura del sistema, el nuevo fondo nacional de salud (FONASA) cubría en 2016 al 73% de la población. El resto de la población puede acceder a otros servicios públicos (Hospital Policial y Hospital Militar) o bien pagar seguros privados.

Uruguay mostró avances significativos en mortalidad infantil. En 1990 la tasa de mortalidad infantil registraba 20,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en el año 2016 el registro descendió a 7,99.

El Uruguay se encuentra a la vanguardia en América Latina y el Caribe en materia de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; en los últimos años, el país ha avanzado como nunca antes en la conquista y goce efectivo de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Desde el año 2005 se aprobaron normas y se aplicaron políticas, planes y programas que reconocen estos derechos como derechos humanos sin discriminación alguna. Uruguay brinda actualmente una canasta de servicios de salud sexual y reproductiva que incluye la interrupción voluntaria del embarazo, la fertilización asistida, anticoncepción universal de calidad y gratuita, hasta la atención integral a las personas con VIH, entre otros.

Por primera vez en el año 2006 se realizó en Uruguay la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles. Esto supuso contar con una línea de base para fijar prioridades. Al ser contrastada con la segunda encuesta, del año 2013, permite reconocer la evolución de dichos factores de riesgo y el impacto de las políticas implementadas. Se destaca en particular el descenso de consumo de tabaco de 32,7% a 28,8%, observando una caída mucho más importante en la población de 15 a 24 años que pasó del 28,8% al 16,7%.

5 Mirador Educativo-Instituto Nacional de Evaluación Educativa: <http://mirador.ineed.edu.uy/gasto-publico-en-educacion-como-porcentaje-del-producto-interno-bruto-10/gasto-publico-en-educacion-como-porcentaje-del-producto-interno-bruto-32.html>

La educación sexual está presente en todos los niveles de la enseñanza formal a partir de 2006. Desde 2011 se crea un equipo interinstitucional para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo acciones conjuntas de salud, educación y desarrollo social en todo el sistema educativo formal, como parte de la formación hacia una ciudadanía plena.

Uno de los grandes avances en materia de inclusión ha sido la inclusión digital. El Plan Ceibal⁶ ha sido una política intensiva en este sentido. Pero la evolución de la conexión a internet en los hogares refleja el sostenido esfuerzo por el acceso. En el año 2006 solo el 13% de los hogares tenía acceso a internet, en el año 2016 el 83% tiene acceso, según la Encuesta Específica de Acceso y Uso de TIC (EUTIC 2016, AGESIC-INE).

El país viene atravesando una etapa histórica de crecimiento con distribución; junto con las políticas de protección social implementadas son los factores fundamentales para la mejora sostenida en los diferentes indicadores socioeconómicos. Y con ello se enfrenta a los nuevos desafíos que suponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el marco de la agenda 2030.

Algunas de estas políticas son: Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social 2005-2007 y Plan de Equidad (desde 2008); Ley de Reforma de la Salud: Sistema Nacional Integrado (N.º 18.211, 2007); Ley de Reforma Tributaria (N.º 18.083, 2007); Estrategia para la Reforma Social (2011); Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Nº 18.426, 2008); Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Nº 18.987, 2012); ley N.º 18.065, 2006 que regula el trabajo doméstico asalariado; ley N.º 18.104, 2007: promueve la igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres; ley N.º 18.246, 2008: reconoce la unión concubinaria de dos personas cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual; ley N.º 18.250, 2008: tipifica el delito de trata de personas; ley N.º 18.395, 2008: reconoce un año de trabajo por hijo/a para causal jubilatoria; ley N.º 18.441, 2008: regula la relación laboral para el trabajo rural; ley N.º 18.476, 2009: establece cuotas de participación en candidaturas electorales; ley N.º 18.561, 2009: previene y sanciona el acoso sexual; ley N.º 18.620, 2009: permite al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios; ley N.º 18.868, 2012: prohíbe la exigencia de test de no gravidez en el trabajo; Estrategia de Prevención del Embarazo Adolescente no intencional (2016).

La institucionalidad creada en los últimos años para articular y gestionar las políticas con enfoque de población y desarrollo es también numerosa y significativa. Se destacan: creación del Ministerio de Desarrollo Social (2005); Gabinete Social (2005) que establece las estrategias conjuntas en políticas sociales, define las asignaciones presupuestales vinculadas al gasto público social; Instituto Nacional de las Mujeres (2005), rector de la política de género para garantizar la igualdad de derechos y oportunidades y asegurar la participación igualitaria en el ámbito cultural, político, social y económico; Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007-2011), transversaliza el enfoque de género en el gobierno y lidera el Consejo Nacional de Género, órgano integrador con los movimientos sociales a nivel nacional; Instituto Nacional del Adulto Mayor (2009), define políticas para lograr el desarrollo pleno de las personas adultas mayores y su integración social y económica, atendiendo sus necesidades en todos los planos; Comisión Sectorial de Población (2010)⁷, asesora al Poder Ejecutivo para definir una visión de país en materia demográfica de mediano y largo plazo, y una estrategia para alcanzarla; Plan Nacional de Juventudes (2011-2015); Uruguay Crece Contigo (2012), espacio de articulación y fortalecimiento del

6 Plan Ceibal se creó en 2007 como un plan de inclusión e igualdad de oportunidades con el objetivo de apoyar con tecnología las políticas educativas uruguayas. Desde su implementación, cada niño que ingresa al sistema educativo público en todo el país accede a una computadora para su uso personal con conexión a Internet gratuita desde el centro educativo. Además, Plan Ceibal provee un conjunto de programas, recursos educativos y capacitación docente que transforma las maneras de enseñar y aprender. <http://www.ceibal.edu.uy>

7 Resolución 180-2010, de 3 de agosto de 2010, Presidencia de la República: http://www.opp.gub.uy/images/Decreto_CSP_Resolucion_180-2010.PDF

trabajo en territorio para atender las necesidades de las familias con mujeres embarazadas o con niños/as menores de cuatro años.

Los esfuerzos impulsados por el país en los últimos años permiten pensar, sin lugar a dudas, que el enfoque de población y desarrollo con una visión de derechos ha calado hondo en las estrategias para lograr una sociedad justa e inclusiva.

Uruguay presentó este año su reporte nacional voluntario (VNR-ODS) lo que significó un enorme esfuerzo de articulación institucional tanto del sector público como del de la sociedad civil. El país se embarca hacia 2030 luego de haber atravesado el ciclo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en que logró alcanzar y superar buena parte de las metas establecidas.

El Consenso de Montevideo, como expresión de los acuerdos alcanzados en la Primer Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, forma también parte de la Agenda 2030. Al mismo se lo suele reconocer como uno de los acuerdos intergubernamentales más importantes de la región en materia de población y desarrollo. Como mencionan Martínez et al.⁸: “el CM es un acuerdo relevante y pertinente. Destacado por la amplitud y riqueza de sus medidas prioritarias así como por su carácter reconocidamente visionario y progresista, que considera a la sociedad civil como activo protagonista”. Y en este sentido el compromiso de Uruguay, del gobierno y de la sociedad civil es contundente.

Los desafíos presentes y futuros tienen en la Agenda 2030 y en el Consenso de Montevideo en particular, formidables aliados para orientar las políticas en clave de inclusión y respeto a los derechos humanos con enfoque de población y desarrollo.

8 El Consenso de Montevideo y la agenda de investigación sobre población y desarrollo: algunos temas seleccionados. UNFPA- ALAP. 2016.

AVANCE DE LAS MEDIDAS PRIORITARIAS DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO, 2017

Capítulo A

Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos

> **Medida 1.** Profundizar las políticas públicas y acciones necesarias para erradicar la pobreza y romper los círculos de exclusión y desigualdad como condición para lograr el desarrollo de la región.

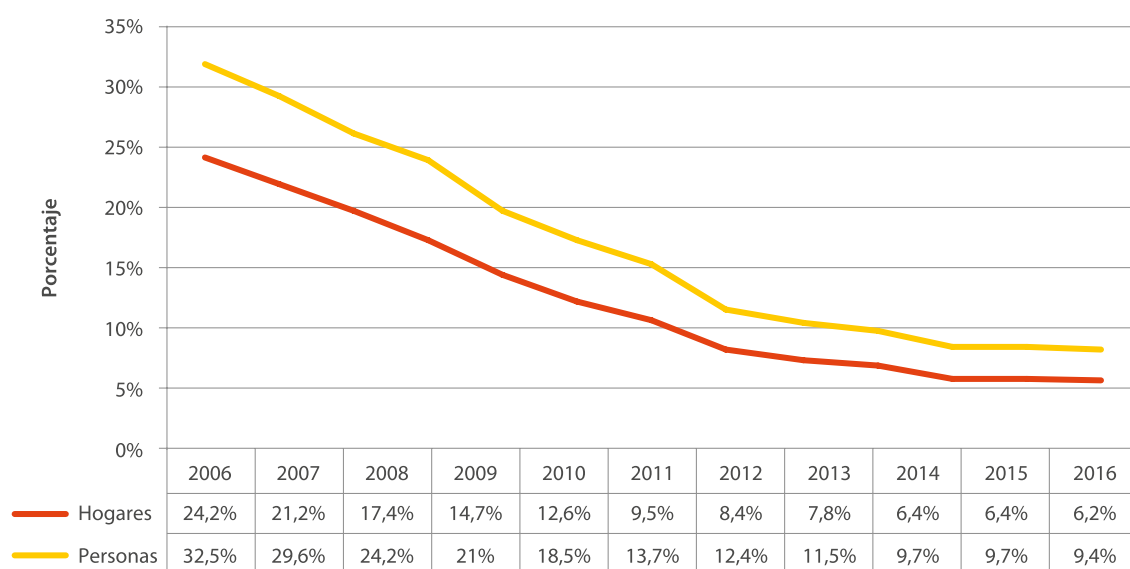
Indicadores:

- Incidencia de la pobreza y de la indigencia según el método del ingreso (línea de pobreza oficial para Uruguay)
- Incidencia de la pobreza según indicador de pobreza multidimensional (construcción del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES) con base en la metodología de CONEVAL de México)
- Cantidad de iniciativas sociales estatales orientadas al combate a la pobreza
- Evolución del gasto público social (GPS)

Desde 2006 hasta el presente, los niveles de pobreza e indigencia han disminuido de forma continua. Esta tendencia se constata incluso partiendo de diversos enfoques conceptuales y metodológicos, ya sea a través de la utilización de la línea de pobreza (LP), de necesidades básicas insatisfechas (NBI) o de métodos de medición multidimensional.

Según el método de ingresos, en 2016 la incidencia de la pobreza en personas es de 9,4%, un 71% menos que en el año 2006. El descenso en la incidencia de la pobreza, además, se vio acompañado por una disminución de su gravedad. Para el mismo período la brecha de pobreza se redujo un 81%. De modo que hay muchas menos personas en situación de pobreza y, a su vez, estas son menos pobres de lo que eran diez años antes.

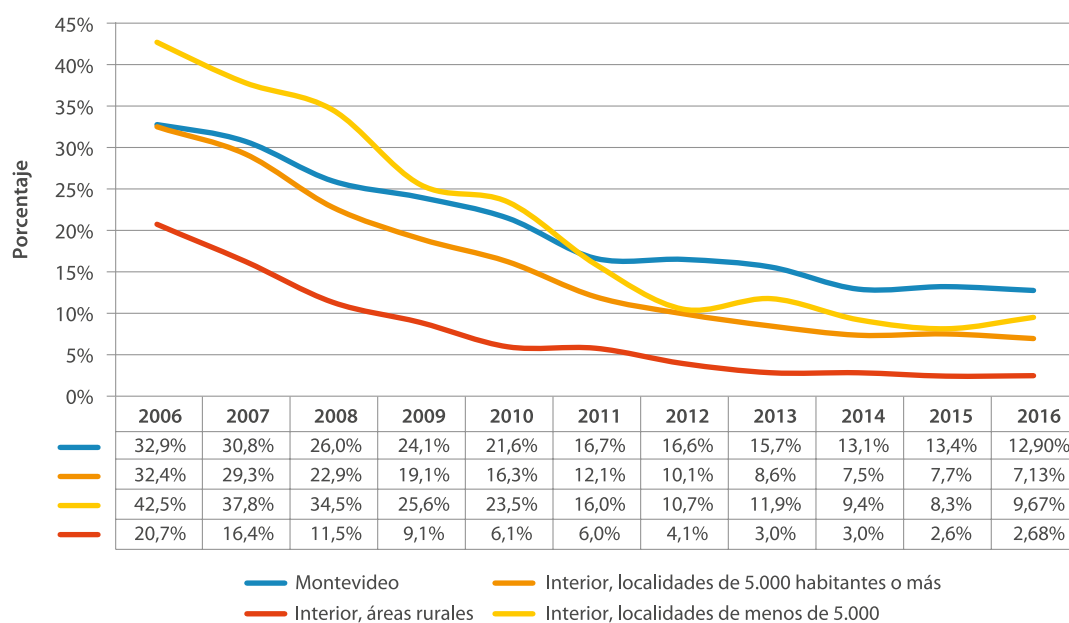
El análisis de la indigencia muestra patrones similares. Desde 2011 en adelante se observa un período de estabilidad, en el que destaca 2016 con niveles de indigencia de 0,1% en hogares y 0,2% en personas.

Gráfico 1. Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea nacional de pobreza. Años 2006-2016

Fuente: Estimación DINEM/MIDES con base en la Encuesta Continua de Hogares del INE.

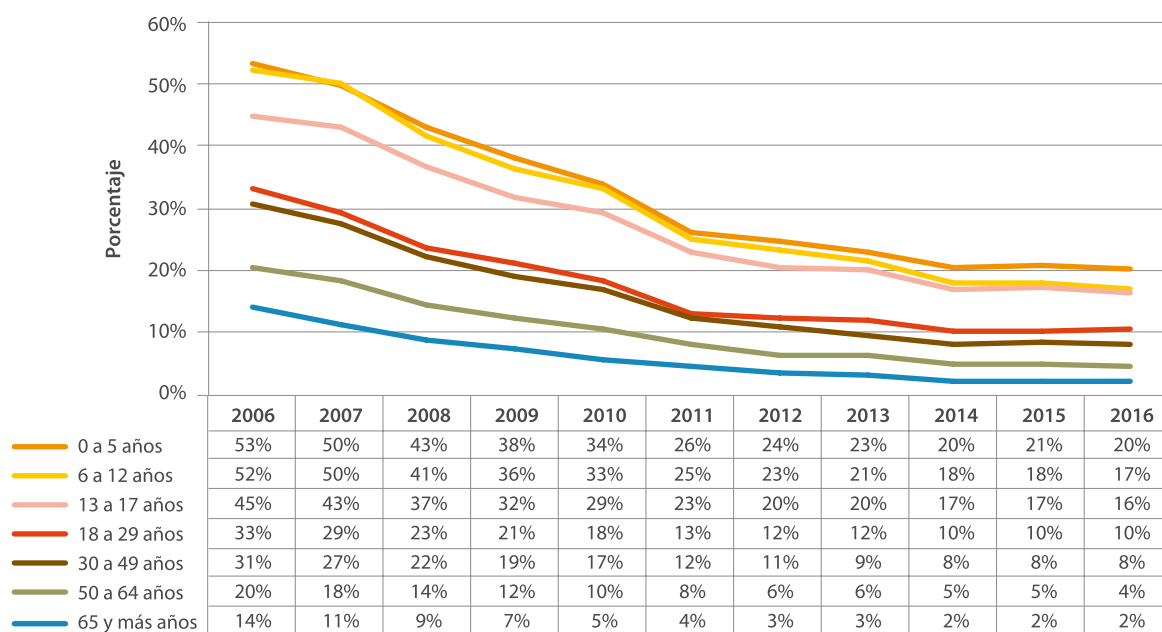
Un análisis por región, sexo y edad evidencia que, en muchos casos, el descenso de la pobreza monetaria varía en magnitud según se considere uno u otro grupo de población. La pobreza, aunque desciende en todas las regiones consideradas, muestra una evolución más favorable en las localidades del interior del país. También se registra un descenso de la pobreza monetaria en todos los tramos etarios, pero este descenso es mayor en los tramos de edad más avanzados: esto repercute en un aumento de las brechas de pobreza entre los diferentes tramos etarios en detrimento de los niños y jóvenes. No se observan diferencias en la magnitud ni en la evolución de la incidencia de la pobreza entre varones y mujeres. No obstante, este dato debe relativizarse a la luz de otros indicadores que muestran que, incluso viviendo en hogares por encima de la línea de pobreza, las mujeres alcanzan menores niveles de autonomía económica (por ejemplo, medida a partir de la generación de un ingreso propio) que los varones.

Gráfico 2. Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea nacional de pobreza según región. Total país, años 2006-2016



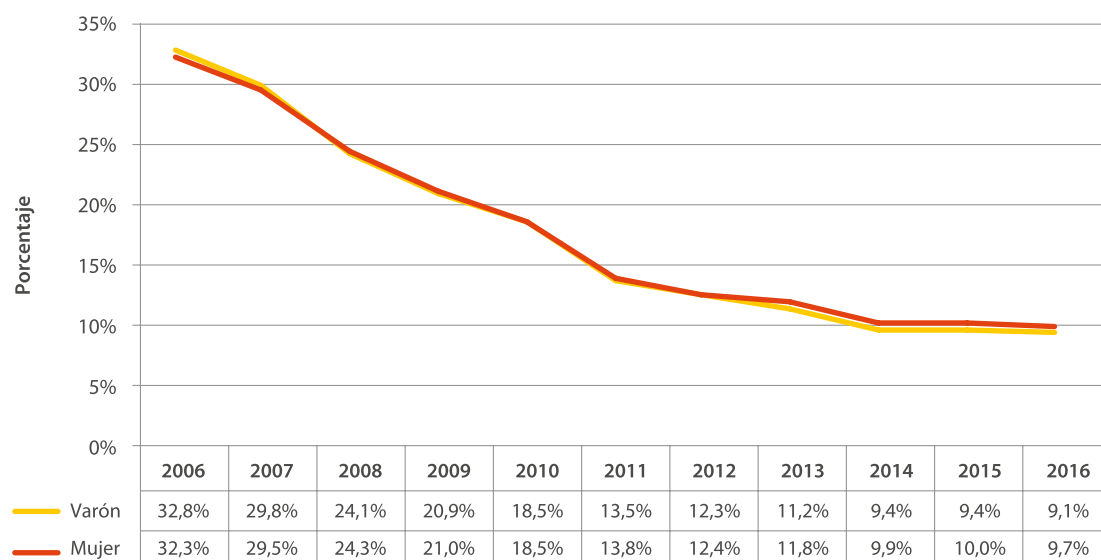
Fuente: Estimación DINEM/MIDES con base en la Encuesta Continua de Hogares del INE.

Gráfico 3. Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea nacional de pobreza según tramos de edad. Total país, años 2006-2016



Fuente: Estimación DINEM/MIDES con base en la Encuesta Continua de Hogares del INE.

Gráfico 4. Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea nacional de pobreza según sexo. Total país, años 2006-2016



Fuente: Estimación DINEM/MIDES con base en la Encuesta Continua de Hogares del INE.

Tomando como referencia la metodología de pobreza multidimensional propuesta por CONEVAL,¹ el MIDES desarrolló un indicador de pobreza multidimensional que, a partir de la combinación de la línea de pobreza monetaria (LPM)² y el índice de privación de derechos sociales (IPDS)³ califica a las personas según su tipo de vulnerabilidad:

1. Pobres multidimensionales: población bajo la línea de pobreza y con valor de 1 o superior en el índice de privación de derechos sociales.
2. Vulnerables según derechos sociales: población con ingresos superiores a la línea de pobreza y con valor de 1 o superior en el índice de privación de derechos sociales.
3. Vulnerables por ingresos: población bajo la línea de pobreza y con valor de 0 en el índice de privación de derechos sociales.
4. No pobres: población con ingresos superiores a la línea de pobreza y con valor de 0 en el índice de privación de derechos sociales.

1 CONEVAL (2009). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, México D.F.: CONEVAL.

2 Construida por el Instituto Nacional de Estadística.

3 Para la construcción el índice de privaciones de derechos sociales se consideran las dimensiones de: vivienda, educación, seguridad social y salud. Por un desarrollo de los indicadores y umbrales asociados a cada dimensión ver el documento de *Pobreza multidimensional: ejercicio de medición para Uruguay* (DINEM/MIDES, 2014).

Cuadro 1. Distribución porcentual de la población según categorías del indicador de pobreza multidimensional. Años 2006 y 2016

Carencia en derechos	Pobreza monetaria	
	No	Sí
No	No pobres 2006: 34,0% 2016: 48,5%	Vulnerados por ingresos 2006: 3,2% 2016: 0,9%
Sí	Vulnerados según derechos 2006: 34,0% 2016: 42,1%	Pobres multidimensionales 2006: 29,0% 2016: 8,6%

Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en la Encuesta Continua de Hogares del INE.

Según la medición multidimensional de pobreza, entre 2006 y 2016 se registra un aumento de las personas no pobres, que pasan del 34% al 48,5%. Dentro de las personas que se ubican en alguna situación de vulnerabilidad, disminuye la proporción de pobres multidimensionales y de pobres por ingresos y crece la proporción de vulnerables por derechos. La caída de la pobreza multidimensional y de la pobreza por ingresos se debió al incremento de los ingresos de los hogares y, por tanto, a la disminución de la pobreza en términos monetarios.

Focalizando en el índice de privación de derechos sociales, en el período 2006-2016 se observa una evolución favorable de todas las dimensiones de carencias sociales que acompañaron el descenso de la pobreza medida por ingresos. En 2006, el 38% de la población no presentaba ninguna carencia en materia de derechos sociales, un valor que mejoró considerablemente en 2016, alcanzando el 49,3%. Entre quienes presentan carencias también se destaca una disminución en la cantidad de carencias: del total de la población, las personas con una carencia pasan de 36,8% a 32,7%; con dos, de 17,5% a 12,6%; y con 3 o más, de 7,2% a 5,3%.

El descenso de la pobreza se vio acompañado por una mejora en los indicadores de distribución del ingreso. Desde 2007, el índice de Gini, descendió de forma sostenida, pasando del valor 0,455 de ese año a 0,383 en 2016.

La evolución favorable de los indicadores de pobreza y desigualdad refleja, entre otros factores, los esfuerzos del Gobierno en materia de protección social.

Algunos ejemplos de ello son: la reforma tributaria (ley N.º 18.083) que, entre otros cambios introduce el impuesto a la renta de las personas físicas (IRPF), que grava los ingresos de forma progresiva; la Reforma de la Salud (ley N.º 18.211), que crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que financia la cobertura tanto de trabajadores y trabajadoras como de su familia (hijos y cónyuges) y que se extiende también a los pasivos;⁴ la ampliación de la cobertura educativa, principalmente en las edades

4 Si bien la legislación uruguaya hace varias décadas que garantiza que todas las personas cuenten con el derecho efectivo de atender su salud, la reforma de la salud implementada por el Gobierno nacional a partir de 2007 implicó importantes logros en materia de universalidad y accesibilidad a los servicios. En diciembre de 2016, el Seguro Nacional de Salud contaba con 2.535.598 afiliados, en una población de cerca de 3,3 millones de personas.

de tres a cinco años; la puesta en funcionamiento de instrumentos no contributivos de transferencias monetarias (asignaciones familiares del Plan de Equidad, Tarjeta Uruguay Social)⁵, ampliando la cobertura de las transferencias públicas a los hogares más desfavorecidos.

A las mencionadas transformaciones, se le suma la implementación del Sistema Nacional de Cuidados, iniciada en el actual período de gobierno, con el objetivo de promover la autonomía personal, la atención y la asistencia de las personas dependientes en las distintas etapas del ciclo de vida. El sistema tiene el objetivo de procurar el desarrollo integral y el bienestar cotidiano de quienes se encuentran en situación de dependencia y necesitan la ayuda de otros para realizar actividades de la vida diaria.

La orientación general en materia de protección social estuvo dada por sucesivos planes programáticos. El Plan de Emergencia (2005), fue seguido, a partir de 2008, por el Plan de Equidad que, en un contexto social más favorable, se propuso realizar los cambios estructurales necesarios para modificar los factores que conllevan a la desigualdad y la injusticia social. En este plan se explicita el objetivo de gobierno de consolidar nuevas políticas sociales que transversalicen los enfoques de género, étnico-racial, de ciclo de vida y territorial. Estos lineamientos fueron ratificados en la Reforma Social (2011), donde se enfatizó la necesidad de avanzar en el desarrollo de una red de asistencia e integración social, que complemente el componente universal de la matriz de protección social.

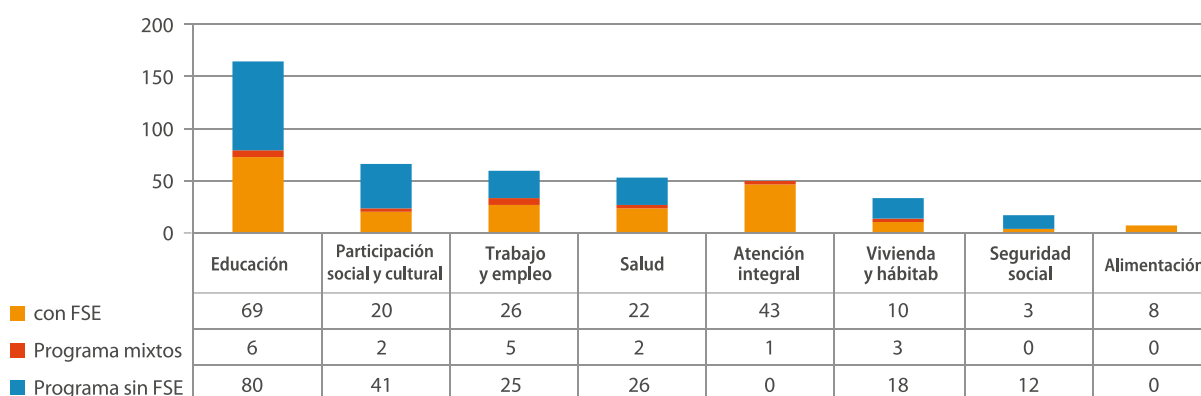
Poniendo el foco en los programas sociales mediante los que se ejecutan estos lineamientos de política, se destaca el gran dinamismo que la matriz de protección social ha registrado en los últimos años. De acuerdo a datos del último relevamiento del Repertorio de Políticas Sociales (2014), de los 330 programas sociales relevados a la fecha, 181 (55%) tuvieron origen entre 2005-2014.⁶

Los programas relevados pueden clasificarse según si se trata de programas con focalización socioeconómica (orientados específicamente a poblaciones en situación de vulnerabilidad social), programas sin focalización socioeconómica o programas mixtos (no restringen la participación de personas en situación de pobreza, pero tiene líneas específicas de atención a esta población).

5 <http://www.mides.gub.uy/55480/tarjeta-uruguay-social-tus>

6 Estos datos refieren al relevamiento realizado a nivel de organismos del gobierno central y no contempla aquellas iniciativas sociales desarrolladas a nivel de los gobiernos departamentales.

Gráfico 5. Distribución de los programas sociales según área de política y según sean o no de focalización socioeconómica (FSE)



Fuente: Elaboración de AGEV/OPP con base en relevamiento 2014 del RPS/MIDES.

Según el relevamiento, educación es la sectorial de política que incluye mayor cantidad de iniciativas, con más de 150 programas orientados a esta área. Le siguen participación social y cultura, y trabajo y empleo. A nivel global, existen 163 programas sin focalización socioeconómica, 155 con focalización de este tipo y 12 programas mixtos. Si tomamos en cuenta el corte temporal de la última época de proliferación de propuestas, mientras que para el quinquenio 2005-2009 el desarrollo de iniciativas focalizadas comprende el 46% del total de programas, para el período siguiente (2006-2014) asciende al 51%.

Considerando las características de la población objetivo de cada programa, atendiendo al ciclo de vida se destaca la mayoría relativa en programas que atienden a la juventud (147 iniciativas). Le siguen, en orden decreciente, adolescencia (115), infancia (78), primera infancia (32) y vejez (19). Además de la edad, existen otros factores relevantes para la selección de la población objetivo, dentro de los que se destacan el criterio de personas en situación de discapacidad (30 programas), programas dirigidos a mujeres (30) e iniciativas orientadas por criterios de etnia-raza (5).

Gráfico 6. Distribución de los programas según riesgos sociales priorizados



Fuente: Elaboración de AGEV/OPP con base en relevamiento 2014 del RPS/MIDES.

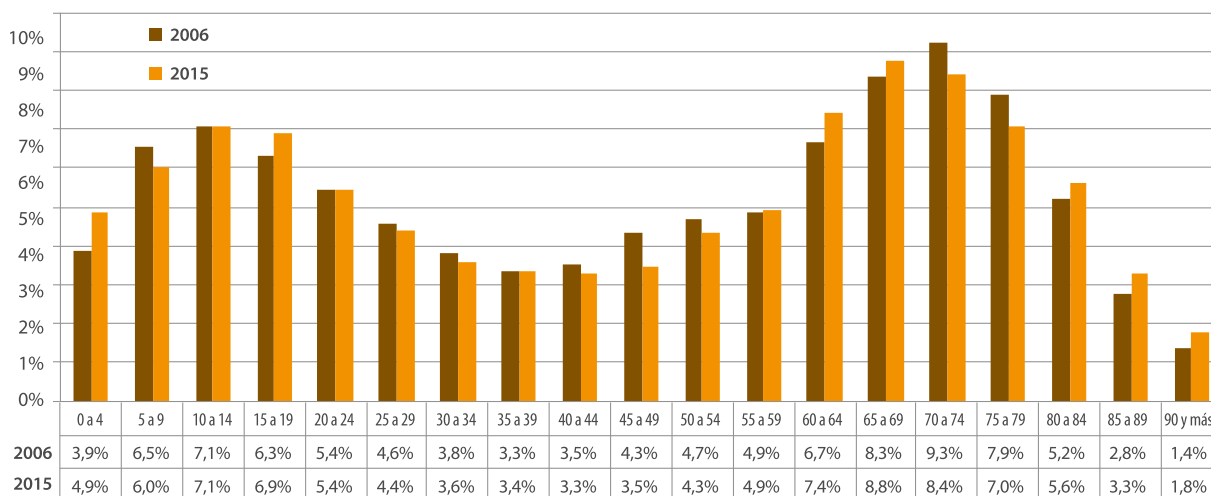
Además de la atención con base en atributos personales, la matriz de protección social contempla un conjunto de riesgos específicos, algunos de ellos clásicos y otros de reciente incorporación. El 49% (161) del total de iniciativas relevadas (330 casos) incorpora la atención de al menos uno de los riesgos considerados. Debido a que los riesgos no son excluyentes, un programa puede abordar más de uno. Desvinculación educativa, precariedad laboral y vulneración de derechos de niños/as y adolescentes son los riesgos contemplados por mayor cantidad de iniciativas.

Cabe mencionar que la cantidad de programas o iniciativas sociales concentradas en un área, orientados a determinada población o a la atención de determinado riesgo social no necesariamente refleja la magnitud de los esfuerzos estatales dirigidos a esa área, población o riesgo, sino que en muchos casos puede ser el reflejo de la multiplicidad de estrategias con las que se aborda una misma situación. Así, por ejemplo, el área de seguridad y asistencia social, aunque compuesta solo por 12 programas (de los 330 relevados), es la que se lleva la mayor proporción del gasto público social (GPS) a partir del gasto en jubilaciones y pensiones. De allí la importancia de complementar el análisis precedente con el de la evolución y distribución del GPS.

La prioridad macroeconómica del GPS presenta una tendencia creciente en la década de los 90 (pasando del 15% al 20% entre principios y finales de la década) y comienza a mostrar un retroceso en los años siguientes a la crisis financiera de 2002. Esta tendencia se revierte a partir de 2006, registrándose un aumento constante de la prioridad macroeconómica que pasa del 20 al 25% entre 2006 y 2015. El análisis de este último período evidencia que, en diez años, el GPS se ha multiplicado por 2,3 en términos reales, lo cual refleja un crecimiento real anual promedio de 6%.

El GPS se compone del gasto en seguridad y asistencia social, educación, salud, vivienda y gasto no convencional. El gasto en seguridad y asistencia social es el principal componente del gasto público, representando en 2015 el 51% del GPS total, le siguen salud y educación con un 24,4 y 17,7% respectivamente. En cuanto a la distribución del gasto entre los diferentes tramos etarios, en términos agregados, en 2015 los niños (0 a 17) se apropian del 22,4% del gasto y los adultos mayores (65 y más años) del 34,9%.

Gráfico 7. Distribución del GPS según edades quinquenales. 2006-2015



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en datos del MEF/MIDES/OPP.

➤ **Medida 3.** Establecer y fortalecer la institucionalidad pública encargada de los temas de población y desarrollo, a escala nacional y subnacional, y asegurar su integralidad y sostenibilidad, con la participación activa de otros actores no gubernamentales.

Indicadores:

1. Existencia de un punto focal sobre temas de población y desarrollo antes de la Tercera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe.
2. Existencia de una institución pública encargada de la coordinación de los temas de población y desarrollo que actúe como contraparte del país ante la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe antes de la Tercera Reunión de la Conferencia Regional.
3. Existencia de un mecanismo de amplia participación en el que estén incluidos actores no gubernamentales.

La Comisión Sectorial de Población de Uruguay (CSP) se creó en el año 2010. Constituye un ámbito específico gubernamental que tiene como objetivo específico la transversalización de los asuntos demográficos y poblacionales en las políticas públicas. A partir del año 2013 se le encomendó el seguimiento del Consenso de Montevideo. La CSP está integrada por instituciones del Poder Ejecutivo en su reunión mensual del Comité Ejecutivo, y bianualmente sesiona en un plenario con la participación de más instituciones públicas y de organizaciones de la sociedad civil. En las comisiones de trabajo se analizan los asuntos priorizados y allí también la participación es tanto de organismos públicos como de la sociedad civil. En particular, la subcomisión de seguimiento del Consenso de Montevideo. La CSP elaboró una lista de avances normativos e institucionales que dan cuenta del fortalecimiento en materia de población y desarrollo.⁷

⁷ Ver Anexo 2.

Capítulo B

Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

➤ **Medida 7.** Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones y el acceso a la salud, la educación y la protección social.

Indicadores:

1. Incidencia de la pobreza según tramos de edad según el método del ingreso (línea de pobreza oficial para Uruguay) y según indicador de pobreza multidimensional (construcción del MIDES de Uruguay con base en la metodología de CONEVAL de México).
2. Gasto público social orientado a infancia y juventud.
3. Oferta pública social orientada a infancia, adolescencia y juventud.
4. ODS indicador 16.b.1 Proporción de la población que declara haberse sentido personalmente víctima de discriminación o acoso, en los 12 meses, anteriores por motivos de discriminación prohibidos por el derecho internacional de los derechos humanos.

Tal como se estableció en el reporte de los avances en relación a la Medida 1, la incidencia de la pobreza monetaria es mayor entre las personas de menor edad. En términos agregados, mientras que para el total de la población la incidencia de la pobreza es del 9,4%, esta cifra es de 17,6% entre los niños y adolescentes (de 0 a 17 años) y de 10,4% entre los jóvenes (18 a 29 años).

La expansión de la pobreza entre niños, niñas y adolescentes presenta variaciones según la ascendencia étnico-racial, siendo los niños y jóvenes afrodescendientes quienes se ven más afectados por el fenómeno. Entre la población afro, la pobreza asciende al 27,7% entre los niños y a 19,9% entre los jóvenes, cifras superiores a las registradas entre la población no afro (15,9 y 9,2 respectivamente).

Complementariamente al análisis de la pobreza monetaria, la lectura del indicador de pobreza multidimensional¹ según tramos de edad, revela que la población joven (de entre 18 y 29 años) es la que presenta mayores niveles de vulneración en materia de derechos: el 63,1% de los jóvenes presenta al menos una carencia en derechos, entre estos, el 53,9% solo presenta carencias en derechos y el 10,1% presenta además carencias a nivel de ingresos.

1 En el apartado anterior se detallan los criterios de construcción de este indicador.

Cuadro 1. Distribución porcentual de la población según categorías del indicador de pobreza multidimensional, según tramos de edad. Años 2006 y 2016

	0 a 17	18 a 29	30 a 64	65 y más
Pobres multidimensionales	15,2	10,1	6,2	1,6
Vulnerables según derechos sociales	36,0	53,9	43,2	35,2
Vulnerables por ingresos	2,4	0,3	0,3	0,4
No pobres	46,4	35,7	50,2	62,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en la Encuesta Continua de Hogares del INE.

Complementariamente a los indicadores de pobreza, cabe señalar la necesidad de generar indicadores específicos que permitan dar cuenta de situaciones de vulnerabilidad en la infancia, ejemplo de ello es la prevalencia del retraso en el crecimiento (estatura para la edad, desviación típica <-2) en niños de 0 a 36 meses (0 a 3 años), que para el caso Uruguayo es de 4,7% en 2013 (Encuesta nacional de desarrollo infantil).

En términos de inversión pública en infancia y juventud, el 22% del GPS se concentra en infancia y adolescencia (0 a 17 años) y el 12% en juventud (18 a 29 años). El gasto en estas edades se explica fundamentalmente por el gasto en educación. Como contracara el gasto en seguridad y asistencia social tiene una fuerte concentración en la población mayor (de 65 y más años). El gasto en salud, vivienda, agua y saneamiento y no convencional, presenta una distribución más equitativa en términos etarios, aunque particularmente en el caso del gasto en salud se observa una disminución del gasto promedio per cápita entre los 18 años y los 20 años, fenómeno probablemente vinculado a la pérdida de los derechos del seguro de salud (FONASA) entre los hijos de trabajadores formales que llegan a la mayoría de edad.

A nivel de la oferta programática dirigida a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, tal como se detalló en el reporte de avances en relación a la Medida 1, de los 330 programas sociales nacionales relevados por el Repertorio de Políticas Sociales en 2014, 147 se orientan a jóvenes, 115 a adolescencia, 78 a infancia y 32 a primera infancia. Tal como se advirtió previamente, el vasto número de programas orientados a algunas de estas categorías de edad da la pauta de la diversificación de estrategias con las que se abordan los riesgos sociales asociados a estas etapas, aunque no necesariamente refleja el nivel de cobertura alcanzado ni la inversión económica realizada. A continuación se detallan algunos de los principales programas sociales orientados a estos grupos.

En los últimos dos períodos de gobierno se definieron políticas de protección social focalizadas a través de programas señalados como prioritarios (que atienden primera infancia, jóvenes y familias con vulnerabilidad social). Fueron evaluados y actualmente siguen en funcionamiento como “programas de proximidad” del Ministerio de Desarrollo Social. A continuación se presenta información sobre Uruguay Crece Contigo, Jóvenes en Red y Cercanías.

Cuadro 2. Programas de proximidad del Ministerio de Desarrollo Social.

Programa	Objetivos	Población asistida	Modelo de intervención	Metas
Uruguay Crece Contigo	Contribuir a la construcción de un sistema de protección integral a la primera infancia que promueva, fortalezca y articule respuestas integrales que garanticen a todas las mujeres embarazadas, los niños y las niñas el pleno ejercicio de todos sus derechos	Población asistida en el Programa de Acompañamiento Familiar set. 2012 - dic. 2016: 23.795 beneficiarios directos y 36.074 beneficiarios indirectos en todo el territorio nacional. En total se acompañaron 12.643 hogares donde viven 17.663 niños y niñas y 6.132 mujeres embarazadas. Protección integral a la primera infancia 158.400 "Sets de bienvenida" en todas las maternidades públicas y privadas del país y 1.500 cajas cunas de emergencia entregados a diciembre 2016	Acompañamiento familiar y trabajo de cercanía, acciones socioeducativas-sanitarias universales (6 a 9 meses)	METAS 2020 Población asistida en el Programa de Acompañamiento Familiar: 35.300 mujeres embarazadas y/o niños menores de cuatro años con riesgo sanitario y/o biológico acompañados. Protección integral a la primera infancia: 235.000 "Sets de bienvenida" entregados en todas las maternidades públicas y privadas del país y 2.200 familias reciben caja cuna de emergencia.
CERCANÍAS	Se propone mejorar la eficiencia de las acciones del Estado considerando a la familia como unidad de intervención	15.685 personas	Trabajo de proximidad con los miembros del grupo familiar: acompañando procesos, urgencias y necesidades. Encuentros semanales y de proximidad, preferentemente en el ámbito en el que se desarrolla la vida cotidiana. (18 meses)	80% de las familias logra total o parcialmente el 70% de las metas trabajadas (educación, salud, trabajo, cuidados, etc.)
Jóvenes en Red	Promover el ejercicio de derechos de jóvenes desvinculados del sistema educativo y del mercado formal de empleo con un abordaje integral, territorial y en comunidad	6.249 jóvenes	Acompañamiento de los jóvenes para el acceso a derechos. Beneficios económicos (18 meses)	49,8% inserción educativa; 30,1% inserción laboral

Asimismo, se destaca el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, cuyo objetivo principal es mejorar y aumentar la oferta de servicios de cuidados, tanto públicos como privados, en todo el país. De esta manera busca alivianar la carga de cuidados de las familias, especialmente de las mujeres, para promover la corresponsabilidad entre varones y mujeres. En su componente primera infancia, la meta para el período 2015-2020 es aumentar la cobertura de atención, incorporando **28.000 nuevos cupos para niños y niñas** a los servicios de educación y cuidados de 0 a 3 años. A setiembre de 2017, se han incorporado 9.540 niños y niñas llegando a un 34% de la meta propuesta para 2020.²

También se destaca dentro de las iniciativas orientadas a infancia y juventud la amplia oferta programática del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). A continuación se presenta un cuadro con el listado de los principales programas de la institución y su cobertura.

Cuadro 3. Población atendida por INAU, por tramos de edad, según modalidad de atención y sexo. Año 2016³

Modalidades de atención	Tramos de edad					Total general
Sexo	0 - 3	4 - 5	6 - 12	13 - 17	18 y más	
Atención en la Comunidad	3.308	1.918	7.021	5.730	854	18.831
Niñas	1.588	917	3.354	2.832	425	9.116
Varones	1.720	1.001	3.667	2.898	429	9.715
Atención Integral de Tiempo Parcial	73.666	9.755	15.780	9.190	528	108.919
Niñas	36.015	4.829	7.517	4.008	254	52.623
Varones	37.651	4.926	8.263	5.182	274	56.296
Alternativa Familiar	367	271	920	546	56	2.160
Niñas	171	120	459	305	36	1.091
Varones	196	151	461	241	20	1.069
Atención Integral de Tiempo Completo	902	365	1.811	3.202	771	7.051
Niñas	416	166	849	1.467	350	3.248
Varones	486	199	962	1.735	421	3.803
Total General	78.243	12.309	25.532	18.668	2.209	136.961

Fuente: Sistema de Información sobre Primera Infancia de INAU.

En cuanto a los temas de discriminación, si bien se han desplegado importantes esfuerzos, tanto desde el punto de vista normativo como en las políticas impulsadas por el Estado, y una activa agenda de la sociedad civil en los temas de no discriminación, resta avanzar en los sistemas de relevamiento de datos para identificar la proporción de población que declara haberse sentido víctima de discriminación.

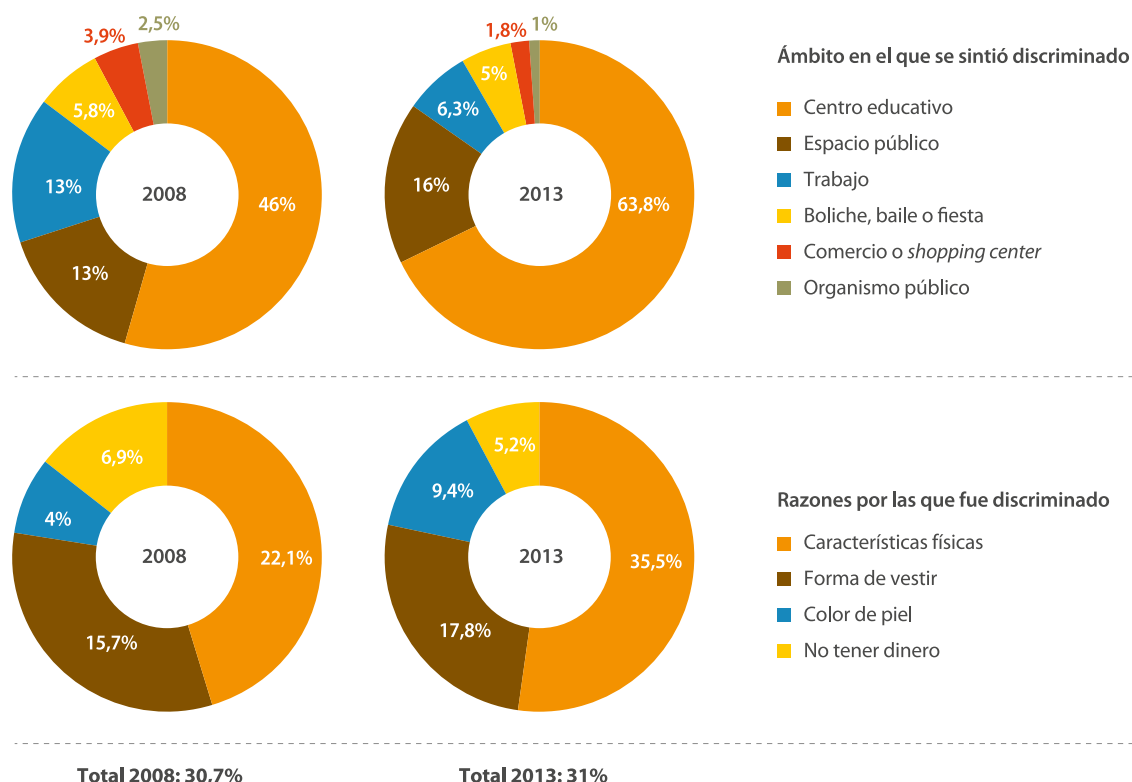
Los mecanismos existentes no contemplan además a poblaciones con vulnerabilidades específicas. Este es un desafío importante, según fuera destacado en el proceso de consulta vinculado al ods 16.

² Ver Anexo 3. Políticas Públicas para la infancia en Uruguay.

³ En este cuadro se refleja el total de prestaciones que brinda INAU, es decir que existen niños y niñas que se vincularon a más de una modalidad de atención durante el año 2016.

La Encuesta Nacional de Adolescentes y Jóvenes (ENAJ), realizada en dos oportunidades (2008 y 2013), permite acercarse al fenómeno, aunque solo en lo relativo a la población adolescente y joven (12 a 29 años).

Gráfico 1. Principales motivos por los que se sintieron discriminados los jóvenes y adolescentes



Fuente: ENAJ 2008 y 2013.

Como es posible apreciar a partir de los datos precedentes, en términos generales, los adolescentes y jóvenes uruguayos mostraron niveles similares de discriminación en 2008 y 2013 (30,7% y 31%, respectivamente).

Adicionalmente, declararon sentirse discriminados principalmente en el ámbito educativo, tanto en 2008 como en 2013, teniendo en este último año mayor nivel de incidencia. En segundo lugar, hubo un incremento en las percepciones de discriminación a raíz de las características físicas, la principal razón de discriminación que identifican los encuestados. Finalmente, en ambas ediciones de la encuesta, el ámbito en el que existió menor percepción de discriminación fue en los organismos públicos, además de mostrar un descenso entre las dos mediciones.

La lucha contra la discriminación y racismo es una prioridad del país. No obstante, y aunque existen importantes avances institucionales en ese sentido, algunos de los datos de la encuesta de la ENAJ dan cuenta de la importancia de intensificar los esfuerzos que se están haciendo desde la perspectiva de género y generaciones, así como en la atención a otros grupos específicos (población afrodescendiente, LGBTI, inmigrantes, entre otros),⁴ se encuentra información sobre el marco normativo y políticas públicas que Uruguay viene desarrollando en esta temática.

4 Ver anexo 4.

> Medida 8. Mecanismos de participación de los adolescentes y jóvenes

Garantizar asimismo la existencia de mecanismos de participación efectiva de adolescentes y jóvenes en el debate público, en la toma de decisiones y en todas las etapas de las políticas y programas, en particular en aquellas que les atañen directamente, sin ningún tipo de discriminación, fortaleciendo los mecanismos institucionales de juventud.

Indicador:

1. ODS indicador 16.7.1: Proporciones de posiciones (por grupo de edad, sexo, personas con discapacidad y grupos de población) en las instituciones públicas (asambleas legislativas nacionales y locales, administración pública, Poder Judicial), en comparación con las distribuciones nacionales.

Cuadro 4. Posiciones legislativas por grupos de edad y sexo

Cámara Representantes (99)				
	25-35 ¹	36-64	65 Y +	Total
Hombres	5	62	11	78
Mujeres	3	16	2	21
Total	8	78	13	99

Cámara Senadores (31)				
	30-35 ²	36-64	65 Y +	Total
Hombres	0	19	3	22
Mujeres	0	6	3	9
Total	0	25	6	31

¹ La edad mínima para poder ser electo Representante Nacional es 25 años

² La edad mínima para poder ser electo Senador Nacional es 25 años

Fuente: Programa de Estudios Parlamentarios. Departamento de Ciencia Política.
Facultad de Ciencias Sociales- UDELAR. <https://parlamentosite.wordpress.com/>

Mecanismos institucionales y normativos que prevén la participación de jóvenes en la toma de decisiones

Desde el INJU, en la órbita del MIDES, se fomenta la participación juvenil en la generación de insumos para la elaboración de las políticas públicas desarrolladas por el organismo. A continuación se detallan las iniciativas en las que el INJU promueve o promovió esta participación.

El Plan Nacional de Juventudes (2011-2015), enmarcado dentro los lineamientos programáticos de gobierno, así como de los acuerdos técnicos y políticos alcanzados en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales y el Gabinete Social, se confeccionó tras un proceso de discusión, elaboración y diseño que involucró a organismos públicos, organizaciones juveniles y jóvenes de todo el país. En esta instancia se consultó a 2.300 jóvenes de más de 130 localidades.

Dando continuidad al camino trazado, también se promovió la participación de los jóvenes en el Plan de Acción de Juventudes (2015-2025). En el año 2013 el INJU desarrolló una consulta nacional que buscó aportar a la construcción de un nuevo plan como hoja de ruta en lo que refiere a la política de juventud.

En este caso se realizaron 12 diálogos iniciales de los cuales cuatro convocaron a organizaciones sociales juveniles, cuatro a juventudes de los partidos políticos con representación parlamentaria y cuatro a organizaciones no gubernamentales que trabajan con población objetivo adolescente y joven. La consulta tomó carácter nacional a través de la realización de 32 talleres territoriales.

Se destaca dentro de las actividades del proceso de confección de este plan, ¡Juy! - Conferencia Nacional de Juventudes, que dio cierre al proceso de consulta territorial en un ámbito de encuentro y convivencia con más de 2.000 jóvenes de todo el país.

En el marco del Plan Nacional de Juventudes se crea el programa IMPULSA y las mesas departamentales de jóvenes. IMPULSA es un programa de atención e información a la juventud que asesora, capacita y apoya la participación política y social para la defensa de los derechos de las personas jóvenes. El programa funciona en los 18 departamentos del interior del país. Las mesas departamentales de jóvenes se conciben como un espacio de participación colectiva en el que se encuentran distintos jóvenes de la localidad y se abordan los intereses y problemáticas que los afectan. Se espera que desde este espacio de participación se encuentren respuestas a esas problemáticas a través de la realización de actividades, el impulso de iniciativas y el diálogo con diferentes actores institucionales y de la sociedad civil. A partir del año 2015 se da impulso al Consejo Nacional de Jóvenes, que participa en dichas mesas. Actualmente funcionan en 16 de los 19 departamentos.

Otra actividad organizada por el INJU que involucró la participación juvenil fue +Democracia, un espacio de reflexión acerca de los alcances de la democracia, su calidad, los espacios de participación y representación disponibles y, fundamentalmente, el papel de los ciudadanos y ciudadanas en la vida democrática. Fueron varios meses de debates, lectura de artículos, construcción de documentos y productos en diversos formatos y participación en el sentido más pleno del término. En esta línea, se alcanzó la participación de más de 500 jóvenes a través de espacios de construcción colectiva que habilitaron a que la discusión sobre la democracia esté presente en muchos puntos del país y asociada tanto a la vida cotidiana como a las utopías de los y las participantes.

También se destaca el Congreso Nacional “Desempolvando un derecho: adolescentes y jóvenes discutiendo la salud” (desde 2015), un espacio de participación especialmente pensado para adolescentes y jóvenes a partir de sus miradas, sus demandas y sus inquietudes. Está diseñado atendiendo sus intereses, tanto en los temas que se trabajan como en las propuestas de orientación a la política pública que se proponen. Las temáticas abordadas incluyen: discapacidad, consumo de sustancias, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud integral y relaciones intergeneracionales, diversidad sexual, violencia, discriminación, medioambiente y salud, entre otras.

> Medida 9. Invertir en la juventud a través de políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso, especialmente en la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad, para lograr que sea una etapa de vida plena y satisfactoria, que le permita construirse a sí misma como persona autónoma, responsable y solidaria, capaz de enfrentar creativamente los retos del siglo XXI.

Indicadores:

1. ODS indicador 4.1.1: Proporción de niños, niñas y adolescentes: a) en los grados 2/3; b) al final de la enseñanza primaria; y c) al final de la enseñanza secundaria inferior, que han alcanzado al menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas, desglosada por sexo (y por sector público y privado).

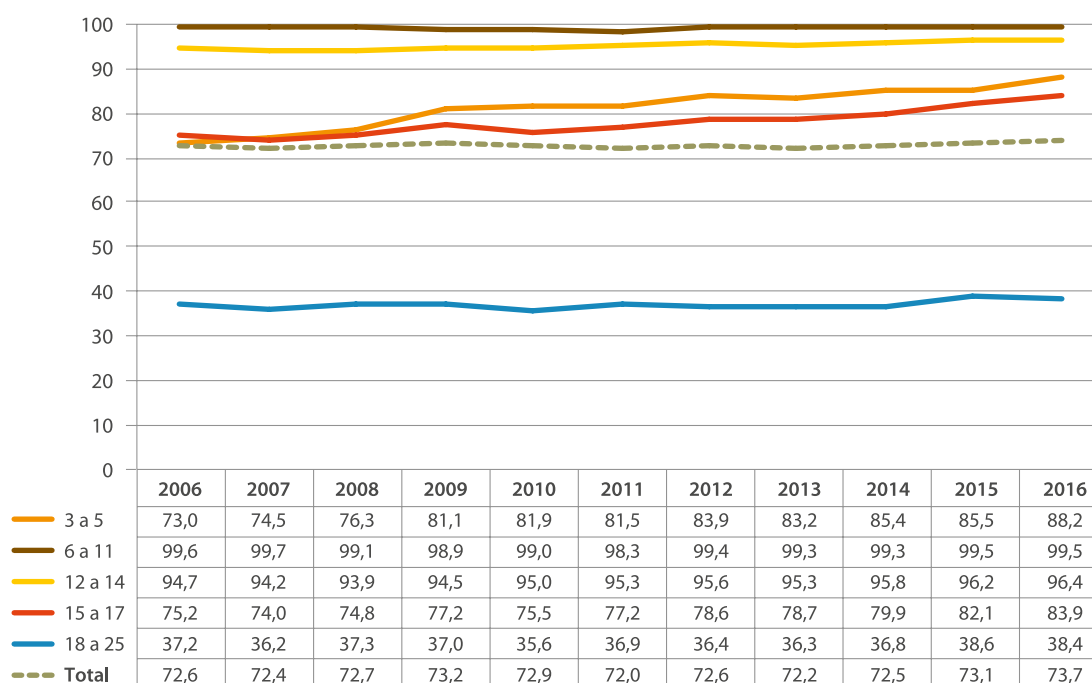
2. Tasas de asistencia a la educación formal, por edad, sexo, quintiles, región y discapacidad.
3. Tasas de egreso de la educación formal, por edad, sexo, quintiles y región.
4. Distribución de los estudiantes de 15 años de educación media según nivel logrado en las pruebas PISA.
5. Gasto en educación por estudiante para el sistema público.
6. Distribución del financiamiento de la educación según origen público o privado.

Acceso

Ley General de Educación N.º 18.437 establece el principio de obligatoriedad de la educación desde el nivel inicial (a partir de los 4 años) hasta la educación media superior, con una edad teórica de finalización de 17 años.

Para las edades de seis a 11 años, correspondientes al ciclo primario, la asistencia al sistema educativo es universal. La asistencia también es universal a los cinco años, y viene creciendo para las edades previas. En 2016, la asistencia supera el 90% entre los niños de cuatro años (con un crecimiento del 22% respecto a lo registrado en 2006) y el 70% a los tres años, con un crecimiento de 58% en el mismo período. Los niveles de asistencia también son elevados entre los adolescentes en edad teórica de asistir a educación media básica (12 a 14 años), entre quienes la cobertura educativa supera el 95%. Es en las edades teóricas de asistencia a educación media superior (15 a 17), donde se registran los menores niveles de asistencia (83,9% en 2016), y unas tasas de crecimiento más enlentecidas que las registradas para las edades preescolares.

Gráfico 2. Porcentaje de personas que asisten a educación formal según tramos de edad. 2006-2016

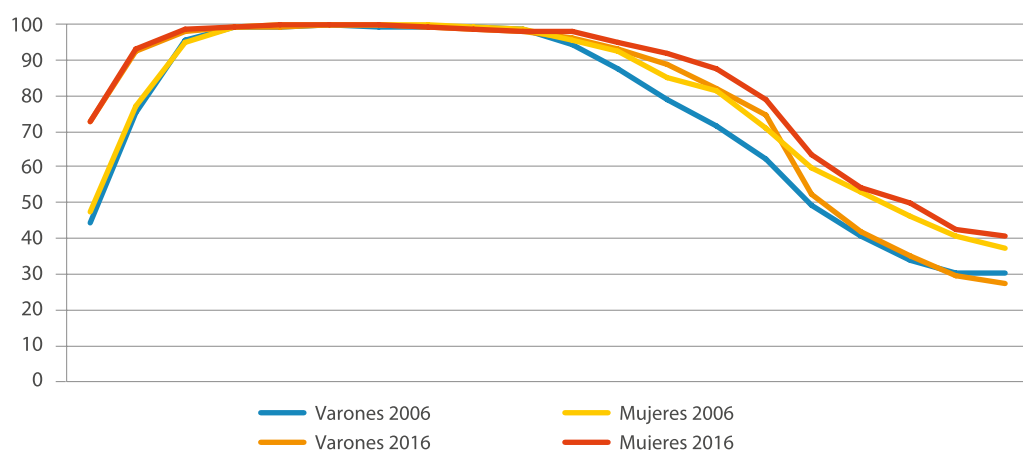


Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en la ECH/INE.

Las diferencias entre varones y mujeres en el acceso a la educación dan cuenta de una brecha a favor de las mujeres. Estas diferencias comienzan a observarse a partir de los 14 años y presentan una tendencia creciente a partir de esa edad. En la comparación 2006-2016 se observa una tendencia a la disminución

de la brecha en las edades correspondientes a educación media y un aumento de la misma en las edades correspondientes a educación terciaria (18 y más), producto de la mayor tendencia a la permanencia en el sistema educativo entre las mujeres.

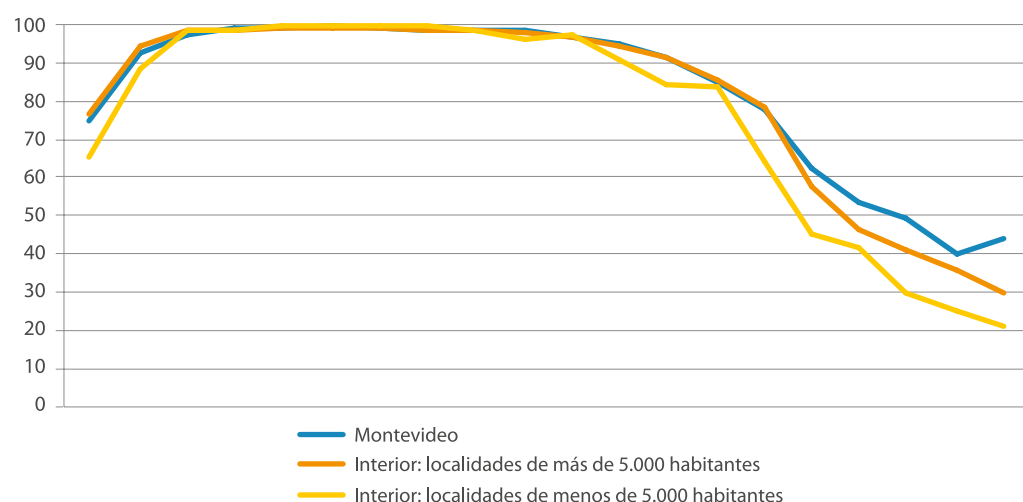
Gráfico 3. Porcentaje de personas que asisten al sistema educativo según sexo por edades simples. 2006 y 2016



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en la ECH/INE.

Respecto a las diferencias territoriales, en 2016 el acceso a la educación inicial fue más bajo en las localidades pequeñas y áreas rurales del interior del país que en el resto del interior y Montevideo, lo cual puede deberse a las dificultades para proveer servicios de educación inicial en áreas rurales. Similar situación se observa a partir de los 14 años. La brecha entre Montevideo y las pequeñas localidades y el medio rural del interior se reduce en comparación con 2006, tanto en el nivel inicial como a partir de los 14 años de edad. La reducción de esta brecha da cuenta de la tendencia de expansión matricular en las localidades pequeñas y lo que no ocurrió en Montevideo.

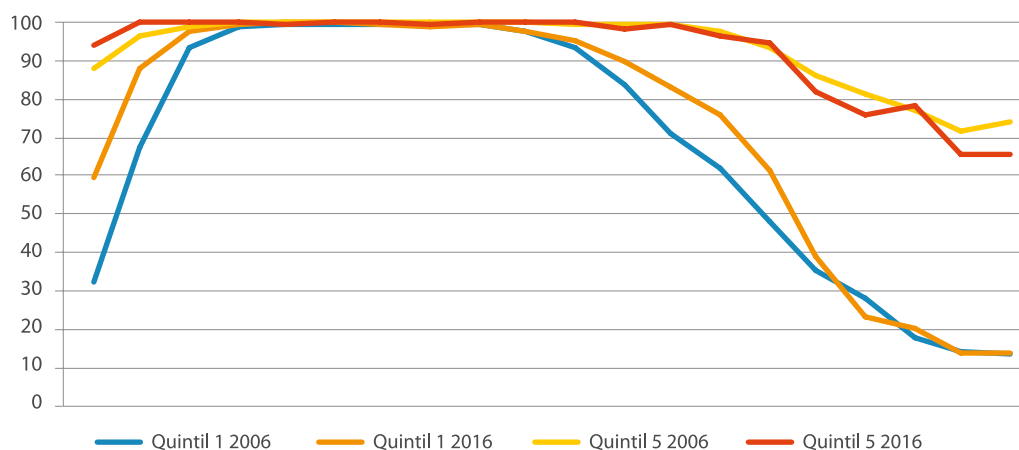
Gráfico 4. Porcentaje de personas que asisten al sistema educativo según región por edades simples. 2006 y 2016



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en la ECH/INE. En el Gráfico: 5.000/hab.

Al considerar el acceso por quintiles de ingreso, en educación inicial las diferencias son muy relevantes a los tres años, pero se reducen de forma importante a los cuatro. A partir de los 13 años, se registra una tendencia creciente al aumento de la brecha a favor de los jóvenes del quintil 5 a medida que se avanza en la edad. A modo de ejemplo, en 2016 en la edad 17 años el 95% de los adolescentes pertenecientes a los hogares de mayores ingresos (quintil 5) accede al sistema educativo obligatorio frente al 62% de los pertenecientes a los hogares de menores ingresos (quintil 1). No obstante, la brecha entre el quintil 1 y el quintil 5 ha disminuido entre 2006 y 2013-2015. Esta disminución ha sido más relevante en las edades correspondientes al ciclo de educación inicial.

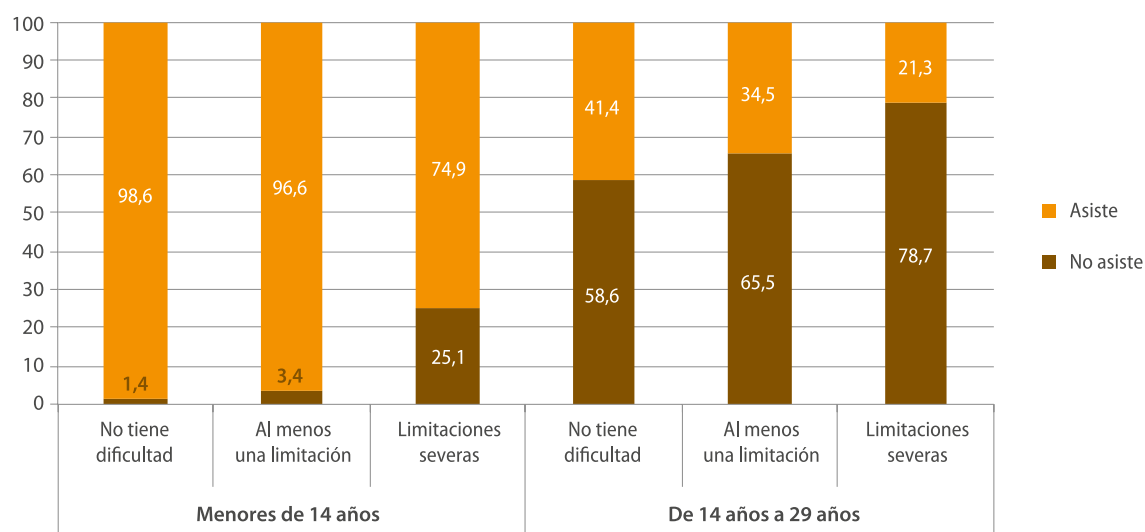
Gráfico 5. Porcentaje de personas que asisten al sistema educativo según quintiles de ingreso per cápita del hogar por edades simples. 2006 y 2016



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en la ECH/INE.

Aunque no se cuenta con datos actualizados, según registros del Censo de Población realizado en 2011 por el INE, las tasas de asistencia al sistema educativo también presentan variaciones entre las personas con y sin limitaciones. En siguiente gráfico es posible observar que para los tramos de edad considerados (seis a 14 y 14 a 29 años), la asistencia a un centro educativo es menor entre los niños y jóvenes que presentan alguna limitación (para ver, oír, caminar o entender) respecto a sus pares sin limitaciones. Las diferencias aumentan si consideramos a los niños y jóvenes con limitaciones severas. En términos relativos las brechas de asistencia aumentan a medida que se avanza en el tramo etario.

Gráfico 6. Distribución porcentual de la población de 14 a 29 años según asistencia a algún centro educativo por presencia de limitaciones.

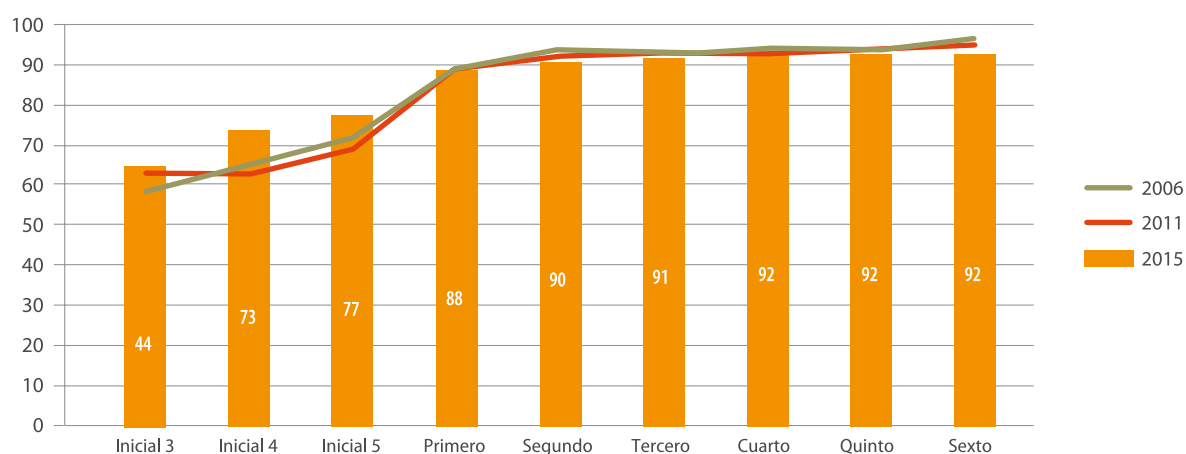


Fuente: Elaboración PRONADIS/MIDES según Censo 2011.

Resultados

El alto acceso en los niveles inicial y primario contrasta con una importante proporción de niños que no alcanzan niveles de asistencia suficiente (141 días o más de concurrencia a clase en el año): más de un tercio de los niños matriculados en el nivel 3 de inicial (36%) no alcanzó ese número de asistencias durante el año lectivo 2015, y en el nivel 4 se encuentra en esa situación el 27% de los niños. La magnitud del problema se reduce en los grados siguientes, llegando a afectar al 8% de los niños para los últimos tres grados escolares. La comparación con una década atrás muestra mejoras en inicial, pero un leve deterioro en primaria.

Gráfico 7. Porcentaje de niños con asistencia suficiente (141 días o más de asistencia en el año) en inicial y primaria pública. Años 2006, 2011 y 2015.

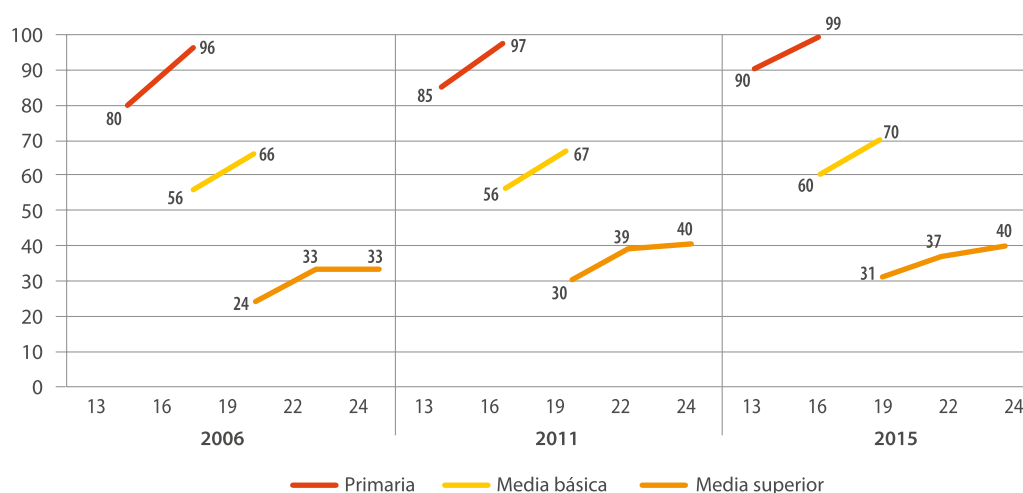


Fuente: Elaboración INEED con base en datos del Monitor Educativo de Primaria.

En 2015, el egreso sin rezago es de 90% en primaria, 60% en educación media básica y 31% en educación media superior. Para todos los ciclos se registra una mejora entre 2006 y 2015. Por ejemplo, tal como se observa en el gráfico siguiente, mientras que en 2006 el 80% de los jóvenes de 13 años y el 96% de los de 16 habían culminado enseñanza primaria, en 2015 estas cifras ascienden al 90 y al 99%, respectivamente.

Considerando todo el ciclo de educación obligatoria, se observa que la cantidad de jóvenes que egresan a la edad esperada (19 años) es algo menos de la tercera parte (31%), la culminación del ciclo obligatorio crece al 40% si se incluyen los jóvenes que culminan con un rezago de hasta seis años (jóvenes de 24 años de edad).

Gráfico 8. Porcentaje de niños, adolescentes y jóvenes que finalizan los ciclos obligatorios. Edades seleccionadas. Años 2006, 2011 y 2015.



Fuente: Elaboración INEED con base en ECH/INE.

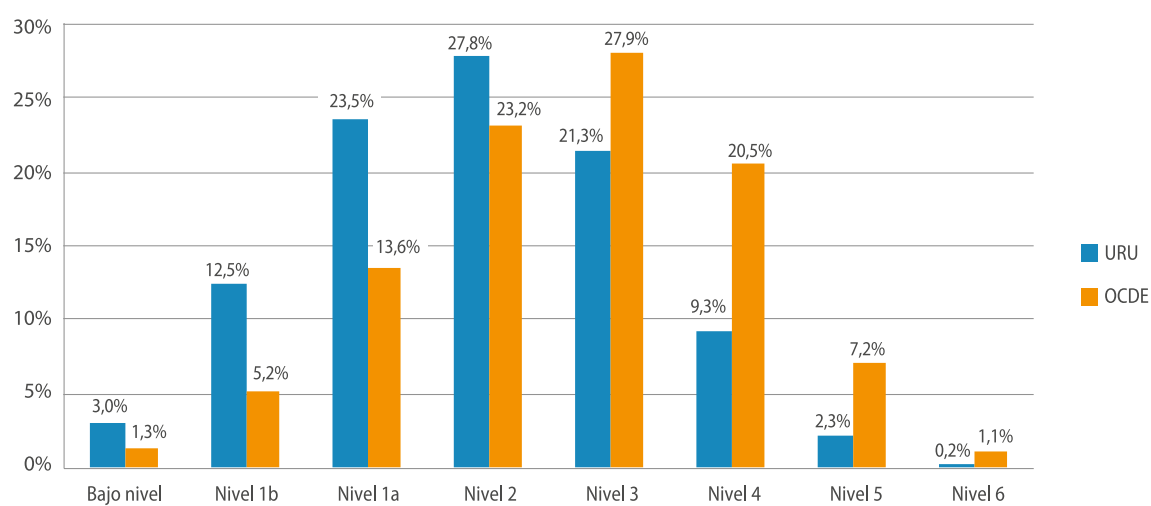
Al igual que el acceso a la educación, el egreso también presenta diferencias por sexo, región y nivel de ingresos, siendo esta última variable la que muestra las mayores brechas. Los niveles de egreso de las mujeres superan a los de los varones: en 2016, 47% de las mujeres de entre 21 y 22 años y 31% de los varones de igual edad alcanza a culminar la educación media superior. Según región, en 2016 la tasa de egreso de los jóvenes de entre 21 y 22 años es superior en Montevideo (46%) en relación a las localidades del interior de más de 5.000 habitantes (34%), y en estas respecto a las localidades del interior de menos de 5.000 habitantes y áreas rurales (31%). Considerando los ingresos del hogar, la tasa de egreso de los jóvenes del primer quintil es de 10%, frente al 78% de los del quintil más alto. Tanto las brechas por quintiles como por región presentan una tendencia decreciente en el período 2006-2016. Situación contraria se registra con la brecha de género que presenta un incremento leve en el período.

Aprendizajes

En educación media, aproximadamente un 40% de los estudiantes de 15 años no alcanza los logros mínimos en lectura y ciencias en las pruebas PISA, mientras que un 52% no los logra en matemática. No obstante, Uruguay registró una mejora en sus desempeños en el último ciclo de PISA. Las mejoras se evidencian, especialmente, entre los alumnos de mayor vulnerabilidad social y educativa, esto es, entre los de más bajo nivel socioeconómico y entre los que se encuentran, a los 15 años, en situación de

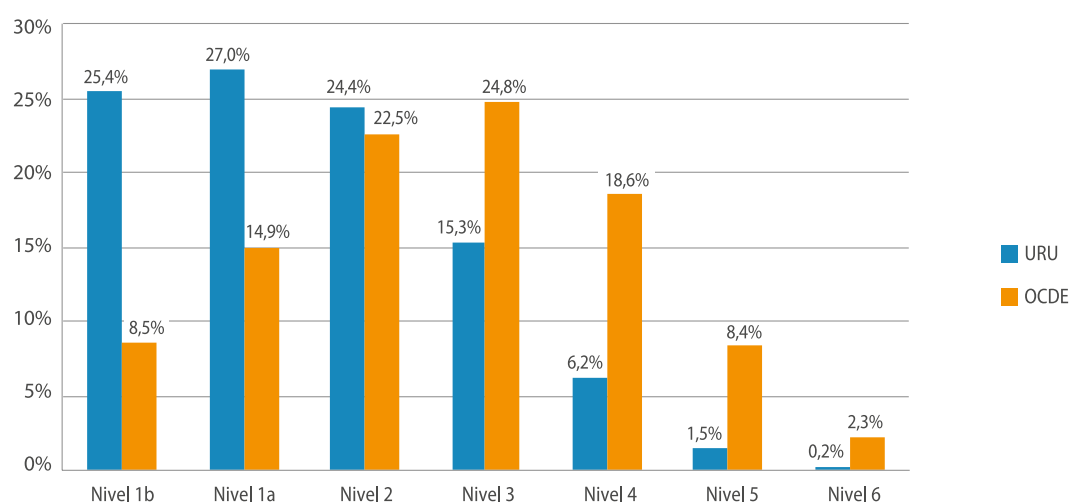
rezago escolar. Se verificó una fuerte reducción de las brechas en los puntajes de los alumnos con peores y mejores desempeños. Por otra parte, la mejora en el ciclo 2015 se concentra en los resultados obtenidos en todas las modalidades de enseñanza media básica y en los bachilleratos tecnológicos de la UTU. Sin embargo, los desempeños en las pruebas se encuentran fuertemente determinados por las características socioeconómicas de los estudiantes.

Gráfico 9. Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño en Lectura en Uruguay y OCDE. PISA 2015



Fuente: Uruguay en PISA en 2015 primer informe de resultados - ANEP.

Gráfico 10. Distribución porcentual de estudiantes por nivel de desempeño en Matemática. PISA 2015

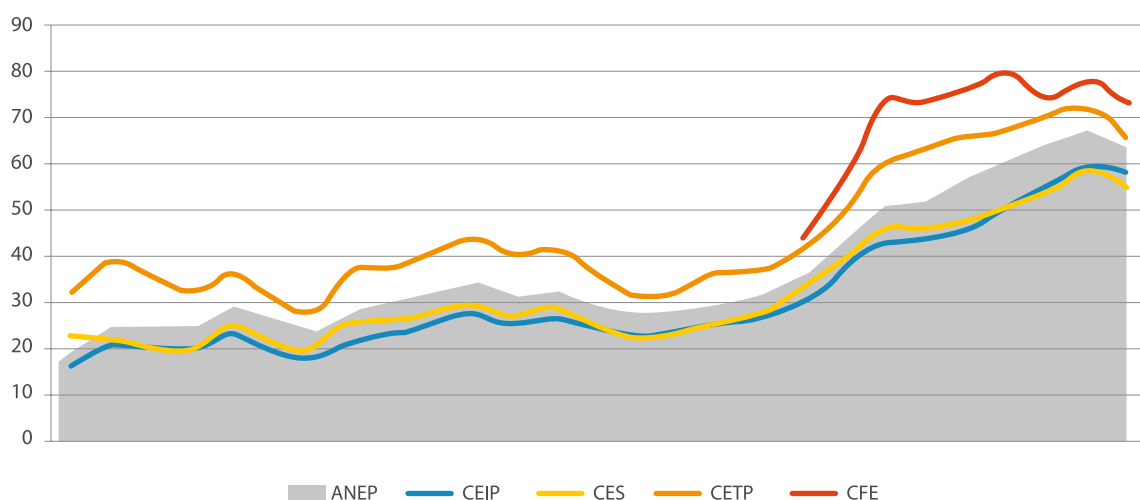


Fuente: Uruguay en PISA en 2015 primer informe de resultados - ANEP.

Recursos

Además del acceso y los logros educativos, resulta relevante dar cuenta de los avances en la materia de recursos disponibles para la educación. Un primer indicador al respecto es el nivel de gasto por alumno. En el gráfico siguiente se presenta la evolución del nivel de recursos por alumno para cada uno de los consejos de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP)⁵ en el período 1985-2015⁶. El volumen de gasto por estudiante tuvo una evolución sensiblemente favorable en el período analizado, especialmente a partir de 2007. Esto es así tanto si se considera el total de gasto por alumno de ANEP, como el de cada consejo desconcentrado. Concretamente, el costo por alumno de ANEP tiene un crecimiento acumulado en el período 2004-2015 de 130%, con un crecimiento anual promedio del 7%. Es necesario precisar que el crecimiento del gasto por alumno se produce en un contexto de crecimiento efectivo de los recursos educativos en cuanto se percibe, al mismo tiempo, un crecimiento de la matrícula educativa. Puede apreciarse que Formación Docente concentra el mayor gasto por alumno (en 2015, \$ 73.389 anuales por estudiante) y le sigue en importancia Educación Técnico-Profesional (\$ 66.336 anuales por estudiante, en 2015). El costo por alumno de Enseñanza Inicial y Primaria asciende en 2015 a \$ 59.180 anuales. Por último, Enseñanza Secundaria presenta el menor gasto por alumno con \$ 55.481 anuales. Se destaca que en los últimos 25 años no se registran cambios significativos de acento presupuestario entre los distintos consejos desconcentrados.

Gráfico 11. Costo por alumno total y por consejo desconcentrado de la ANEP según año lectivo, 1985 - 2015.



Fuente: MEC, Panorama de la Educación, 2015.

El siguiente cuadro muestra la distribución de los recursos en educación correspondientes al año 2015, de acuerdo a la naturaleza del agente –público o privado– en cuanto al financiamiento y la provisión.

El cuadro muestra que mientras el 74,4% del esfuerzo financiero destinado a la educación es de carácter público, el de carácter privado es del 25,6%. Mientras tanto, las prestaciones públicas reciben el 66,7% del financiamiento y las privadas el 33,3%.

⁵ Cada uno de estos consejos tiene competencias sobre un ciclo educativo (primaria, media, superior), con excepción del CETP (Consejo de Educación Técnico-Profesional) cuya oferta educativa se despliega a nivel de educación media y de educación superior.

⁶ No se cuenta con información de costos por alumno entre 1986-1989.

Cuadro 5. Distribución del esfuerzo financiero total dirigido a educación, según naturaleza del financiamiento y de la prestación. En porcentajes. Año 2015.

Financiamiento	Prestación		
	Pública	Privada	Total
Público	(I.a) Financiamiento, prestación pública	(II.a) CAIF	74,4
	65,8	1,9	
	(I.b) Renuncia fiscal, prestación pública	(II.b) Renuncia fiscal, prestación privada	
	0,04	6,7	
Privado	0,01	0,03	25,6
	(III.b) Gasto de hogares en materiales y servicios de apoyo en educación pública	(IV.b) Gasto de hogares e instituciones sin fines de lucro en instituciones privadas	
	0,8	24,7	
Total	66,7	33,3	100

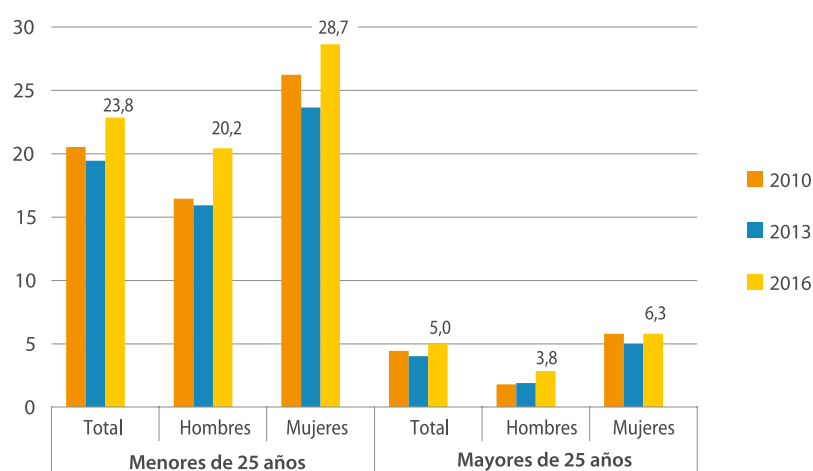
Fuente: Elaboración INEED, con base en datos de ANEP, MEF, INE, MEC, DGI, BPS, BCU.

> Medida 10. Promover e invertir en políticas de trabajo y empleo y programas especiales de formación para la juventud que potencien la capacidad e iniciativa colectivas y personales y posibiliten la conciliación entre los estudios y la actividad laboral, sin precarización del trabajo y garantizando igualdad de oportunidades y trato.

Indicadores:

1. Tasa de desempleo según tramo de edad y sexo.
2. Porcentaje de jóvenes que no estudian ni trabajan según sexo.
3. Distribución de los jóvenes que no estudian ni trabajan según se encuentren desocupados, realicen quehaceres del hogar o no se encuentren en ninguna de estas situaciones, por sexo.
4. Legislación en torno al empleo juvenil.

Gráfico 12. Tasa de desempleo según sexo y grupo de edad.



Descripción: Muestra el porcentaje de mujeres y hombres que se encuentra desempleado en relación al total de mujeres/hombres económicamente activas/os. Fórmula: Mujeres (hombres) en situación de desempleo / Mujeres (hombres) económicamente activas/os, por grupo de edad. Fuente: Extraído de Instituto nacional de Estadística.

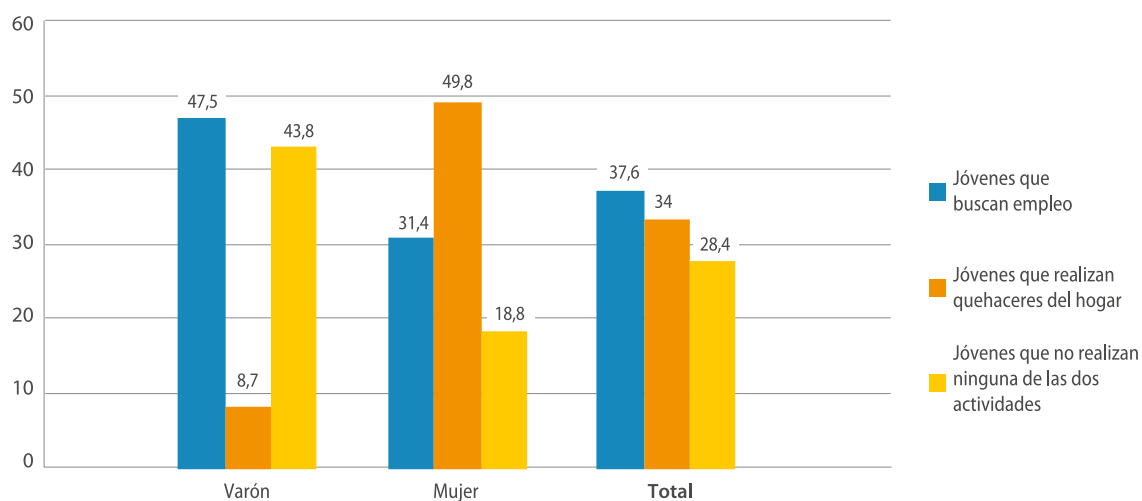
Para todo el período estudiado (2010-2016), la tasa de desempleo de los menores de 25 es mayor que la del resto de la población. En 2016, un 23,8% de los y las jóvenes activos se encuentra desempleado, mientras que para los mayores de 25 es un 5,0%. En ambos tramos de edad el desempleo es mayor para las mujeres que para sus pares varones.

Cuadro 6. Porcentaje de jóvenes de 14 a 29 años que no estudian y no trabajan en forma. 2013-2016

Año	%
2013	16,5
2014	16,5
2015	17,1
2016	17,3

Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en ECH/INE.

Gráfico 13. Distribución porcentual de varones y mujeres jóvenes que no estudian ni trabajan según categorías de interés. Año 2016



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES con base en ECH/INE.

El 17,2% de los jóvenes de entre 14 y 29 años no estudia en el sistema educativo formal ni trabaja en un empleo remunerado. Esta proporción se ha mantenido relativamente estable en los últimos cuatro años, a pesar de la existencia de políticas específicamente orientadas a abordar esta situación. Dentro de este grupo de jóvenes un 37,6% busca empleo, un 34% realiza quehaceres del hogar y el restante 28,4% no realiza ninguna de estas actividades. Esta distribución varía según se consideren varones o mujeres, mientras que entre los primeros la situación dominante es la búsqueda de empleo (47,5%), entre las segundas la situación más frecuente es ocuparse de las tareas del hogar (49,8%).

A nivel de las reglamentaciones sobre empleo juvenil, en 2013 se sanciona la Ley de Empleo Juvenil (N.º 19.133) que tiene por objeto promover el empleo decente de las personas jóvenes, vinculando el empleo, la educación y la formación profesional. Desde ese entonces se registran importantes avances en la regulación del empleo juvenil.

En abril de 2015 se dicta el decreto reglamentario de la ley, a partir del cual se crea la Comisión Interinstitucional de Trabajo Decente Juvenil coordinada por el MTSS con la participación del MEC, INJU/MIDES, INAU, ANEP INEFOP y BPS, con un régimen de funcionamiento mensual.

La Comisión Interinstitucional de Promoción del Trabajo Decente Juvenil, ha creado (o tomado bajo su órbita) una serie de subcomisiones para el tratamiento de asuntos específicos: Primera Experiencia Laboral en el Estado (PEL-Estado), Programa Yo Estudio y Trabajo, Trabajo zafral en los sectores rural y turismo, Prácticas Formativas y Emprendimientos juveniles.

En la órbita de la Dirección Nacional de Empleo fue creado el Departamento de Empleo Juvenil y dentro del mismo la Unidad de Gestión de la Ley de Empleo Juvenil.

En materia de subsidio en salario a empresas que empleen jóvenes, la ley N.º 19.133 prevé que para la modalidad de trabajo protegido y promovido se otorgue un subsidio parcial del salario del beneficiario, equivalente al 60% del salario en el caso de los hombres y del 80% para el caso de las mujeres. Para la modalidad de Primera Experiencia Laboral se definió un subsidio del 25% del salario, y para la modalidad de Práctica Laboral para Egresados un subsidio del 15% del salario.

En materia de promoción de emprendimientos, el capítulo VI de la ley define como emprendimiento juvenil aquel emprendimiento que no tenga más de cinco años y en el que la dirección sea ejercida por un o una joven o que intervenga en ella al menos un 51% de jóvenes. Para estos casos se establece una norma programática, por la cual se faculta a los organismos crediticios del Estado y de las personas públicas no estatales a formular programas de acceso al crédito en condiciones preferenciales. De la misma forma, una norma les faculta a formular programas de asistencia técnica. También se prevé la creación de cooperativas sociales juveniles, en armonización con la ley N.º 17.978. Aunque este capítulo de la Ley de Empleo Juvenil no fue objeto de reglamentación por el decreto de 2015, la Comisión Interinstitucional de Promoción del Trabajo Decente Juvenil se ha fijado la elaboración de un proyecto de decreto como meta para el año 2017.

Complementariamente, INJU/MIDES ha suscripto un convenio con el INEFOP para la realización de actividades de asistencia técnica, capacitación y formación en emprendedurismo, en las que participarán hasta 1.790 jóvenes, en un plan de acciones a ejecutarse en 2018 en todos los departamentos del país.

El capítulo V de la ley promueve el fomento de los estudios de las personas jóvenes trabajadoras y la compatibilidad de las actividades laborales de los jóvenes, con la continuidad de sus estudios. Por ello, asigna subsidios para la reducción de los horarios de trabajo por motivos de estudio; y un subsidio por el otorgamiento de una licencia por estudios suplementaria a la establecida en el régimen general para los trabajadores de la actividad privada.

En relación a la formación para el trabajo, se encuentra en proceso de elaboración un acuerdo entre INJU/MIDES e INEFOP para la implementación de cursos de capacitación laboral en modalidad Projovent, dirigidos a jóvenes en situación de vulnerabilidad socioeconómica, especialmente participantes en el Programa Jóvenes en Red.

En relación a la incorporación de la perspectiva de género, se articulan acciones con el Consejo Nacional de Género en materia de promoción del empleo decente para mujeres jóvenes.

Finalmente, se encuentra pendiente de reglamentación al etiquetado Trabajo Decente Juvenil. La OIT nombró un consultor para trabajar en este aspecto con participación del sector empresarial como insumo para su reglamentación.

Complementariamente a la Ley de Empleo Juvenil, cabe destacar la sanción en 2013 de la ley N.º 19.159 de creación de talleres de producción protegida. Esta ley establece beneficios para los talleres de producción protegida de aquellas instituciones sin fines de lucro que produzcan bienes o presten servicios con el objetivo de capacitar y ocupar laboralmente a personas en situación de discapacidad.

Para la contratación de personal se deberá contar con la aprobación de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad. Se consideran trabajadores en situación de discapacidad a las personas que, a causa de una discapacidad superior al 33%, experimenten una disminución de su capacidad de trabajo; en este caso, pueden prestar sus servicios dentro de la organización de los talleres de producción protegida.

> Medida 11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

Indicador

1. GO 11.3: Porcentaje de niños y niñas, adolescentes y jóvenes que tienen información y conocimiento adecuados sobre los temas sexuales y reproductivos para sus respectivas edades.

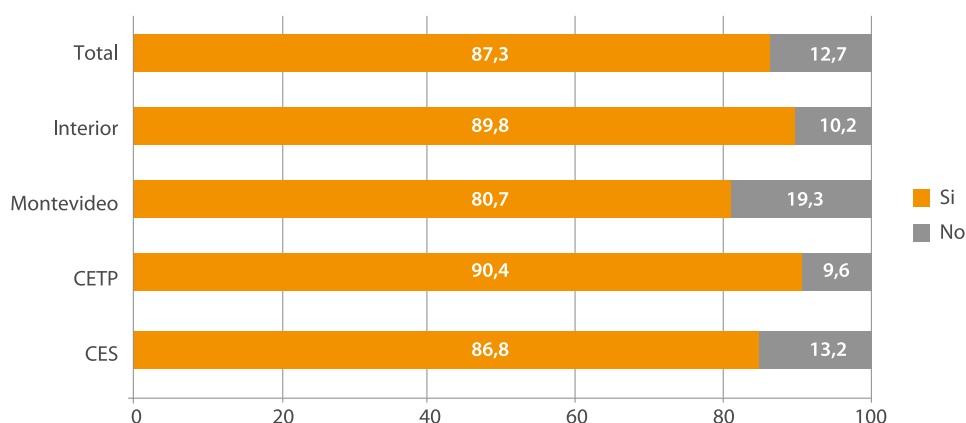
En 2005, a partir de una resolución del Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública⁷ se estableció: “crear una Comisión de Educación Sexual [...] y asignarle como cometido principal la elaboración de un Proyecto sobre Educación Sexual para la educación pública uruguaya”. Es así que desde el año 2006 Uruguay cuenta con un Programa Nacional de Educación Sexual (PES) que se implementa en cada subsistema de la educación pública con diferentes modalidades: educación inicial, primaria, secundaria, formación técnico-profesional y formación docente. Asimismo, la Ley General de Educación N.º 18.437 del año 2008 incluye la educación sexual como línea transversal en todos los niveles educativos. La Comisión de Educación Sexual, en coordinación con el Programa, trabaja en el marco de Ley General de Educación, la Ley Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y los compromisos internacionales firmados por Uruguay. Desde allí se realizan acciones educativas en torno a la educación sexual a través del desarrollo de currículos y modalidades de implementación específicas para cada nivel, acompañados por una estrategia de formación de docentes bajo diversas modalidades (virtual y a distancia). La educación sexual es abordada por el Programa a través de un enfoque de derechos humanos, atento a diferentes dimensiones involucradas en la sexualidad –el género, la diversidad, la salud sexual y reproductiva, la violencia sexual y doméstica, entre otras–.

Durante el segundo semestre del año 2015 y el primer semestre de 2016 se llevó adelante la evaluación del PES por la División de Evaluación y Estadística (DIEE) de CODICEN - ANEP con el apoyo del UNFPA. La misma muestra que PES cuenta con una amplia cobertura en enseñanza media: nueve de cada diez estudiantes manifestaron haber recibido formación en educación sexual en su centro de estudios durante

⁷ En Uruguay la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) es el organismo estatal autónomo responsable de la planificación, gestión y administración del sistema educativo público en los subsistemas de Educación Inicial y Primaria, Secundaria, Técnico-Profesional y Formación en Educación en todo el territorio nacional. Su órgano de gobierno es el Consejo Directivo Central (CODICEN).

el último año. Esta relación fue mayor en el interior del país y en los centros del Consejo de Educación Técnico-Profesional (CETP).

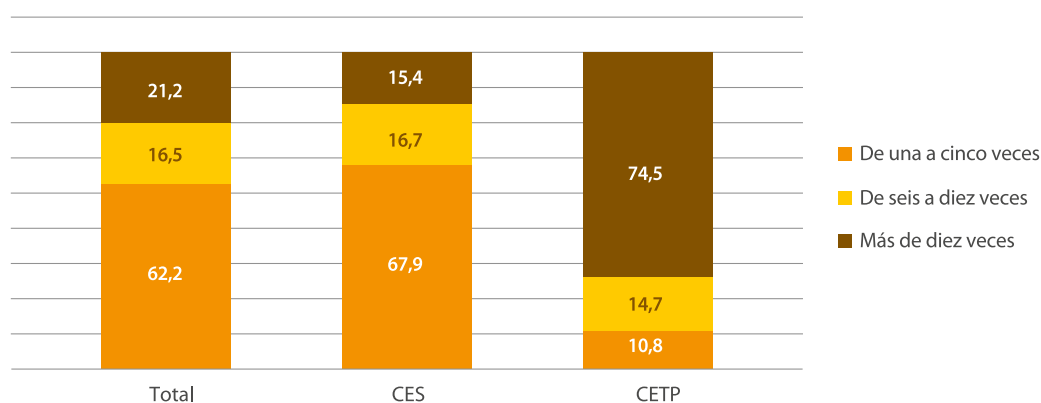
Gráfico 14. Alumnos que manifiestan haber recibido formación en educación sexual (en porcentajes)



Fuente: Encuesta Programa Educación Sexual (PES) - División de Evaluación y Estadística (DIEE) de CODICEN - ANEP.

Entre el estudiantado de técnico-profesional, el 74,5% había tenido más de 10 clases de educación sexual en el año, en tanto que en esa misma situación se encuentra solo el 15,4% de los estudiantes secundaria (CES). En el otro extremo, en posiciones de menor exposición a clases de educación sexual en el centro educativo se encontró casi el 70% de los estudiantes de secundaria y tan solo el 10,8% de sus pares de técnico-profesional.

Gráfico 15. Estudiantes según cantidad de veces que recibieron clases, por desconcentrado (en porcentajes)



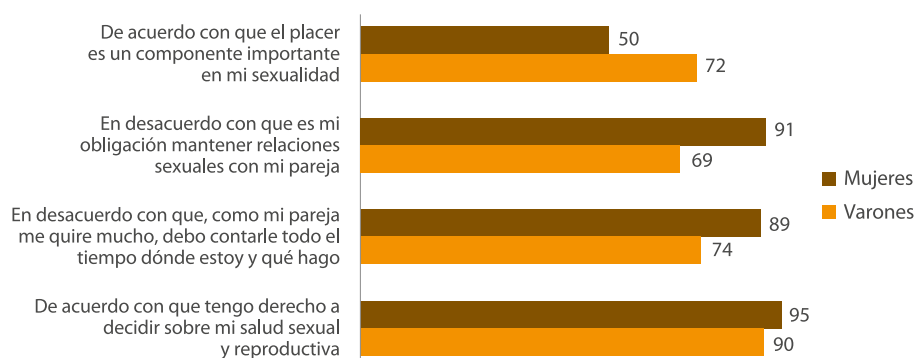
Fuente: Encuesta Programa Educación Sexual (PES) - División de Evaluación y Estadística (DIEE) de CODICEN - ANEP.

Las y los estudiantes valoran positivamente la contribución del programa para recibir información de utilidad, adquirir conocimientos prácticos y conocer sus derechos. Las opiniones se presentan más divididas cuando se trata de las posibles contribuciones del programa para cambiar actitudes y comportamientos. Los contenidos que recogen más afinidad son las infecciones de transmisión sexual, la salud sexual y reproductiva, la violencia doméstica e intrafamiliar y la violencia sexual. Las estudiantes

manifiestan un mayor interés que los varones por las distintas temáticas, en especial por la diversidad sexual, la violencia doméstica e intrafamiliar, la violencia sexual, el género y los vínculos afectivos. Sin embargo, en el tema erotismo el interés de los adolescentes supera ampliamente el de las adolescentes. En lo que refiere a conocimientos sobre sexualidad, existe amplia información respecto a los métodos anticonceptivos disponibles (en especial, preservativos, pastillas anticonceptivas y DIU), aunque cerca de un tercio no sabe cómo proceder en caso de fallar el método anticonceptivo utilizado. Sobre infecciones de transmisión sexual, también parece haber una amplia difusión (en especial sobre VIH/SIDA), pero cerca de uno de cada diez estudiantes desconoce que debe usar preservativo en caso de una ITS.

La mitad de los estudiantes está de acuerdo con que en el centro educativo se puedan expresar libremente sobre la sexualidad.

Gráfico 16. Estudiantes por sexo según grado de acuerdo con actitudes relativas a la sexualidad (en porcentajes)



Fuente: Encuesta Programa Educación Sexual (PES) - División de Evaluación y Estadística (DIEE) de CODICEN - ANEP.

A partir de la evaluación, se identifica una serie de desafíos para seguir mejorando la implementación de la política:

- Si bien la flexibilidad que otorga el PES para el abordaje de los temas es vista como una fortaleza por los docentes, sería oportuno contar con mayores lineamientos programáticos.
- Algunos elementos que obstaculizan el pleno desarrollo del programa se vinculan con las dificultades en el relacionamiento con actores de la comunidad, por lo que hay que fortalecer ese plano. También surge la necesidad de implicar a las familias de los estudiantes en los procesos educativos propios de la educación sexual. Formalizar metodologías de trabajo con la comunidad, en especial con los referentes adultos de los estudiantes, es un camino que parece indispensable transitar.
- En educación media el PES no logra llegar de igual forma a Montevideo que al interior por lo que es necesario repensar las estrategias para que la comisión del programa actúe oportunamente, fortaleciendo los centros de referencia y documentación del interior. A partir de este resultado, en 2017 el PES con apoyo de UNFPA, ya comenzó a fortalecer esta línea a través de un curso de formación específico para referentes departamentales de educación sexual y el desarrollo de planes departamentales.
- La evidencia empírica sugiere un análisis y revisión de los contenidos del programa que integre en mayor medida la perspectiva de los destinatarios (niñas, niños y adolescentes) en el abordaje de problemáticas emergentes: redes sociales, *bullying*, violencia en el noviazgo. De acuerdo a las opiniones relevadas entre las y los estudiantes surge la necesidad de profundizar el abordaje de

temáticas como violencia sexual y doméstica, diversidad sexual, género, erotismo, etc., de manera que la formación no quede restringida a tópicos como ITS y salud sexual y reproductiva. De esta forma se busca tender a una educación sexual más integral, abarcativa y holística.

- A pesar de que la formación docente es una línea estratégica del programa, es necesario ampliar la oferta de espacios formativos. En lo que respecta a la formación de los futuros docentes, es necesario que la educación sexual ocupe un mayor espacio en el currículo y mantenga una mayor articulación con la práctica docente.
- Es conveniente diseñar estrategias de comunicación y difusión que permitan mejorar la visibilidad del programa.
- A mediano plazo se necesita mejora del sistema de monitoreo y evaluación del programa. Avanzar en el diseño del programa de educación sexual apoyado en un marco lógico o teoría del cambio facilitaría tanto el desarrollo de indicadores de productos acordes con las actividades como una selección cuidadosa de indicadores de propósitos que se puedan evaluar de manera eficaz.

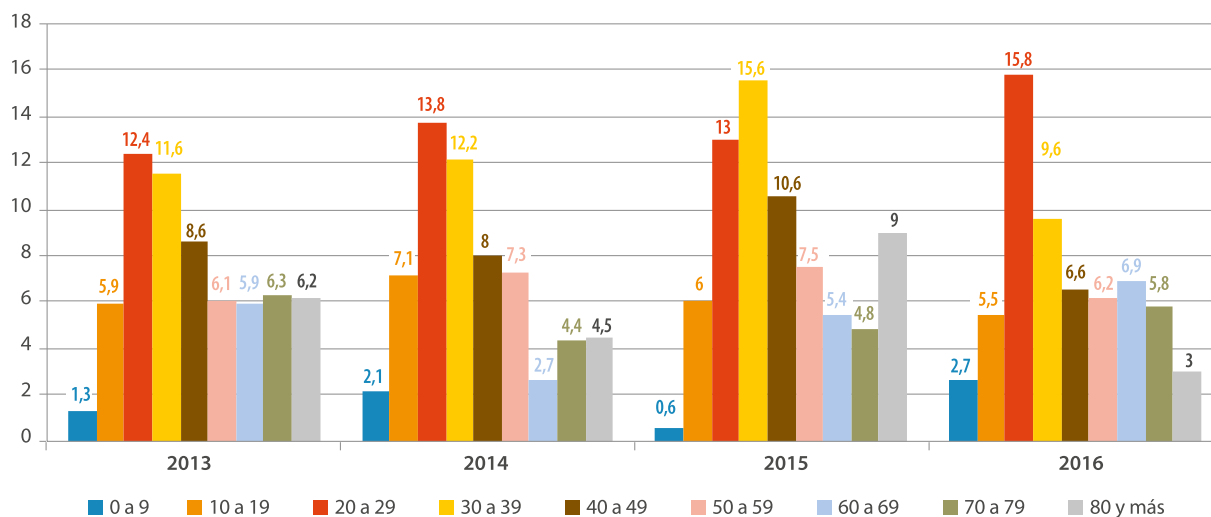
> Medida 16. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una sana convivencia y una vida libre de violencia, mediante estrategias intersectoriales que incluyan actuar sobre los determinantes –que dificultan la convivencia y promueven la violencia– que brinden una formación que promueva la tolerancia y el aprecio por las diferencias, el respeto mutuo y de los derechos humanos, la resolución de conflictos y la paz desde la primera infancia, y aseguren la protección y el acceso oportuno a la justicia de las víctimas y la reparación del daño.

Indicadores:

1. ODS Indicador 16.1.1 (ajustado a la población menor de 30 años): Número de víctimas de homicidios dolosos por cada 100.000 habitantes, por grupo de edad y sexo.
2. ODS Indicador 16.2.1: Porcentaje de niños de 1 a 17 años que sufrieron algún castigo físico o agresión psicológica por los cuidadores en el mes anterior.
3. ODS Indicador 5.2.2 - complementario: Porcentaje de mujeres de 15 años o más que vivieron situaciones de violencia sexual por otra persona que no era pareja o expareja, según tramo de edad. País urbano, 2013.
4. ODS Indicador 16.2.1 - suplementario: Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el INAU por maltratos, abuso y explotación sexual.

Al analizar las tasas de homicidios por tramos de edad, se evidencia que las más altas se encuentran entre los tramos de edad de 20 a 29 y de 30 a 39 años.

Gráfico 17. Tasa de homicidio doloso, por tramo de edad de la víctima.

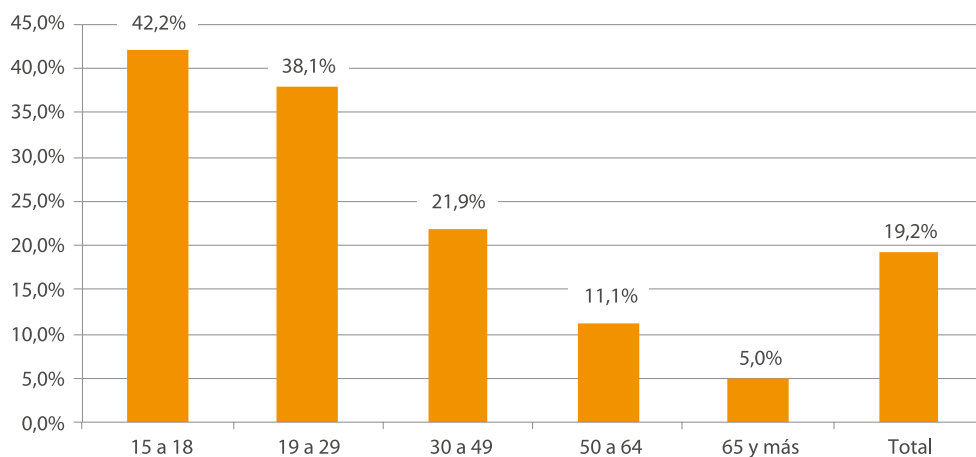


Nota: se incluyen homicidios consumados e intencionales.

Fuente: MI - Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad; Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones de 2013, se relevaron situaciones de violencia sexual que fueron reportadas por las mujeres en los ámbitos educativo, laboral y en los espacios públicos. Casi dos de cada 10 mujeres (19,2%) informaron sobre situaciones de violencia sexual en estos lugares, con un predominio de las zonas públicas como plazas, fiestas y en la calle. Al analizar esta realidad según la edad, se observa que las mujeres señalaron situaciones de violencia sexual en mayor medida en las edades más jóvenes (casi la mitad de las mujeres de 15 a 18 años). Al aumentar la edad disminuye la prevalencia de violencia sexual en espacios públicos y semipúblicos.

Gráfico 18. Porcentaje de mujeres de 15 años o más que vivieron situaciones de violencia sexual por otra persona que no era pareja o expareja, según tramo de edad. País urbano, 2013

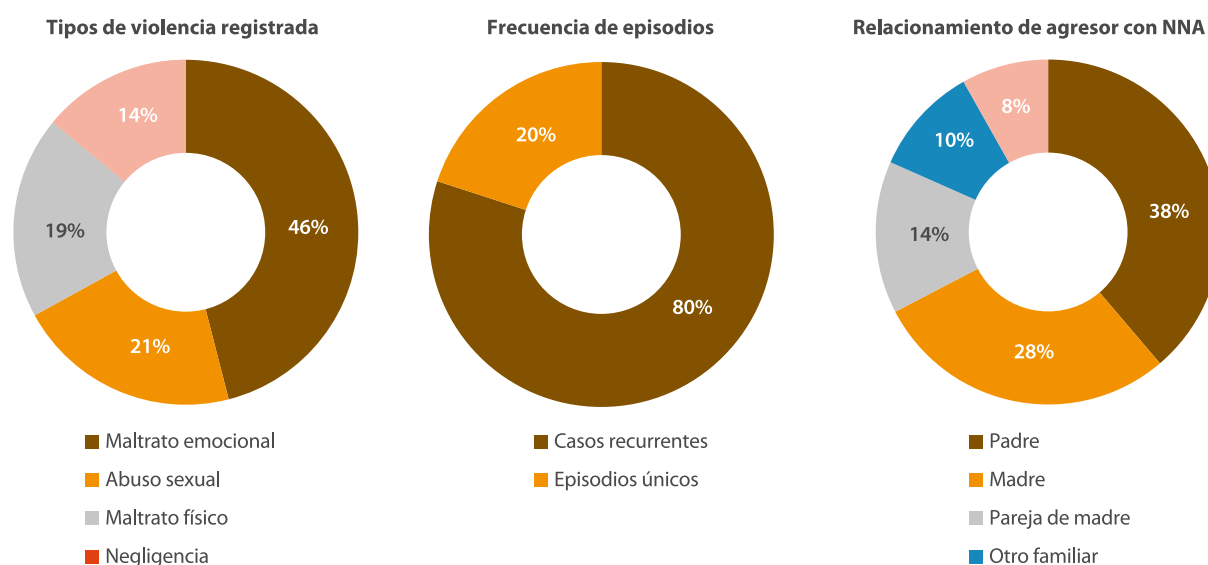


Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES con base en PENPVGG 2013.

En cuanto a la prevalencia de castigos físicos en niños, niñas y adolescentes (ODS Indicador 16.1.3), si bien el país no cuenta con una medición oficial para reportar ese indicador, existen algunas aproximaciones posibles. En 2013 se realizó en Uruguay la Encuesta Múltiple por Conglomerados de UNICEF, en colaboración con MIDES. Este sondeo provee una línea de base comparable a nivel internacional, aunque en la edición uruguaya el indicador refiere a “Porcentaje de niños/as de entre 2 y 14 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el último mes anterior a la encuesta” (lo que abarca un rango de edad distinto al del indicador global). Según los datos de esta encuesta, un 54,6% de los menores de entre 2 y 14 años sufrió disciplina con violencia en el mes anterior a la encuesta.

Otra forma de acercarse a las situaciones de violencia experimentadas por menores en el país es tomar en cuenta los registros administrativos de INAU. De acuerdo a estos registros, en 2015 se notificaron 1.908 casos de maltrato y abuso sexual hacia niños y niñas (NNA) en todo el país. La desagregación de estos casos por tipo de relacionamiento entre agresor y NNA da cuenta de que la amplia mayoría de los abusos ocurren en el ámbito familiar. Tomar en cuenta los registros de la institución que trabaja con esta población desde un abordaje social permite paliar el subregistro que suele existir al tomar el número de denuncias o casos judiciales.

Gráfico 19. Caracterización de casos de violencia hacia niños, niñas y adolescentes en 2015 (porcentajes)



Fuente: SIPIAV (2016)

> Medida 17. Garantizar también datos estadísticos confiables, desagregados por sexo, edad, condición migratoria, raza, etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.

Indicador:

1. ODS Indicador 17.1: Existencia de estadísticas vitales, encuestas, censos y otros registros relevantes que proporcionan información adecuada, oportuna y desagregada para todas las fases de desarrollo de niños, adolescentes y jóvenes.

Uruguay cuenta con un organismo público, el Instituto Nacional de Estadística (INE), que tiene por objetivo la elaboración, supervisión y coordinación de las estadísticas nacionales.

Asimismo, existen registros relevantes de otros organismos del Estado sobre poblaciones y temáticas focalizadas. A continuación se presenta una lista informativa sobre estos registros.

- Encuesta Continua de Hogares (ECH) - [1968 -]
Sus principales objetivos son permitir monitorear la evolución del mercado de trabajo, el ingreso de las familias y las condiciones de vida de la población (vivienda, salud y educación entre otros).
- Censos Vivienda, Hogares y Personas (INE) [1963 -1975 - 1985 - 1996 - 2011]
- Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) [2013 - 2015]
- Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) [1990 - 2008 - 2013]
- Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI) [2009] [módulos ECH 1999 y 2006]
- Encuesta de Comportamientos Reproductivos (ENCOR) [2015]
- Encuesta de Violencia Basada en Género y Generaciones (EVBGG) [2013]
- Encuesta Nacional de Victimización (ENV) [2017]
- Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (EMTA) [2016-2017]
- Encuesta Internacional de Estudiantes de Enseñanza Media [2016]
- Certificado de Nacido Vivo
- Certificado de Defunción
- Encuesta Nacional de Salud [2014]
- Auditoría Muertes Maternas [2006 - 2014]
- Sistema Informático Perinatal [1993 - 2014]
- Registros de Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (DEVISA - MSP)
- Anuario Estadístico de Educación
- Censo de Estudiantes de Grado
- Programa GURI - Sistema de información web que permite tener una base de datos actualizada de docentes, no docentes y alumnos y unificar las gestiones a nivel nacional. La sistematización de datos realizada por GURI propicia la mejora de la calidad de las respuestas al instante y en solicitudes específicas del propio organismo y de otros, al tener información en tiempo real, favorece la toma de decisiones de manera oportuna.
- Indicadores de la población vinculada a Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU).

Capítulo C

Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

> Medida 19. Formular y ejecutar políticas, planes, y programas públicos –a todos los niveles político-administrativos– para que consideren la evolución de la estructura por edades, en particular el envejecimiento de la población y las oportunidades y desafíos asociados a esta evolución en el mediano y largo plazo.

Indicador:

1. GO Indicador 19.1: Existencia de políticas, planes y programas públicos que consideren el impacto de la evolución de la estructura por edades en el mediano y largo plazo.

El país cuenta con un organismo rector en materia de políticas de envejecimiento y vejez, el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES), creado a partir de la ley N.º 18.617 del año 2009 en el ámbito del MIDES. Tiene entre sus competencias la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas a la población mayor. La misma ley crea el Consejo Consultivo, órgano de propuesta y asesoramiento para el instituto, integrado por la sociedad civil organizada, actores estatales y actores académicos. Con el objetivo de establecer los lineamientos de las acciones del Estado dirigidas a proteger y promover el ejercicio de derechos de todas las personas mayores, en octubre de 2016 se presentó el Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019. Actualmente se están diseñando y acordando con los organismos involucrados los indicadores de monitoreo y evaluación. En cuanto al segundo nivel de gobierno, en 2016, en el marco del Congreso de Intendentes se creó la Comisión Interdepartamental de Personas Mayores, donde se planifican y discuten las políticas dirigidas a las personas mayores a nivel de las intendencias. En este punto, cabe destacar que 12 de 19 intendencias cuentan con institucionalidad específica encargadas de las políticas para personas mayores.

> Medida 20. Desarrollar políticas a todo nivel (nacional, federal y local) tendientes a garantizar la calidad de vida, el desarrollo de las potencialidades y la participación plena de las personas mayores, atendiendo a las necesidades de estímulos (intelectuales, afectivos y físicos) y contemplando la diferente situación de hombres y mujeres, con especial énfasis a los grupos más susceptibles de discriminación (personas mayores con discapacidad, carentes de recursos económicos y/o cobertura previsional y personas mayores que viven solas y/o no cuentan con redes de contención).

Indicador:

1. GO Indicador 20.3: Ratificación por parte del país de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Uruguay ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores a través de la promulgación de la ley N.º 19.430 el 8 de setiembre de 2016 luego de un rápido trámite parlamentario. En diciembre de 2016 se convirtió en el primer país en realizar el depósito del instrumento de ratificación, lo que significa que presidirá el Mecanismo de Seguimiento. El Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez operativiza la Convención definiendo acciones concretas.

➤ **Medida 23. Establecer o consolidar programas de derechos humanos que enfrenten y eliminen las violencias en la esfera pública y privada, que afectan a las personas mayores.**

En el año 2013 se crea el Servicio de Atención a la Violencia Intrafamiliar de INMAYORES con el objetivo de dar respuesta a las situaciones de violencia que sufren las personas mayores. Al servicio le compete el abordaje de todas las situaciones de abuso y maltrato intrafamiliar hacia las personas mayores que residan en Montevideo y la zona metropolitana. Se trata de un equipo interdisciplinario que brinda asistencia social, psicológica y jurídica a las personas mayores y a sus familiares en caso de maltrato físico; psicológico o emocional; abuso sexual; abuso patrimonial o económico y negligencia o abandono. Como desafío hay que señalar que el área de cobertura del servicio está acotada a Montevideo y zona metropolitana, pero está previsto en el Segundo Plan Nacional su ampliación a otra región del país.

En relación al indicador propuesto por la CEPAL [1] que refiere al porcentaje de personas mayores víctimas de violencia, Uruguay no cuenta con encuestas sobre personas mayores en situación de violencia que permitan cuantificar el fenómeno a nivel nacional. Sería de fundamental importancia contar con dicha información para la toma de decisiones en materia de políticas de prevención y abordaje.

En Uruguay, la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBGG), realizada en 2013 con alcance nacional, aplicada a las mujeres de 15 años o más, indicaba que un 9,5% de las mujeres adultas mayores había experimentado en el último año situaciones de violencia por parte de su familia. La violencia psicológica es la que se presenta con mayor frecuencia, sin registrarse diferencias significativas al considerar el nivel educativo alcanzado o la situación socioeconómica de las mujeres. Este tipo de violencia se manifiesta en actos u omisiones, como dejarles de hablar o no tomarlas en cuenta, abandonarlas, aislarlas de sus amigos y/o familiares, amenazarlas con echarlas de la casa o decirles o hacerlas sentir que son un estorbo.

➤ **Medida 27. Incorporar a las personas mayores como foco prioritario de las políticas públicas y como actores fundamentales en la formulación e implementación de las políticas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores.**

Indicador:

1. GO Indicador 20.3: Ratificación por parte del país de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

INMAYORES, en su búsqueda por promover y fortalecer la participación de la sociedad civil, ha generado un nexo de trabajo con la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM). La REDAM está conformada por la unión de 350 organizaciones de la sociedad civil con objetivos diversos (reivindicación económica, recreación y educación, entre otros). A partir de este vínculo se busca promover y fortalecer la participación, de modo que la sociedad civil impacte en la agenda pública. Asimismo, se busca fortalecer a la REDAM en su papel de monitoreo de políticas públicas. Ejemplo de ello es que la construcción del Segundo Plan contó con un amplio proceso de consulta previo con la sociedad civil. Por otra parte, cabe destacar que la REDAM y la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU) integran el Consejo Consultivo del INMAYORES.

➤ **Medida 28. Fomentar políticas de vida activa, productiva y de ahorro que permita a largo plazo vivir el envejecimiento dignamente.**

Indicador:

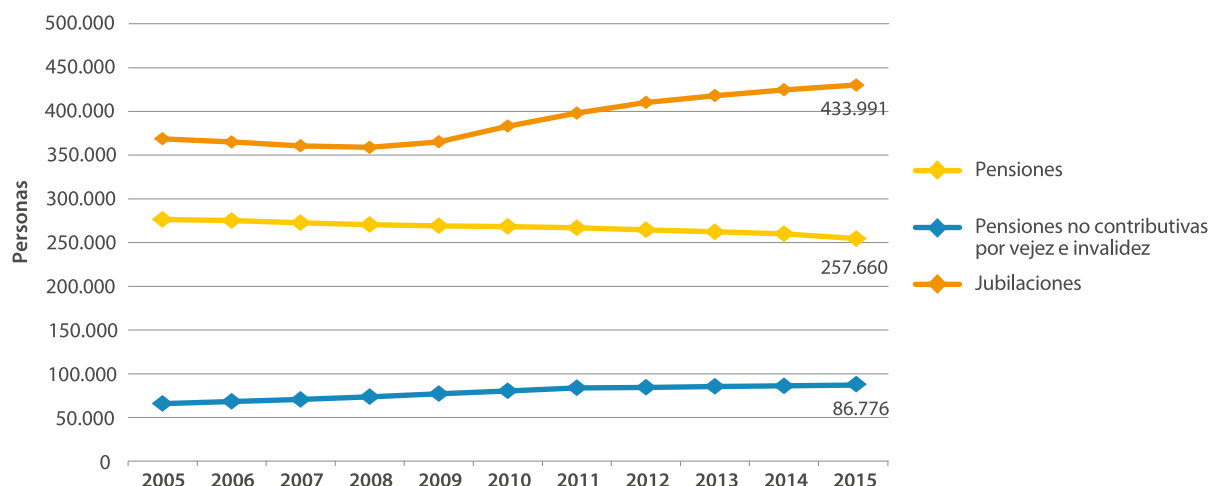
1. ODS Indicador 1.1.1 (ajustado a la población adulta mayor): Proporción de la población que vive por debajo del umbral internacional de la pobreza, desglosada por sexo, grupo de edad, situación laboral y ubicación geográfica (urbana o rural).

El sistema de seguridad social uruguayo en la etapa de retiro evidencia muy altos niveles de cobertura; en el año 2016 el porcentaje de personas de 65 años y más que cobraba jubilaciones y/o pensiones era de 87,9% (MIDES, DINEM con base en ECH). Para el año 2016, el 84,6% de los varones mayores y el 63,7% de las mujeres mayores cobraba una jubilación. En relación a las pensiones, la proporción de mujeres que cobran esta prestación es muy superior a la de los varones. Mientras que el 7,2% de los varones mayores cobra pensión, el 49,5% de las mujeres lo hace.

Entre las transferencias no contributivas que corresponden a las personas mayores se cuenta con el Programa de Asistencia a la Vejez (BPS-MIDES) y las pensiones por vejez (BPS). Si las personas mayores integran hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica les corresponderá también la Tarjeta Uruguay Social (MIDES) y, si tienen menores de edad a cargo, las asignaciones familiares-Plan de Equidad (BPS-MIDES). El número de personas beneficiarias de la asistencia a la vejez ha venido disminuyendo sistemáticamente, alcanzando para el año 2016 a 3.226 personas. Incide en este descenso el hecho de que a partir de 2009 existe causal de jubilación por edad avanzada a partir de los 65 años. A partir de los 70 años, si las personas mayores no cuentan con recursos para la subsistencia, les corresponde la pensión a la vejez (BPS). A diciembre de 2016 se pagaron 20.081 pensiones por este concepto (BPS, 2016). Cabe destacar que la proporción de personas mayores viviendo en hogares pobres es el 2% (era de 14% en el año 2006). Cuando se mide el nivel de pobreza según necesidades básicas insatisfechas, la proporción de personas mayores con al menos una NBI es de 23,2% (Censo, 2011).

En relación a la participación en el mercado laboral, Uruguay presenta una tasa de actividad para las personas mayores de 16% (24,6% para los varones y 10,3% para las mujeres). La proporción de personas mayores ocupadas que no cotizan a la seguridad es elevada en comparación con la población ocupada total (59,1% frente a 24,7%).

El número de jubilaciones otorgadas ha exhibido un aumento significativo desde 2009. La flexibilización de sus condiciones de acceso contribuye significativamente a la explicación de este proceso. Para obtener la jubilación común a los 60 años, se bajó la exigencia de 35 a 30 años de trabajo y se realizó una reforma que permite obtener una jubilación por edad avanzada. Sumado a ello, a las mujeres se les pasó a computar un año de trabajo ficto por hijo hasta un máximo de cinco a partir de la ley N.º 18.395. Esta política requiere ser destacada, en la medida que representa un importante reconocimiento al trabajo de cuidados realizado por las mujeres durante su etapa reproductiva, que permite de algún modo recompensar los años que debieron ausentarse del mercado laboral para dedicarse a una actividad fundamental para el bienestar y el desarrollo de la sociedad.

Gráfico 1. Promedio anual de pensiones, jubilaciones y pensiones con contributivas por vejez o invalidez.

Descripción: promedio anual de jubilaciones, pensiones y pensiones no contributivas que paga el BPS (en miles de personas)
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Boletín estadístico BPS 2016.

> Medida 29. Favorecer el desarrollo y acceso a cuidados paliativos, para asegurar una muerte digna y sin dolor.

Indicador:

1. GO Indicador 29.2: Porcentaje de centros de atención primaria de salud que han incluido el cuidado paliativo como prestación básica.

En lo que hace al cuidado de las personas que padecen alguna patología, Uruguay introduce en su Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) los Cuidados Paliativos. Esta prestación se integra de manera obligatoria desde el año 2008. Sin embargo, su desarrollo nacional no se objetiva hasta el año 2013, momento en el que se comienza a desarrollar una política ministerial desde el Área Programática Cuidados Paliativos que ha permitido que miles de uruguayos cuenten con esta prestación.

Se establecieron como pautas: la cobertura universal a pacientes de todas las edades y todas las patologías (oncológicas y no oncológicas) pasibles de cuidados paliativos establecidas internacionalmente y detalladas en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, la asistencia por equipos interdisciplinarios con formación intermedia o avanzada en cuidados paliativos, la asistencia continua cuando el paciente esté internado, en su domicilio o en consultorio, con una guardia médica telefónica las 24 horas, los 7 días de la semana y la asistencia de acuerdo al nivel de complejidad mediante el trabajo en red entre los distintos niveles de atención.

Uruguay está muy bien posicionado a nivel internacional, ya que se encuentra en la categoría superior dentro de los países con integración de los cuidados paliativos en el sistema de salud (categoría 4-b). La estrategia desarrollada se basa en sensibilizar a nivel nacional a autoridades sanitarias y docentes, profesionales y usuarios, acerca del derecho a los cuidados paliativos y la importancia de su desarrollo en todo el país, describir modelos de trabajo e interrelación entre los niveles de atención, promover la Formación Profesional específica en CP, fomentar la implementación de equipos de CP, promoviendo la complementación de servicios y asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Cuidados Paliativos realizada en 2016 a todos los prestadores de salud, los cuidados paliativos existen en Uruguay desde el año 1985. El 36% de los equipos inició sus actividades antes del año 2012 con base en iniciativas personales o institucionales y el 64% inicia sus actividades una vez instaurada la política de salud ministerial en cuidados paliativos.

Todos los departamentos del país tienen algún tipo de asistencia paliativa. Solo cinco departamentos al momento de la encuesta cuentan asistencia paliativa pública de acuerdo a lo reportado: Montevideo, San José, Durazno, Río Negro y Salto. De los 55 que brindan algún tipo de asistencia paliativa, 41 refieren brindar asistencia paliativa específica (75%), 11 no específica y tres no responden este punto. Diez de los prestadores privados de Montevideo que tienen filiales en el interior del país refieren no brindar asistencia paliativa.

De acuerdo a los datos aportados por los prestadores, en 2016 la cobertura de CP en Uruguay es del 43%, meta establecida en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (cobertura $\geq 40\%$).

En síntesis, a partir de la política ministerial en materia de cuidados paliativos se observa un importante desarrollo de esta prestación en todo el país, desarrollo que se refleja en el número de pacientes asistidos, porcentaje de cobertura y consumo de morfina, pero que aún no es suficiente. La cobertura ha aumentado en forma significativa en todos los departamentos del Uruguay.

> Medida 31. Incluir el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores, y garanticen los derechos, la dignidad y el bienestar de las familias y las personas mayores, incluyendo el derecho a una muerte digna y bien atendida, sin ningún tipo de discriminación ni violencia.

Uruguay ha avanzado significativamente en reconocer el derecho al cuidado con la aprobación de la ley N.º 19.353. A partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados y de la comprensión del cuidado como un derecho, el Estado regula y presta servicios de cuidado, lo que permitirá comenzar un proceso de transformación del histórico modelo familista. Para las personas mayores dependientes se cuenta con el servicio de asistentes personales para el caso de dependencia severa y de teleasistencia para la dependencia leve y moderada. También el Estado en su papel regulador, reglamenta los centros de cuidado de larga estadía, a partir de una doble competencia. El Ministerio de Salud tiene la competencia sanitaria y el Ministerio de Desarrollo Social la competencia social.

Sistema Nacional Integrado de Cuidados

En agosto 2015 se aprobó la Ley N.º 19.353 de Sistema Nacional Integrado de Cuidados, que se promulgó en diciembre 2016 y constituyó el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, creando el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, el cual está enmarcado dentro de los ejes de derechos para el período 2015-2019, que ha priorizado el Consejo Nacional de Género.

Esta norma consagra el derecho a los cuidados de las personas en situación de dependencia, en particular de niños y niñas, personas mayores y personas con discapacidad. Asimismo, reconoce la responsabilidad compartida entre familia, Estado, comunidad y mercado en la actividad de cuidar. En este sentido, el cuidado pasa a ser compartido por los diferentes actores sociales y políticos, para dejar de caer sobre las mujeres.

Para ello, el Sistema de Cuidados tiene tres poblaciones objetivo:

- infancia (niños y niñas de 0-3 años de edad),
- personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia,
- personas que cuidan de manera remunerada y no remunerada.

En relación a la atención de la dependencia, se tuvo como objetivo la ampliación del servicio de asistentes personales, el que para inicios de marzo de 2017 alcanzó más de 2.000 personas y 3.000 se encuentran en proceso de ingreso.

Asimismo, se avanzó en la concreción del servicio de teleasistencia domiciliaria para personas en situación de dependencia leve o moderada, que asegura su derivación inmediata y oportuna frente a alguna necesidad concreta que requiera la intervención de terceros.

Capítulo D

Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Las medidas prioritarias seleccionadas para reportar sobre este capítulo relativo a la salud sexual y reproductiva son presentadas con base en los siguientes temas prioritarios:

- Reconocimiento de derechos y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Mortalidad materna.
- Salud materna.
- Acceso a métodos anticonceptivos.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- VIH.

Reconocimiento de derechos y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Uruguay transita, con impulsos y frenos, un cambio de paradigma desde el Modelo de Atención Materno Infantil hacia un Modelo Integral de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, a partir del impulso de la Conferencias Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), así como por el empuje de la sociedad civil organizada y el movimiento feminista, y los aportes provenientes de ámbitos académicos de la UDELAR.

El progresivo avance hacia una política pública que asegure el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva, y el acceso sin costo a métodos anticonceptivos modernos, ha tenido que competir con, e ir desplazando, un modelo centrado en la atención de la mujer-madre y el binomio materno infantil, fuertemente arraigado en las prácticas institucionales de los equipos profesionales de salud y de los decisores gubernamentales, y sostenido por un entramado axiológico, político, cultural e ideológico de gran complejidad.

- *Existencia de normativa que garantice el acceso de las mujeres a SSYR, información y educación sexual en la materia*

Un hito en este proceso fue el reconocimiento de los derechos de salud sexual y reproductiva como derechos humanos a través de la ley N.º 18.426 (2008): “*el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población [...] promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos*” (Art 1.º).

En 2010, el decreto del Poder Ejecutivo (293/010) reglamenta la ley¹ que desde entonces garantiza la accesibilidad a los servicios de SSYR en instituciones de salud pública y mutuales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En su artículo 3, el decreto establece que estos servicios deben formar parte de programas integrales de salud y deben brindarse con un abordaje universal, amigable, inclusivo (contemplando mujeres, varones y trans), igualitario y multidisciplinario (Art. 3). Los servicios deben informar, asesorar y orientar en materia de derechos sexuales y reproductivos en sus siguientes componentes: sexualidad responsable y placentera; acceso universal a métodos anticonceptivos; prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; prevención y tratamiento de enfermedades

1 La ley N.º 18.426 se aprueba en 2008 y se reglamenta en 2010 a través del decreto N.º 293/010.

de origen reproductivo; prevención de la morbilidad y mortalidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; crear condiciones para que el parto institucional sea humanizado; prevención de la violencia física, psicológica y sexual y atención del aborto (Art. 5 del decreto).

Un año más tarde, el Ministerio de Salud establece que todos los servicios deben asegurar una amplia canasta de métodos anticonceptivos seguros y confiables a su población usuaria.²

En la línea de garantizar una atención integral de la salud sexual y reproductiva, en el año 2013 se promulga la ley N.º 19.167³ que establece la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida y los requisitos para que las instituciones públicas y privadas autorizadas realicen dichos procedimientos. Las técnicas podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica a la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil y orientación sexual.

En el mismo año se sancionaron leyes que regulan la licencia y subsidio por maternidad y paternidad de trabajadores de la actividad privada (ley N.º 19.161) y del funcionariado público del Poder Ejecutivo (ley N.º 19.121). La licencia por maternidad se amplía de 12 a 14 semanas para el sector privado mientras que para las mujeres del sector público se mantiene en 13 semanas. En los casos de nacimientos múltiples, pretérmino o con alguna discapacidad, la licencia será de 18 semanas.⁴

En agosto de 2013, también se promulgó la ley de matrimonio igualitario (19075) que reconoce como legítimo el matrimonio entre personas del mismo sexo, modificando el Código Civil.

Adicionalmente desde 2009 existe la Ley General de Educación (18.437) que institucionaliza la educación sexual en todos los niveles de la educación formal, incorporándola como eje transversal en el sistema educativo.

- *Existencia de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades*

Para la puesta en marcha de estos servicios el Ministerio de Salud Pública (MSP) desarrolló la Guía para implementar la atención de la Salud Sexual y Reproductiva⁵ como hoja de ruta y estrategia para promover la progresiva realización de una atención a la SS y la SR integral, eficaz y de calidad en las instituciones prestadoras de salud. Cada servicio debe contar con equipos coordinadores de referencia con funciones asistenciales directas, ya sea por derivación o por solicitud directa de los usuarios, de coordinación de la atención integral y responsables de la implementación de las acciones y prestaciones incluidas en la ley. Más allá de contar con estos recursos, no se encuentra cuantificado el porcentaje de centros de salud que implementan los protocolos desde una perspectiva intercultural, de género y generaciones.

2 Preservativos, DIU, Anticoncepción Hormonal a través de decreto reglamentario N.º 099/011 sobre incorporación de Métodos Anticonceptivos en los servicios de salud.

3 Ley de Reproducción Humana Asistida (RHA), se promulgó en el año 2013 y su reglamentación se realizó a través de los decretos 69/014; 311/014 y 84/015 con la creación de la Comisión Honoraria de RHA prevista en el artículo 29 de la ley N.º 19.167.

4 Tomado del informe “Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.” MYSU, 2014.

5 <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2010-Gu%C3%ADa-Servicios-SSR.pdf>

- *Número de instituciones públicas que desarrollan políticas, programas y proyectos para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva con un enfoque de protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.*

En Uruguay, el 100% de los prestadores integrales de salud del SNIS brinda servicios acordes a este enfoque. Sin embargo, esto no significa que el servicio se brinde en todos los establecimientos o centros de atención del prestador. En la órbita de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) existen 35 servicios de salud sexual y reproductiva y 70 equipos de Interrupción Voluntaria del Embarazo funcionando.

En cuanto a la información que poseen las mujeres sobre la nueva legislación, un estudio independiente (2013⁶) reveló que más de la mitad de las mujeres entrevistadas entre 15 a 49 años (57,5%) había escuchado hablar de derechos sexuales y reproductivos. En dicha instancia se constató que al analizar la situación por edad y nivel educativo, eran las adolescentes las que reportaban más bajo conocimiento, al igual que las mujeres con menor educación (nivel primario y medio básico). Sondeos más recientes (2015⁷) señalan que alcanza a 77% el porcentaje de las mujeres entre 15 y 49 años que conocen o han oído nombrar la ley de salud sexual y reproductiva.

- *Porcentaje de parejas y personas en condición de infertilidad o subfertilidad que reciben atención para fertilización asistida*

Entre mediados de abril de 2015 y fines de marzo de 2016 se analizaron en ateneo clínico 751 solicitudes, de las cuales se aprobó el inicio de tratamiento de 579 (77%), en tanto 127 pedidos están pendientes de ateneo por falta de información médica (17%).

En este lapso se negaron 33 tratamientos (4,4%) por no estar comprendidos en la normativa de cobertura especialmente dispuesta tras la reglamentación de la ley. Se encuentran pendientes 12 solicitudes por cuestiones administrativas (1,6%).

Mortalidad materna

Uruguay sigue mostrando bajos niveles de mortalidad materna. En 2016 la razón de mortalidad materna⁸ por cada 100.000 nacidos vivos fue de 19,1 (MSP, 2016).

La siguiente tabla muestra la evolución de la mortalidad materna total y la proporción de todas esas muertes asociadas al aborto desde 2001, con la implementación del modelo de reducción de riesgos en 2001 y con la despenalización del aborto en 2012.

6 Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: "Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas" MYSU (2013).

7 Encuesta de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos de 2015 (MERCOPUS).

8 *Razón de mortalidad materna*: es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. *Tasa de mortalidad materna*: es el número de defunciones maternas por 100.000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más usada. Mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada. La tasa de mortalidad materna mide el riesgo de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad) como de morir durante el embarazo o el puerperio.

Cuadro 1. Muertes maternas - razón de mortalidad materna. Período 200 - 2016.

		Año	Cifras absolutas	Nacidos vivos	Razón de MM por 100.000 NV	N.º muertes por aborto
		2001	19	51960	36,6	9
		2002	18	51997	34,6	6
		2003	11	50633	21,7	6
		2004	9	50052	18	1
		2005	9	47150	19,1	2
		2006	6	47236	12,7	2
		2007	13	47372	27,4	2
		2008	7	47428	14,8	0
		2009	16	47152	33,9	1
		2010	7	47420	14,8	0
Reporte de "cero" muerte materna. Ord. 237/11	>	2011	4	46712	8,6	0
		2012	5	48059	10,4	2
BIRMM *2013: recuperó 2 muertes. RMM: 22,6	>	2013	9	48681	18,5	1
		2014	9	48368	18,6	1
*2015: recuperó 1 muerte. RMM: 24,5	>	2015	11	48926	22,6	0
		2016	9	47049	19,1	2

Fuente: MSP, 2017.

BIRMM: Búsqueda Intencional para Reclasificación de Mortalidad Materna.

Salud materna

- *Asistencia sanitaria durante el embarazo y parto*

Los cuadros que se presentan a continuación dan cuenta de la alta cobertura sanitaria durante el embarazo y parto con que viene contando el país. Para el año 2015, el 99,9% de los partos fue asistido por personal de la salud capacitado y en un 90,4% de los nacidos vivos se constata que sus madres asistieron a cuatro o más consultas prenatales.

Cuadro 2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Partos atendidos por personal capacitado	99,80%	99,50%	99,90%	99,90%	99,90%	99,90%
Partos en hospitales	99,40%	99,30%	99,40%	99,50%	99,40%	99,60%

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Cuadro 3. Porcentaje de gestaciones atendidas por personal de salud especializado, según número de visitas

Número de visitas	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Al menos una visita durante la gestación	95,60%	94,70%	97,90%	98,80%	99%	99%
Cuatro o más visitas durante la gestación	91,10%	90,90%	94,20%	95,40%	95,90%	95,90%

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Al analizar la información a nivel subnacional (departamental) se advierte que los menores valores se observan en la capital y en el norte del país.

Cuadro 4. Porcentaje de embarazos con seis o más controles realizados según departamento. Total país

Departamento	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Montevideo	81,6%	79,4%	84,3%	87,0%	88,1%	88,3%
Artigas	76,3%	76,0%	84,5%	86,8%	85,3%	86,2%
Canelones	82,7%	83,0%	87,5%	90,2%	90,4%	91,3%
Cerro Largo	82,3%	81,9%	89,3%	92,4%	91,4%	91,2%
Colonia	86,8%	87,6%	89,0%	90,3%	91,1%	90,3%
Durazno	79,0%	85,1%	84,0%	86,0%	87,3%	88,4%
Flores	88,7%	95,1%	93,4%	91,2%	90,9%	95,1%
Florida	85,8%	88,6%	92,0%	89,2%	93,2%	90,9%
Lavalleja	81,7%	88,0%	91,3%	88,6%	86,4%	91,2%
Maldonado	84,3%	87,3%	88,4%	90,9%	91,5%	92,9%
Paysandú	88,2%	89,1%	89,9%	91,5%	91,1%	91,7%
Río Negro	86,8%	86,7%	91,6%	91,3%	91,9%	91,7%
Rivera	84,0%	83,6%	85,4%	86,9%	87,6%	86,5%
Rocha	83,9%	86,9%	87,2%	88,7%	89,0%	89,3%
Salto	78,6%	84,8%	82,7%	80,8%	84,8%	84,8%
San José	86,9%	85,8%	86,6%	89,3%	91,4%	91,7%
Soriano	87,8%	88,9%	90,0%	89,9%	90,4%	92,6%
Tacuarembó	84,6%	86,5%	88,7%	90,2%	92,4%	92,1%
Treinta y Tres	86,9%	89,3%	93,2%	89,9%	90,0%	91,3%

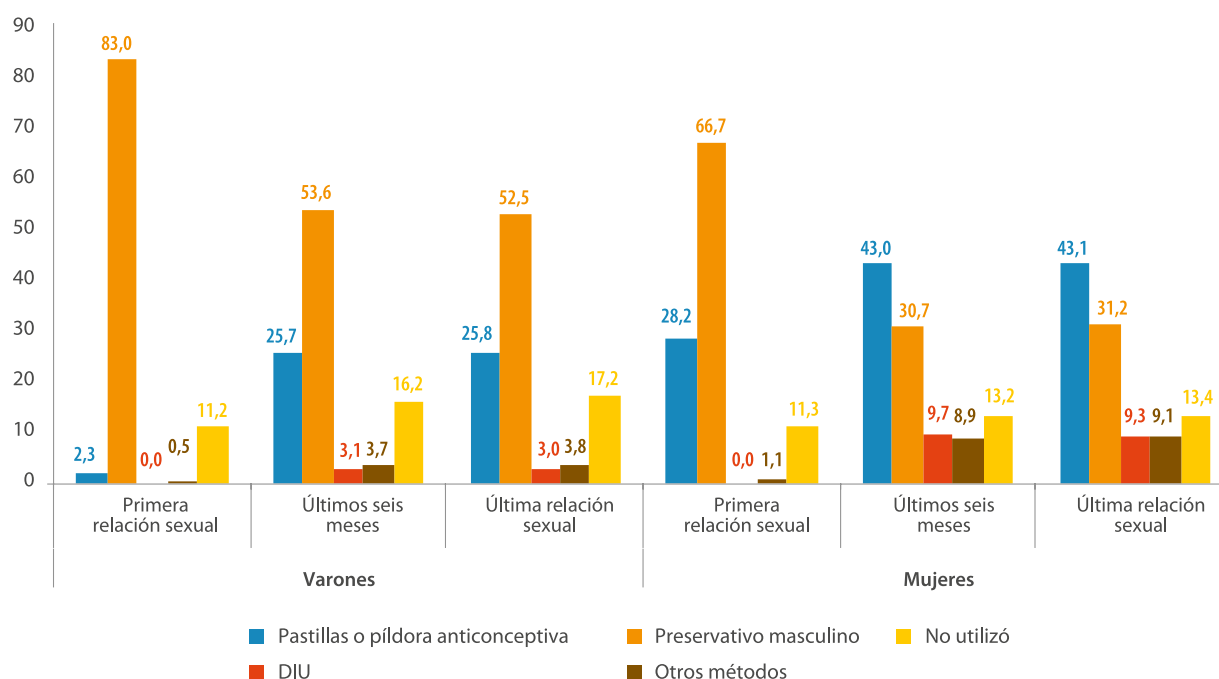
Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Acceso a métodos anticonceptivos

De acuerdo a la primera Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ENCOR-2015), se observa que Uruguay tiene altos niveles de prevalencia en el uso habitual de métodos modernos, en las mujeres de 91,7% y 85,5% en los hombres. Este valor es superior al promedio regional de uso de MAC modernos (67%) publicados en el anuario Estado de la población mundial 2016 (UNFPA). El preservativo masculino y las pastillas son los métodos más utilizados, notándose un incremento del preservativo en la primera relación

sexual en ambos sexos, especialmente entre los hombres (66,7% en las mujeres y 83,0% en los varones), mientras que las pastillas prevalecen como método habitual en las mujeres (43%).

Gráfico 1. Porcentaje del método de anticoncepción utilizado en la primera relación sexual, en los últimos seis meses y en la última relación sexual según sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos 2015, INE.

En el marco de la normativa de ssyr el Ministerio de Salud (MSP) desarrolló una serie de Guías de Salud Sexual y Reproductiva y de Anticoncepción, donde se explicita que los servicios deben asegurar a sus usuarias/os un conjunto de componentes articulados en un plan de anticoncepción. Desde 2011 las instituciones de salud deben tener disponibles una canasta básica de anticonceptivos entre los cuales deben disponer de preservativos sin costo en el caso del sistema público y con un copago en el sistema privado.

Desde el 2014, como política del MSP se promueve la colocación de los implantes hormonales subdérmicos en forma piloto entre las usuarias del sector público, iniciativa que está en proceso de reglamentación por medio de un decreto, para su incorporación al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).

El apoyo de la Cooperación Internacional a través de UNFPA para la compra de los MAC, por medio de licitaciones a gran escala de proveedores internacionales, ha sido relevante para asegurar la anticoncepción gratuita en el SNIS, el acceso a algunos métodos que no están disponibles en el país por otras vías, a la vez que opera como mecanismo moderador de precios en el mercado interno. La variación del IPS de los MAC entre 2011 y 2015 fue inferior a la inflación general de precios, a la inflación en los rubros de salud en su conjunto y a la de otros productos farmacéuticos.

Interrupción voluntaria del embarazo

Desde el año 2012, tras la aprobación de la Ley N.º 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en Uruguay el aborto está habilitado legalmente hasta las 12 semanas de gestación por sola voluntad de la mujer; hasta las 14 semanas cuando el embarazo es producto de una violación y sin plazo cuando hay grave riesgo de salud de la mujer embarazada o malformación fetal incompatible con la vida. Esto coloca a Uruguay en una posición de liderazgo regional en garantizar el acceso al aborto legal y seguro.

Cuadro 5. Tasas de IVE por grupos de edad. Enero 2013 a diciembre 2016. (Cada 1.000 mujeres del correspondiente grupo de edad)

Grupos de edad	2013	2014	2015	2016
15-49 años	8,56	10,18	11,11	11,53
15-19 años	9,02	10,58	12,18	12,3
20-49 años	8,47	10,11	10,91	11,38

Fuente: Área de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud Pública, 2017.

Luego de la despenalización, la tasa de aborto llegó a 12/1.000 mujeres entre 15 y 49 años según cifras oficiales del MSP (2016). Estos valores están entre los menores del mundo, por debajo de los que se reportan en diversos países de Europa occidental. No se cuenta con reportes oficiales de la tasa de abortos inducidos antes de la despenalización, como ocurre habitualmente en las situaciones de ilegalidad.

Cuadro 6. Cantidad y distribución porcentual de los IVE por grupos de edad

Grupos de edad	2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menores de 15 años	74	1,0	69	0,8	94	1,0	74	0,8
15 a 19 años	1200	16,7	1404	16,4	1603	17,1	1597	16,4
20 años o más	5897	82,2	7064	82,7	7665	81,9	8048	82,8
Total	7171	100,0	8537	100,0	9362	100,0	9719	100,0

Fuente: Área de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud Pública, 2017.

De los datos presentados por el MSP respecto a IVE durante el período 2013-2016 se observa que la mayoría de las mujeres que solicitan una interrupción son mayores de 20 años (más del 80%). Las adolescentes representan una franja menor que ronda el 17% en los distintos años.

Los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo se han implementado en todo el país y están disponibles, por lo menos, en todas las capitales departamentales. Sin embargo, hay algunas dificultades que deben enfrentar las instituciones para universalizar la cobertura de esta atención, una de ellas es el alto porcentaje de profesionales de la ginecología que adhieren al recurso de objeción de conciencia. Se detectaron localidades donde el 100% de los ginecólogos son objetores de conciencia: Mercedes (capital

del departamento de Soriano), Young (segunda ciudad más importante del departamento de Río Negro) y Castillos (tercer centro poblado del departamento de Rocha). Cuando los centros de salud tienen 100% de objetores de conciencia, las mujeres que solicitan IVE deben ser trasladadas a otra localidad del departamento, a otro departamento o a Montevideo (Observatorio MYSU, 2013-2017).⁹

VIH

Indicadores:

- *Tasa de notificación de nuevas infecciones por el VIH por cada 100.000 habitantes :*

Hombre	Mujer	Total
33,77	15,81	24,60

Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud - Área Programática ITS - VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 2017 (datos de 2016).

En Uruguay (2016) hay 14.000 personas que viven con VIH. Se estima que más del 77% (10.856 personas) conoce su estado serológico y la información disponible permite saber que 6.300 personas (53%) están bajo tratamiento antirretroviral. De ellas, hay 4.750 con una carga viral indetectable (43%).

- *Porcentaje de mujeres que conocen su diagnóstico de VIH durante el embarazo, parto y puerperio*

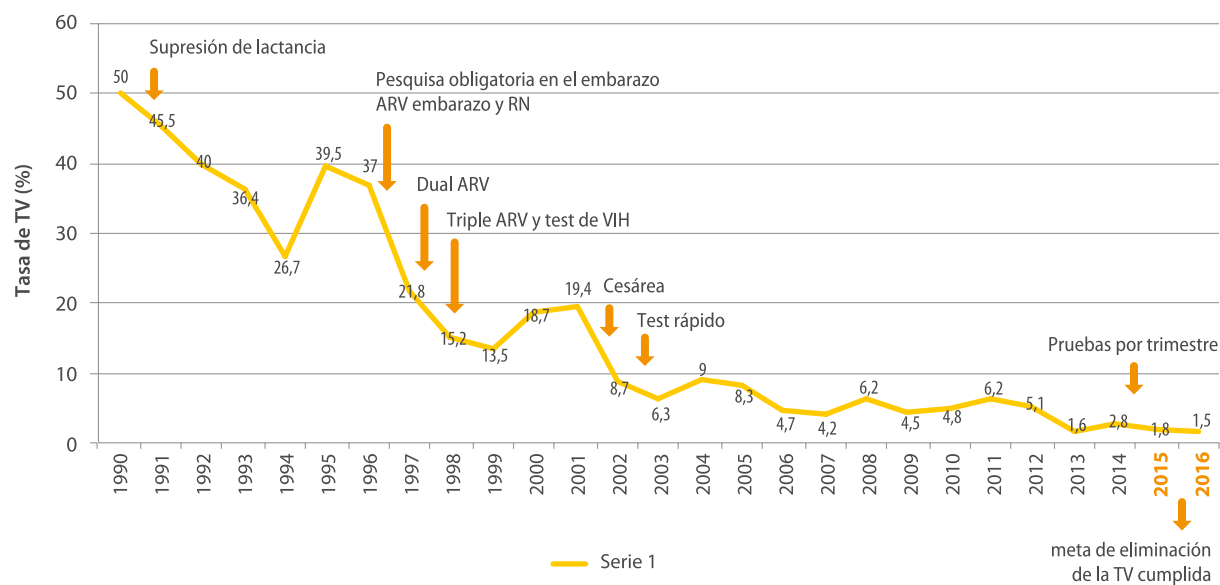
De acuerdo a la Auditoría de VIH del Ministerio de Salud Pública, en el año 2015 hubo 112 mujeres con VIH confirmado que tuvieron su parto (112 casos en 48.742 nacimientos), lo que significa una incidencia del 0,23%. Entre las usuarias del subsector público se registraron 80 casos y 32 en el sector privado. Dados los nacimientos ocurridos en uno y otro sector (19.517 público y 29.225 privado) esto significó que la prevalencia del sector público (0,4%) fue cuatro veces superior a la del sector privado (0,1%).

Se lograron auditar 110 casos. De las 110 mujeres con confirmación de VIH, 70 ya conocían su condición previo al embarazo (una conoció su estado en el trabajo de parto y dos en el puerperio inmediato). De las 70 que conocían su estado, 44 (63%) estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV) al momento de la gestación.

La cobertura de TARV registrada al momento de la gestación en mujeres con VIH (63%), constituye una cifra mayor a la registrada para la población global, que en 2015 se estimaba en 50%. Las mujeres embarazadas con VIH conocido previo al embarazo y que se atienden en el subsector privado, tuvieron una cobertura de TARV significativamente mayor respecto a las del subsector público (100% frente a 47%).

Por su parte, como puede apreciarse en el siguiente gráfico, la tasa de transmisión vertical viene experimentando un descenso sostenido en las últimas décadas, alcanzando la meta de eliminación de la transmisión vertical en el país (< 2%) en 2015 con 1,8% y 2016 con 1,5%.

⁹ Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/informes-observatorio/>

Gráfico 2. Evolución de la transmisión vertical de VIH, 1990-2016

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Capítulo E

Igualdad de género

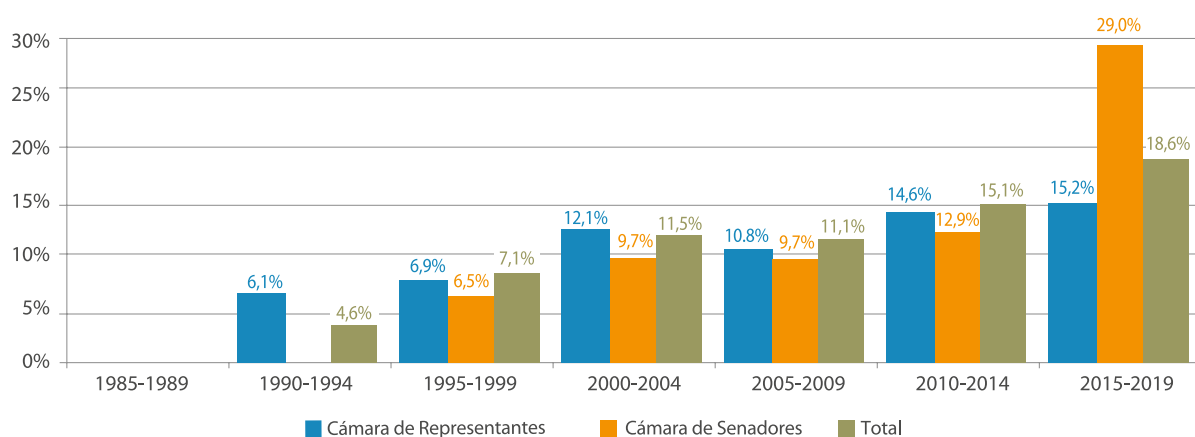
➤ **Medida 48.** Cumplir con el compromiso de incrementar y reforzar los espacios de participación igualitaria de las mujeres en la formulación e implementación de las políticas en todos los ámbitos del poder público y en las tomas de decisiones de alto nivel.

Indicador:

1. ODS Indicador 16.7.1 (ajustado): Proporción de posiciones por sexo en las instituciones públicas (asambleas legislativas nacionales y locales, administración pública y Poder Judicial), en comparación con las distribuciones nacionales.

Para el actual período electoral, se registra un aumento histórico en el porcentaje de mujeres en la Cámara de Senadores¹ que asciende a 29,0% (lo cual se corresponde con nueve senadoras). Por otro lado, no se registraron modificaciones en la Cámara de Diputados respecto a la elección anterior. La Ley de Cuotas en Uruguay tuvo impactos en la Cámara de Senadores al permitir alcanzar una representación de mujeres cercana a un tercio de dicha cámara. Sin embargo, en la Cámara de Representantes a nivel departamental, se obtuvo una sola banca en todos los departamentos, con excepción de Montevideo y Canelones. Así, la utilización mínima de los criterios establecidos por dicha ley, acaba no teniendo efecto alguno en la composición de la Cámara de Representantes.² Frente a dicho escenario es que Uruguay continúa siendo uno de los países de América Latina y el Caribe que registra los niveles más bajos de participación de mujeres en el Poder Legislativo.

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de representantes mujeres en el Parlamento Nacional según Cámara por período de gobierno. 1985-2019



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES-MIDES, con base en datos de la Corte Electoral.

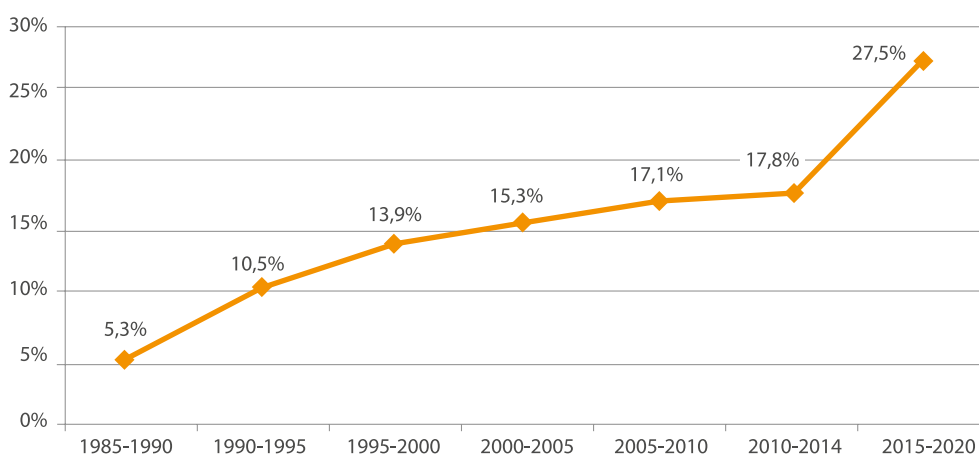
En cuanto a los gobiernos locales, la evolución del porcentaje de mujeres edilas electas por departamento desde la salida de la dictadura hasta el año 2020 muestra que, por un lado, el total de edilas se duplica entre el primer y el segundo período de gobierno presentados para luego mantenerse relativamente estable hasta 2014. Por otro lado, entre los años 1995 y 2014 es posible apreciar un aumento importante

¹ Es necesario aclarar que en las últimas elecciones, tres mujeres resultaron electas en ambas cámaras. Dada la imposibilidad de que una persona asuma ambos cargos a la vez y dado que sus suplentes en ambas cámaras son varones, se definió considerarlas en la cámara más alta; es decir la de senadores.

² <http://oig.cepal.org/es/autonomias/autonomia-la-toma-decisiones>

llegando al 27,5%. Por tanto, si bien las mujeres se encuentran representadas en mayor medida en los gobiernos departamentales, se trata de proporciones muy bajas en comparación con la región. Al igual que en las elecciones parlamentarias de 2014, para las departamentales, la legislación exigía que cada tres candidaturas, uno fuera de distinto sexo. A pesar del impacto positivo que la normativa tuvo en lo que refiere a la representación política de las mujeres, no se logró el umbral de un tercio al que aspiraba.

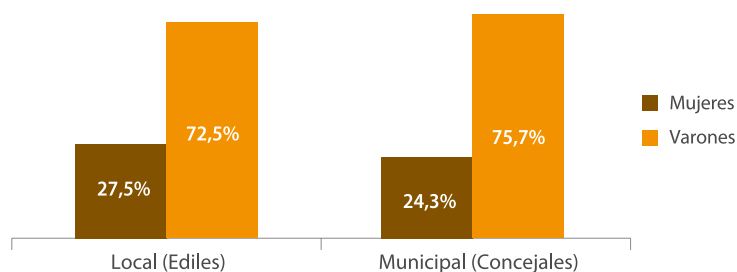
Gráfico 2. Evolución del porcentaje de edilas para el total del país por período de gobierno. 1985-2020



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES-MIDES con base en información Corte Electoral-Congreso de Intendentes y juntas departamentales.

En cuanto a la distribución de personas en cargos en consejos municipales por sexo, se advierte que tanto en el caso de ediles como de alcaldes, la participación de varones resulta mayor que la de mujeres. La mayor brecha de género para este indicador se registra a nivel municipal; 75,7% son varones y 24,3% son mujeres.

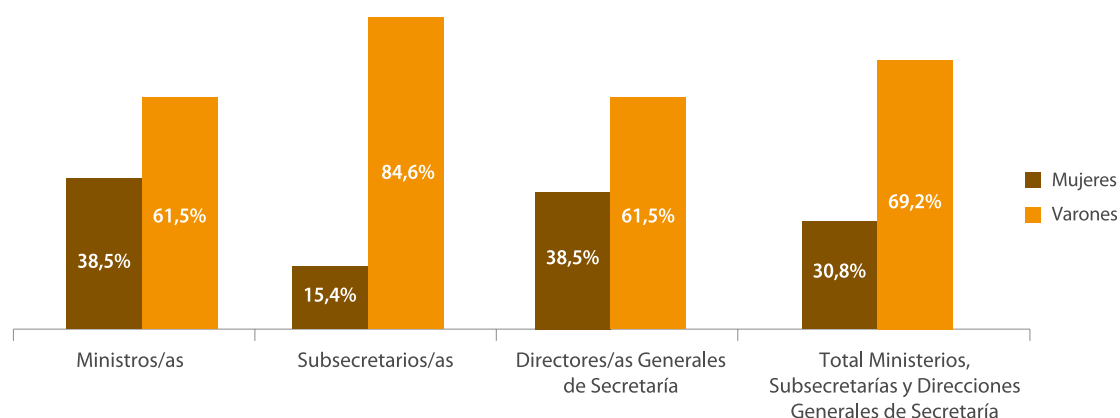
Gráfico 3. Distribución porcentual de cargos en asambleas locales (juntas departamentales) y (concejos) municipales según sexo. Total país, 2015



Fuente: SIG-INMUJERES-MIDES con base en datos de la Corte Electoral.

En el caso del Poder Ejecutivo central también es posible observar el predominio masculino. Si bien el porcentaje de mujeres ministras es el más alto de la historia, está por debajo del nivel de paridad. Del total de Ministerios, Subsecretarías y Direcciones Generales de Secretaría, el 69,2% de los altos cargos se encuentra ocupado por varones, mientras que el 30,8% por mujeres.

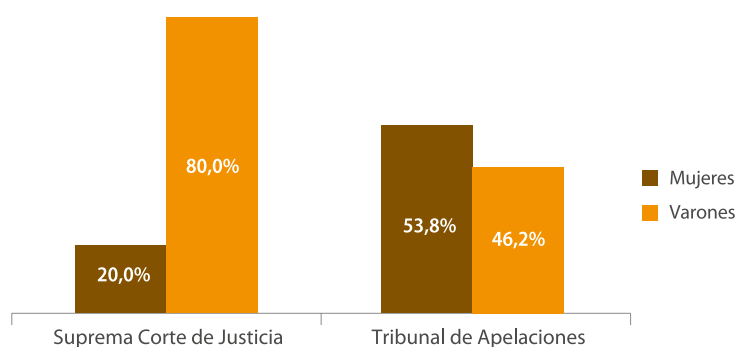
Gráfico 4. Distribución porcentual de altos cargos en el Poder Ejecutivo central según sexo. Total país, 2015



Fuente: SIG-INMUJERES-MIDES con base en Guía Oficial de Autoridades, 2015.

Por su parte, el 80,0% de la Suprema Corte de Justicia está integrado por varones y solamente el 20,0% por mujeres. La relación se invierte en el caso del Tribunal de Apelaciones, en el cual las mujeres adquieren mayor participación que los varones; 53,8% frente a 46,2% respectivamente.

Gráfico 5. Distribución porcentual de funcionarios del Poder Judicial por sexo según escalafón. Total país, 2016



Fuente: SIG-INMUJERES-MIDES con base en registros del Poder Judicial, 2016.

> Medida 49. Tomar medidas para promover y fortalecer la elaboración, implementación y rendición de cuentas de presupuestos sensibles al género, para lograr la igualdad de acceso a los gastos del sector público, la inclusión de principios de igualdad de género en las distintas etapas de planificación, la presupuestación y la satisfacción de necesidades sociales específicas de hombres y mujeres.

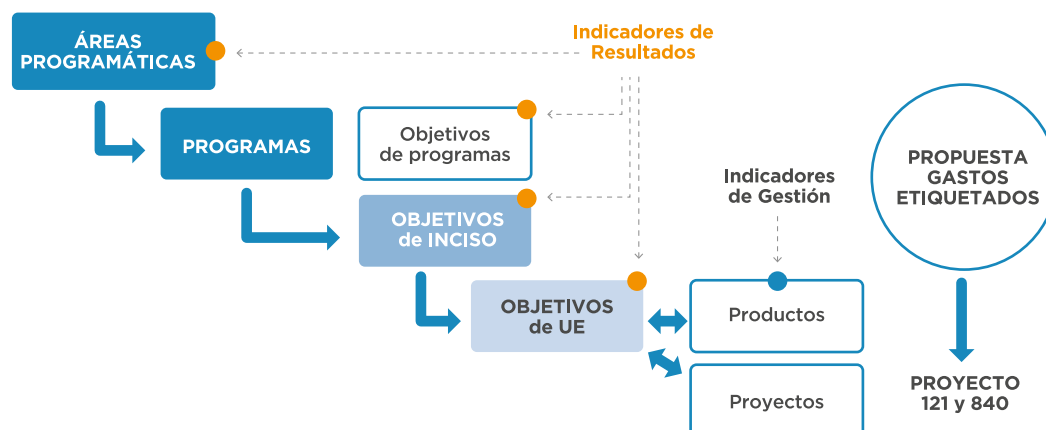
Para esta meta se sugiere presentar el indicador porcentaje de presupuestos gubernamentales con asignación específica de recursos para la igualdad de género. Actualmente Uruguay no cuenta con ese dato, sin embargo, se está implementando el Proyecto 121 a nivel estatal a partir del cual la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) en articulación con el Instituto Nacional de las Mujeres instan a los organismos estatales a que su presupuesto sea sensible al género. Concretamente, el Proyecto 121 impulsa a las instituciones estatales a explicitar la cantidad de presupuesto destinado a acciones vinculadas a la igualdad de género. Por otro lado, el proyecto 840 se propone que las instituciones estatales etiqueten su presupuesto en inversión orientado a mitigar desigualdades de género. En toda la administración pública de los 34 incisos, 18 de ellos tienen comprometidas acciones vinculadas al género en sus informes de gestión. Sin embargo, tan solo 15 de ellos abrieron Proyecto Presupuestal 121. Cabe señalar que no hay ningún inciso que haya usado el proyecto de igualdad de género 840 vinculado a inversiones.

Esta es una línea de trabajo vinculada a visibilizar la apertura de los proyectos de funcionamiento y de inversión identificando recursos que los organismos integrantes del presupuesto nacional destinan a la reducción de la desigualdad de género como resultado, reconoce que estas partidas pueden llevar a modificar la condiciones de partida, constituyéndose así también en una opción efectiva hacia cumplir con elementos de equidad.

El segundo aspecto de resultados financieros planteados está vinculado a reconocer el esfuerzo que cada uno de los incisos realiza para seguir avanzando en presupuestos sensibles al género.

Si bien incorporar la perspectiva de género en materia presupuestal va más allá del etiquetado de gastos que resulta, es decir, la asignación específica a proyectos que pueden ser analizados a partir de paquetes financieros, es central reconocer el esfuerzo de los incisos en esta materia.

Diseño presupuesto



Fuente: SPE - Sistema de Planificación Estratégica y Evaluación - *Manual de Usuario*, marzo 2016, página 3.

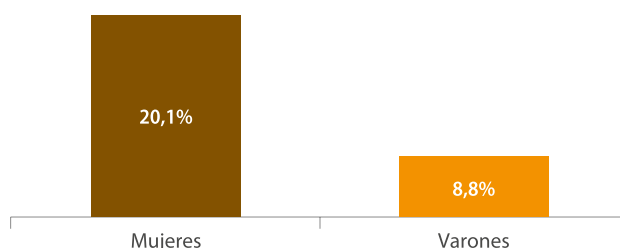
➤ **Medida 53.** Desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado que estén basados en los estándares más altos de los derechos humanos, con perspectiva de igualdad de género y generacional, que promuevan la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las familias y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y que faciliten el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas.

Indicador:

1. ODS Indicador 5.4.1: Proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados, desglosada por sexo, edad y ubicación.

Al analizar el porcentaje de horas semanales dedicadas al trabajo no remunerado sobre el total de horas semanales para varones y mujeres, se advierte que la proporción de tiempo semanal destinado al trabajo no remunerado no se distribuye equitativamente. Las mujeres destinan 20,1% de sus horas semanales al trabajo no remunerado mientras que los varones dedican solamente 8,8 % de su tiempo semanal en este tipo de trabajo.

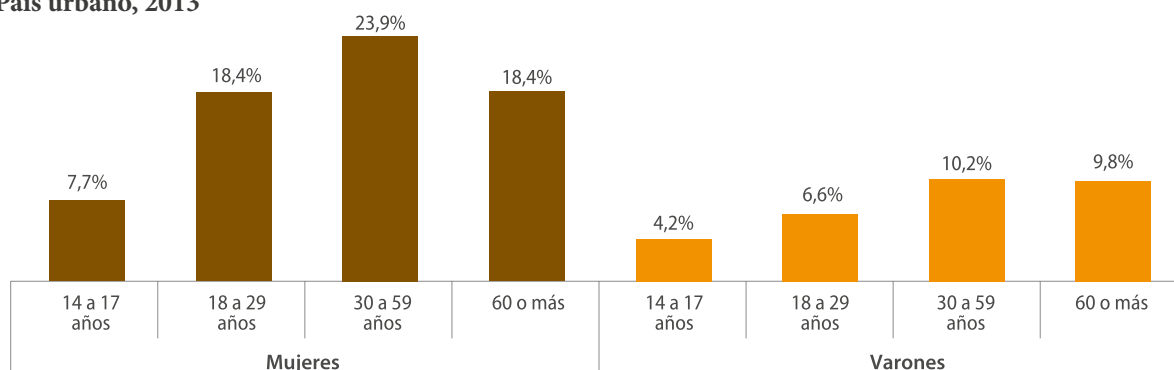
Gráfico 6. Porcentaje de tiempo semanal dedicado al trabajo no remunerado según sexo. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES-MIDES con base en EUT 2013.

Al considerar la edad, se observa que la proporción de tiempo semanal destinado al trabajo no remunerado aumenta en las edades productivas y reproductivas de las mujeres, descendiendo levemente en el tramo de 60 años y más. Por otro lado, al hacer foco en los varones, se percibe un leve pero sostenido aumento del tiempo destinado a este tipo de trabajo a medida que aumenta la edad, estabilizándose en el tramo de 60 y más. En todos los casos, las mujeres destinan mayor proporción de su tiempo al trabajo que sus pares varones. La brecha de género más importante se observa en el tramo de 30 a 49 años.

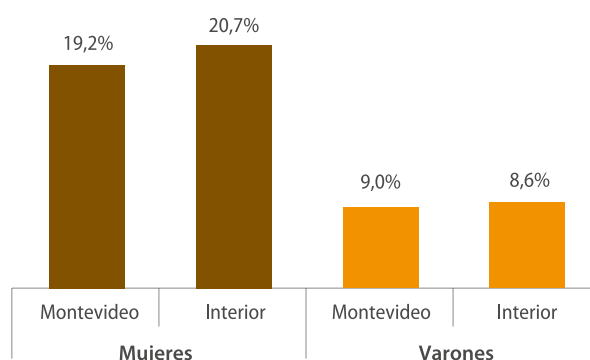
Gráfico 7. Porcentaje de tiempo semanal dedicado al trabajo no remunerado por sexo y tramo de edad. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES-MIDES con base en EUT 2013.

A su vez, el lugar de residencia no presenta variaciones entre el tiempo que dedican varones y mujeres a la realización de este tipo de trabajo.

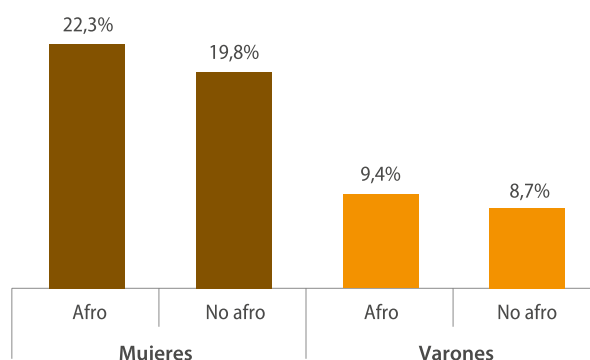
Gráfico 8. Porcentaje de tiempo semanal dedicado al trabajo no remunerado, por sexo y región de residencia. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES-MIDES con base en EUT 2013.

Al hacer foco en el porcentaje destinado al trabajo no remunerado por sexo, desglosado por ascendencia, tampoco se aprecian variaciones en el porcentaje del tiempo destinado al trabajo no remunerado.

Gráfico 9. Porcentaje de tiempo semanal dedicado al trabajo no remunerado, por sexo y ascendencia. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES-MIDES con base en EUT 2013.

> Medida 56. Establecer mecanismos de prevención, presentación de quejas y sanción de las prácticas de hostigamiento y acoso sexual y laboral, así como otras formas de asedio y violencia contra las mujeres y los hombres, especialmente en el espacio laboral y educativo.

En setiembre de 2009, Uruguay sancionó la ley N.º 18.561 que busca prevenir y sancionar el acoso sexual en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno en los ámbitos públicos y privados. La misma reconoce el acoso sexual como una forma grave de discriminación y violencia, definiéndolo como favores sexuales, acercamientos corporales indeseados u ofensivos y el uso de expresiones o imágenes de naturaleza sexual. Se reconoce al empleador o jerarca como responsable de estas agresiones, además de a quien las realiza.

La ley prevé la implementación de políticas de sensibilización y de supervisión para la prevención de este tipo de conductas por parte del Estado y determina como organismo competente a la Inspección General del Trabajo y Seguridad Social.

Se establecen dos mecanismos para la denuncia de este tipo de situaciones. Por un lado, dentro del propio centro educativo o lugar de trabajo y, por otro, ante la Inspección General del Trabajo.

Dentro del INMUJERES, la División de Políticas Transversalidad de Género realiza acciones de promoción y sensibilización en el ámbito laboral y educativo.

En lo relativo al ámbito laboral, se realizan acciones articuladas con INEFOP donde se trabaja el tema del acoso. Además, el INMUJERES implementa el Modelo de Calidad con Equidad en organismos de la Administración Pública para la identificación y reversión de brechas de desigualdad instaladas en la cultura organizacional; uno de los requerimientos del proceso de trabajo es la formación y puesta en funcionamiento de comisiones receptoras de denuncias y acciones de sensibilización vinculadas a la temática.

Los ambientes de trabajo deben ser saludables y libres de violencia contra las mujeres. En este sentido, es fundamental la vigilancia de la aplicación de la ley de acoso sexual laboral, ley N.º 18.561 (2009), que establece normas para su prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno.

En relación con los procesos de las últimas décadas, la instalación de la Comisión Tripartita para la Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo en 1997 tuvo una importancia sustantiva. Esta comisión instaló procesos de discusión y promovió cambios a nivel normativo como, por ejemplo, la ley N.º 18.561 que permitió instrumentar cambios para la prevención y sanción del acoso sexual en ámbitos laborales y en las relaciones docente-alumno. Esta establece las garantías necesarias ante un proceso de denuncia que podrá ser presentada en la empresa o en la Inspección General del Trabajo y de la Seguridad Social.

Asimismo, esta comisión trabajó para desarrollar un plan nacional de igualdad y trato en el empleo a nivel nacional, que fue un antecedente directo del Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos que se estableció para el período 2007-2011.

En cuanto al ámbito educativo, el INMUJERES realiza talleres e instancias de promoción en centros educativos como, por ejemplo, concursos de afiches entre estudiantes de enseñanza media y técnico-profesional, donde la ley es difundida en el estudiantado y el personal técnico y docente son sensibilizados en el tema.

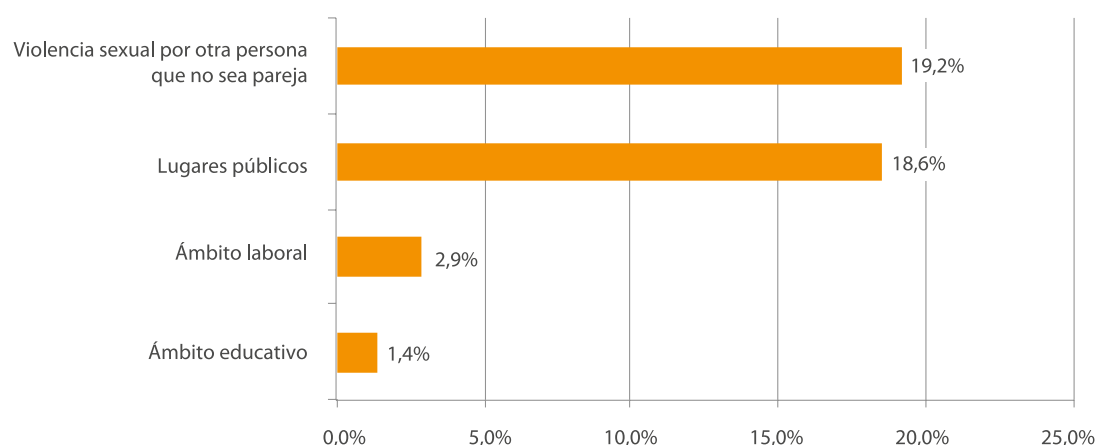
Existe un importante número de políticas en la materia y distintos organismos que registran denuncias por discriminación (Institución Nacional de DD. HH., Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad, Comisión Nacional contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra Forma de Discriminación, Inspección del Trabajo/MTSS), sin embargo, **no existe un organismo que centralice y dé difusión de forma sistemática sobre estas denuncias ni información suficiente para la ciudadanía respecto a cómo y dónde realizar las denuncias.**

➤ **Medida 57.** Hacer efectivas las políticas adoptadas y tomar medidas preventivas, penales, de protección y atención que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia, incluida la esterilización forzada, y estigmatización contra las mujeres y las niñas en los espacios públicos y privados, en particular los asesinatos violentos de niñas y mujeres por motivos de género, asegurando el acceso efectivo y universal a los servicios fundamentales para todas las víctimas y sobrevivientes de la violencia basada en género y prestando especial atención a las mujeres en situaciones de mayor riesgo, como las mayores, embarazadas, con discapacidad, grupos culturalmente diversos, trabajadoras sexuales, que viven con VIH/SIDA, lesbianas, bisexuales, transexuales, afrodescendientes, indígenas, migrantes, que residen en las zonas de frontera, solicitantes de refugio y víctimas de trata, entre otras.

Indicadores:

1. ODS Indicador 5.2.1: Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los 12 últimos meses violencia física, sexual o psicológica infligida por un compañero íntimo actual o anterior, desglosada por la forma de violencia y por edad.
2. ODS Indicador 5.2.2: Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los últimos 12 meses violencia sexual infligida por otra persona que no sea un compañero íntimo, por edad y lugar del hecho.
3. ODS indicador complementario 16.1 Femicidio.
4. ODS indicador 16.2.2 Número de víctimas de la trata de personas por cada 100.000 habitantes, desglosado por sexo, edad y tipo de explotación.

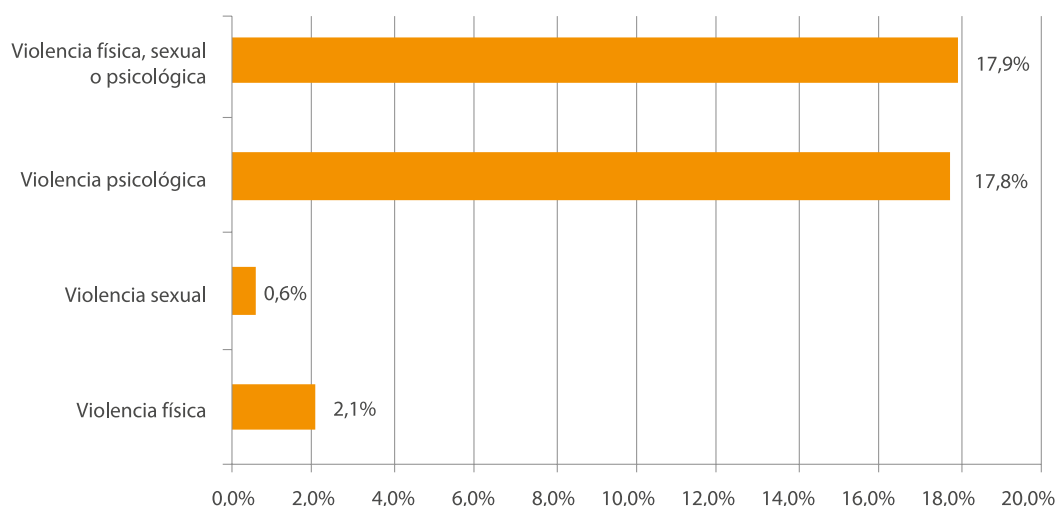
Gráfico 10. Porcentaje de mujeres de 15 años o más que vivieron situaciones de violencia sexual por otra persona que no era pareja o ex pareja, según ámbito de ocurrencia. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, inmujeres en base a PENPVBGG 2013.

El 17,9 % de las mujeres que tienen o han tenido pareja alguna vez en la vida, declara haber sufrido violencia ejercida por parte de esta en los últimos 12 meses, ya sea física, sexual o psicológica. Este último tipo es el que se encuentra presente en casi todas las situaciones de violencia de pareja reportadas. Además, coexiste con las situaciones de violencia sexual y física.

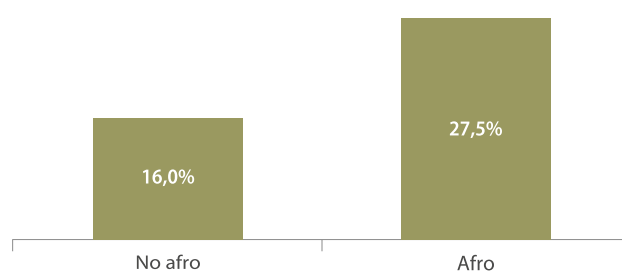
Gráfico 11. Porcentaje de mujeres que tuvieron pareja alguna vez en la vida y vivieron situaciones de violencia por parte de su pareja o expareja en los últimos 12 meses, según tipo de violencia. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES con base en PENPVBGG 2013.

Al analizar la ascendencia étnico racial de las mujeres que han atravesado situaciones de vbg infringida por la pareja actual o anterior en los últimos 12 meses, es posible observar que el 16% de las mujeres no afro pasó por alguna situación de vbg en el marco de la pareja, mientras que entre las mujeres afro la prevalencia es casi diez puntos porcentuales mayor.

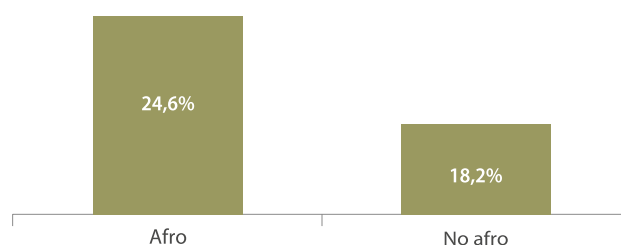
Gráfico 12. Porcentaje de mujeres que tuvieron pareja alguna vez en la vida y vivieron situaciones de violencia por parte de su pareja o expareja en los últimos 12 meses, según ascendencia. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES con base en PENPVBGG 2013.

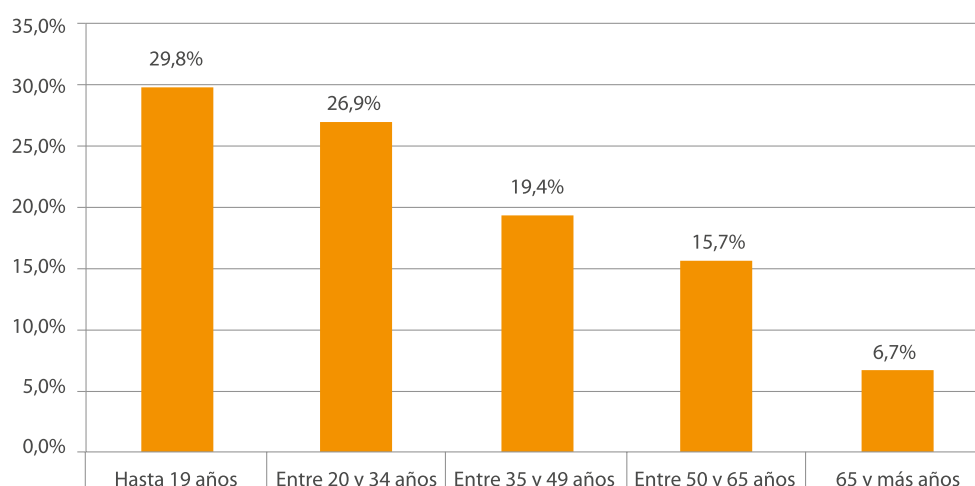
Las mujeres enfrentan situaciones de violencia basada en género en varios ámbitos. Así, dos de cada diez mujeres (19,2%), reportan situaciones de violencia sexual en ámbitos educativo, laboral y espacios públicos, en donde el predominio de situaciones de violencia se encuentra en lugares públicos como plazas, fiestas y la vía pública.

Gráfico 13. Porcentaje de mujeres de 15 años o más que vivieron situaciones de violencia sexual por otra persona que no era pareja o expareja, según ascendencia. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES con base en PENPVBGG 2013.

Gráfico 14. Porcentaje de mujeres que tienen o tuvieron pareja alguna vez en la vida y que vivieron situaciones de violencia por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses, según tramo de edad. País urbano, 2013



Fuente: Sistema de Información de Género, INMUJERES con base en PENPVBGG 2013.

Violencia basada en género

Las políticas y la normativa nacional e internacional que impulsan los estados dan cuenta de su grado de compromiso con respecto a la erradicación de las desigualdades y la violencia de género.

En el plano internacional, Uruguay ha ratificado dos convenciones fundamentales. La primera es la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), de 1979, ratificada por Uruguay en 1981. En ella se define por primera vez internacionalmente la discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer...”.

La segunda es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, que tuvo lugar en 1994 en Belén do Pará y que Uruguay ratificó en 1995. Esta última conceptualiza la violencia de género como: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Esta normativa tiene, a su vez, un correlato en las leyes nacionales y programas que han sido aprobados a lo largo del tiempo. En julio de 1995 se reconoció la violencia doméstica como delito en sí mismo en el artículo 18 de la ley N.º 16.707. Siete años después, el país aprueba la ley N.º 17.514, que declara de interés general la prevención, detección, atención y erradicación de la violencia doméstica. Con una apuesta por la interinstitucionalidad, se creó el **Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNLCVD)**³, entidad que tiene competencia para elaborar, monitorear y evaluar el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010, así como la elaboración del **Plan de Acción 2016-2019: Por un país libre de violencia de género con mirada generacional**.

Plan de Acción 2016-2019: por un país libre de violencia de género con mirada generacional

Los principios orientadores del plan son: 1) igualdad y equidad de género; 2) respeto, promoción y ejercicio de los derechos humanos; 3) laicidad y erradicación del patriarcado; 4) la integralidad de las políticas; 5) la mirada integral a la violencia basada en género (VBG); 6) profundización democrática; 7) participación ciudadana y diálogo Estado-sociedad civil; 8) principio de transparencia (rendición de cuentas).

Los pilares hacia una vida libre de violencia basada en género que todas las acciones que se desarrollen deberán incorporar son:

1. la transversalización del enfoque de género,
2. la integralidad de las políticas e intervenciones,
3. la descentralización,
4. participación ciudadana, y
5. la territorialización de las políticas.

Líneas de acción:

- Presentación de Proyecto de Ley Integral de Violencia Basada en Género (mencionado más adelante).
- Fortalecimiento del Sistema Interinstitucional de Respuesta a la Violencia Basada en Género.
- Fortalecimiento de la estrategia de comunicación que permita seguir impulsando el cambio cultural.
- Fortalecimiento de un sistema de información que permita el conocimiento sobre la problemática en el país.
- Fortalecimiento intra e interinstitucional del Consejo Nacional Consultivo (articulación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica con otros espacios interinstitucionales).
- Monitoreo y evaluación del Plan.

En abril de 2017 la Cámara de Senadores aprobó por unanimidad el proyecto de ley que modifica los artículos 311 y 312 del Código Penal y consagra la **figura de femicidio** como agravante “muy especial” del homicidio. El proyecto se encuentra actualmente en tratamiento en la Cámara de Diputados. A su vez, en 2016, el Poder Ejecutivo envió el **proyecto de ley integral para Garantizar a las Mujeres una vida**

3 El CNLCVD está integrado por los siguientes organismos: Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), órgano que lo preside; Ministerio de Educación y Cultura (MEC); Ministerio del Interior (MI); Ministerio de Salud Pública (MSP); Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU); Poder Judicial (PJ); Fiscalía General de la Nación; Administración Nacional de Educación Pública (ANEP); Congreso de Intendentes; Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS) en representación de la Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales (ANONG). Además participan en calidad de invitados: Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP); Ministerio de Defensa Nacional (MDN); Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE); Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS); Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA); Banco de Previsión Social (BPS) y el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH).

libre de Violencia basada en Género,⁴ elaborado por el Consejo Nacional Consultivo de lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD), como resultado de un proceso participativo, interinstitucional y de la sociedad civil organizada vinculada a la temática. Actualmente, este se encuentra en tratamiento en la Comisión Población, Desarrollo e Inclusión de la Cámara de Senadores.

El proyecto de ley incluye la prevención y promoción de derechos, la atención y reparación; declara los derechos y garantías para las mujeres; define procesos de protección, investigación y penalización; y determina los procesos en los ámbitos administrativos, civiles y penales. Asimismo, este proyecto comprende los diversos ámbitos de la violencia basada en género, fortaleciendo la legislación en relación con el acceso a la justicia, la efectividad de las medidas de protección, la adecuación de los procesos a las necesidades específicas de las distintas poblaciones (niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores, y tomando en cuenta su condición o no de discapacidad); y la reparación integral.

La puesta en marcha por parte de INMUJERES del Sistema de Respuesta en Violencia basada en Género forma parte de la estrategia para ofrecer una respuesta integral y especializada en la temática.

En esta línea, el sistema de respuesta se compone de 23 servicios de atención a mujeres en situación de violencia basada en género, 18 dispositivos de articulación territorial (DAT); un servicio de atención a mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual; una casa de breve estadía para mujeres en riesgo de vida por violencia doméstica; soluciones habitacionales transitorias para mujeres en proceso de salida de situaciones de violencia doméstica y seis servicios de atención a varones que tengan dispuesta la medida de uso de las tecnologías de verificación y presencia y localización en situaciones de violencia doméstica con alto riesgo de vida (tobilleras) y los que voluntariamente quieran iniciar un proceso de atención.

En forma paralela a estas acciones, el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social (INMUJERES/MIDES), el MEC, la ANEP y el INAU unen sus esfuerzos a la Campaña “Nunca más a mi lado”, en la que participan el grupo de música No te Va Gustar (NTVG), la Bancada Bicameral Femenina (BBF) y la Red Uruguay contra la Violencia doméstica y sexual (RUCVDS), con el objetivo de continuar profundizando las acciones de promoción de noviazgos libres de violencia.

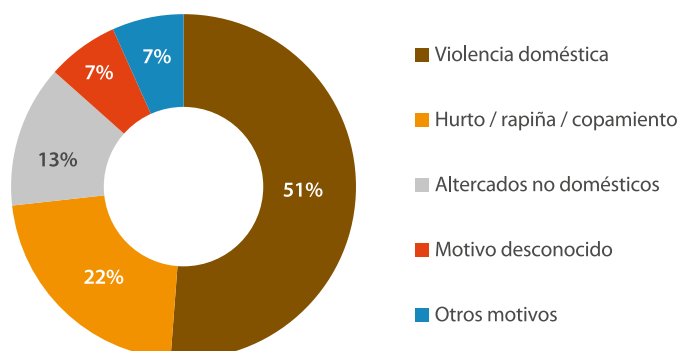
La Campaña “Noviazgos libres de Violencia. 50 días de reflexión” es una acción colectiva a nivel nacional orientada a impulsar la participación de adolescentes de todo el país en la generación de acciones que fomenten la reflexión, sensibilización y promoción de noviazgos libres de violencia.

ODS Indicador Complementario 16.1 - Femicidio

La Violencia Basada en Género (VBG) es actualmente uno de los problemas de seguridad ciudadana más graves del país (ver capítulo sobre ODS 5). Las denuncias por violencia doméstica aumentaron de forma constante en los últimos años. Según los datos del Ministerio del Interior, las denuncias prácticamente se duplicaron entre 2010 y 2016, pasando de 15.277 a 30.299.

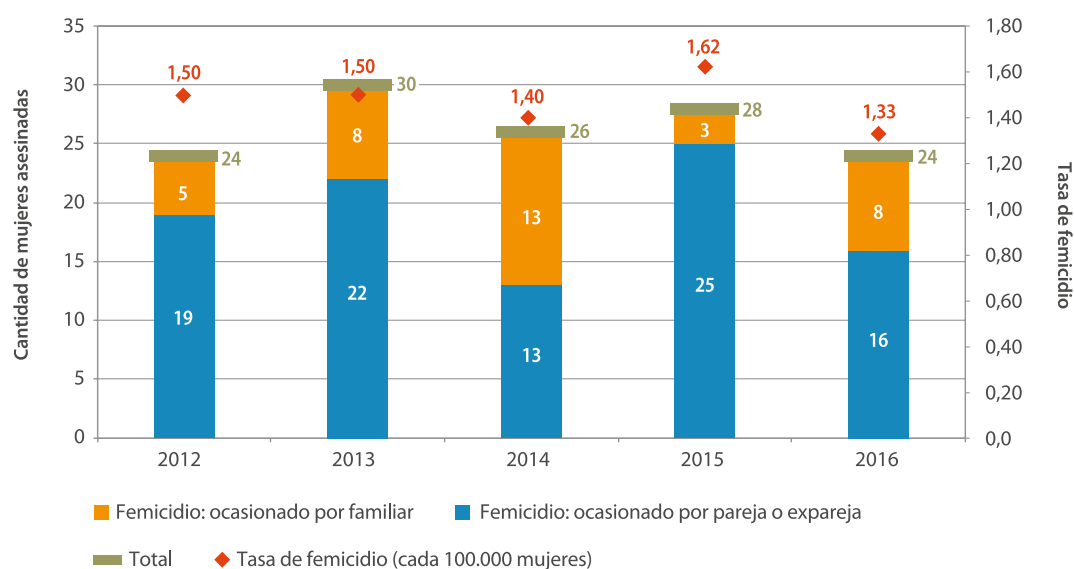
La VBG encuentra su expresión más extrema en el asesinato de mujeres por parte de sus parejas o exparejas. En este sentido, la violencia doméstica representa la causa más importante de homicidios de mujeres.

4 <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/18258/1/folleto-ley-amigable.pdf>

Gráfico 15. Mujeres víctimas de homicidio, por motivo de agresión (porcentaje), noviembre 2014 - octubre 2015)

Fuente: Elaboración de CIESU con base en datos del Ministerio del Interior.

Por ejemplo, el 51% de todas las mujeres asesinadas entre noviembre 2014 y octubre 2015 fueron casos de violencia doméstica. De las 17 víctimas de femicidio en el año 2016, el 38% de ellas había hecho denuncia previa de violencia doméstica. Este es un problema que preocupa fuertemente a la ciudadanía y ha ganado importancia en la agenda política (varios proyectos de ley sobre el tema están siendo analizados actualmente en el Parlamento).

Gráfico 16. Mujeres víctimas de femicidio, según relación con el agresor

Fuente: Elaboración de AGEV-OPP con base en datos del Ministerio del Interior.

Indicador 16.2.2 Número de víctimas de la trata de personas por cada 100.000 habitantes, desglosado por sexo, edad y tipo de explotación.

Se identificaron algunas dificultades para su detección y medición.

Tal como señaló la Relatora Especial sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños,⁵ Joy Ngozi Ezeilo, en ocasión de su visita a Uruguay en 2010, uno de los principales problemas que se presentan al respecto es la falta de información estadística para determinar la prevalencia de la trata en el país, en especial la trata con fines de explotación laboral. Asimismo, planteó que Uruguay es un país de origen de trata, pero crecientemente se ha comenzado a volver también de tránsito y destino. En cambio, las cifras de víctimas uruguayas identificadas que fueron explotadas en el exterior han disminuido en los últimos años.⁶

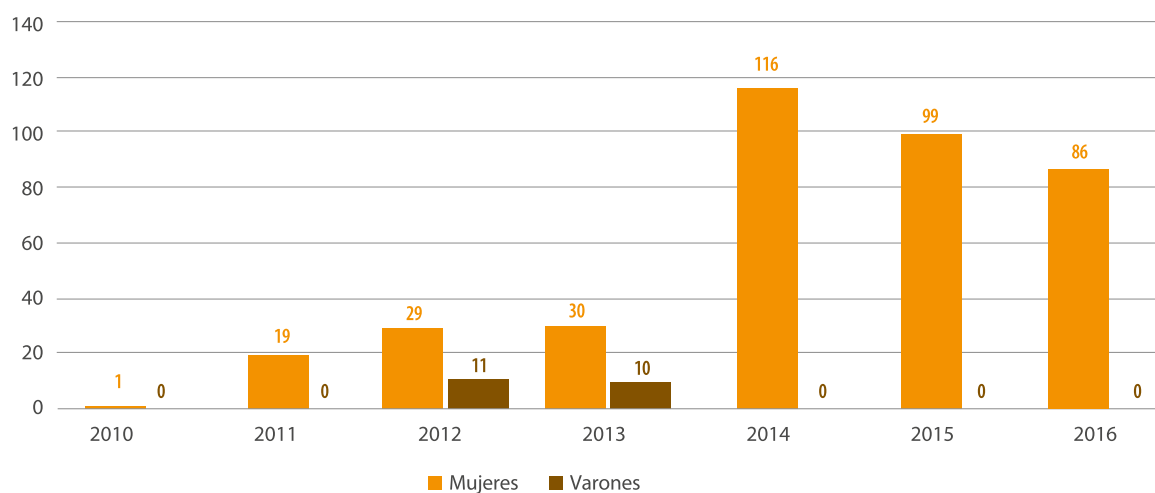
En el marco de la consulta del piloto, las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en el tema plantearon que otra complejidad es que, en ocasiones, los casos de trata no están relacionados con redes internacionales, sino que son redes familiares que ofrecen a los niños, niñas y adolescentes como forma de pago, lo que es aún más difícil de detectar.

El servicio público de atención a mujeres en situación de trata por explotación sexual registra el número de consultantes por año. Sus datos muestran un incremento de las demandas entre 2010 y 2015. Aunque estos datos refieren solamente a consultas por trata sexual, y no a otras formas de trata, permiten acercarse al fenómeno más general. Por otra parte, el número de consultas no equivale al número de víctimas, ya que un caso puede involucrar a más víctimas.

Otra posibilidad para analizar el estado de situación sobre la trata de personas en el país podría ser ver el número de víctimas de trata que se desprende de los casos judiciales por la ley N.º 18.250. Un problema de esta aproximación es el evidente subregistro que implica tener en cuenta este tipo de información. Por ejemplo, mientras que el INMUJERES reporta 116 consultas solamente por trata de mujeres en situación de explotación sexual en 2014, el número de víctimas de trata por todas las causales en casos cerrados por la ley N.º 18.250 para ese año es solamente de 36 personas.

5 Por trata de personas se entenderá la “captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos”. Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas. Disponible en línea en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/560/92/PDF/N0056092.pdf?OpenElement> [Consultado el 17/01/2017].

6 El informe está disponible en <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2015/9923> [sitio web consultado el 17/01/2017].

Gráfico 17. Cantidad de consultas por año de servicio público de atención a mujeres en situación de trata sexual

Fuente: SIG-INMUJERES-MIDES con base en registros administrados de servicio público de atención a mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual.

Cuadro 1. Indicador 16.2.2 – suplementario: Cantidad de víctimas en casos cerrados de trata de personas

2013	2014	2015	2016
5,0	36,0	51,0	7,0

Fuente: Ministerio del Interior.

Forma de cálculo: Los datos reportados son en números absolutos, y se elaboraron en base a información brindada por la División Políticas de Género- Ministerio del Interior.

Dicha información se construye a partir del SGS, Dirección General de Lucha Contra el Crimen Organizado e INTERPOL (sólo casos cerrados).

No se incluyen las víctimas que se atienden en los servicios de INMUJERES-MIDES.

Cuadro 2. Indicador 16.2.2 – suplementario: Cantidad de encausados según delito tipificado de trata de personas en materia de crimen organizado

2013	2014	2015
2	9	6

Fuente: Estudio procedimientos penales en crimen organizado - PJ.

Trata con fines de explotación sexual

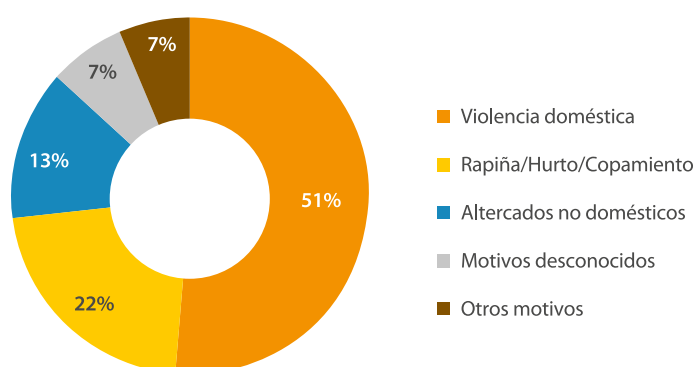
En noviembre de 2015 se creó la Mesa Interinstitucional para la prevención y combate de la trata de personas⁷ (decreto 304/015), el ámbito de articulación del Estado y sociedad civil para planificar acciones comunes y concretar respuestas para el abordaje de la trata y el fortalecimiento de su política pública. En setiembre de 2016, en el marco de un acto central de conmemoración del Día Internacional contra la Explotación Sexual y el Tráfico de Mujeres, Niñas y Niños, se presentó a las autoridades del Poder Ejecutivo,

⁷ Integrada por: MIDES/INMUJERES, MI, MRREE, MDN, MEC/MPF, MTOF, MTSS, MS, MGAP, MT, MVOTMA, PJ, INAU, BBE, UDELAR, PIT-CNT y OSC/ANONG.

Poder Judicial y de la Fiscalía General de la Nación el “Documento de Insumos para un Anteproyecto de ley Integral para la Prevención y Combate a la Trata de Personas”.

Esta iniciativa actualmente se encuentra en estudio en la Comisión Especial del Senado para el análisis del estado de situación de la trata de personas en el Uruguay, y la creación del correspondiente marco legislativo. Además, esta mesa interinstitucional trabaja en un futuro plan de acción de combate a la trata con fines de explotación sexual.

Gráfico 18. Homicidios de mujeres según causa, año 2015

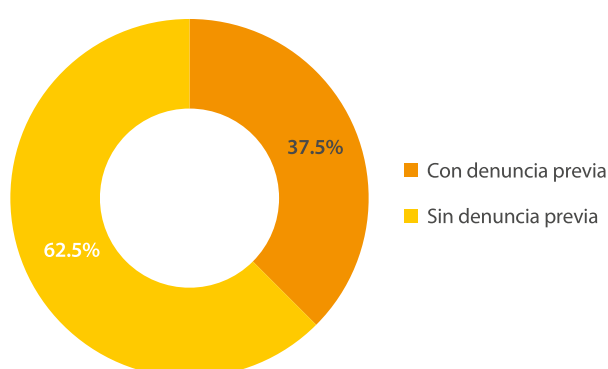


Descripción: Informa la incidencia de los homicidios de mujeres según la causa en el período enero-octubre 2015.

Fuente: Ministerio del Interior. Informe sobre violencia doméstica y de género, noviembre 2015. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/noviembre2015.pdf>

Nota: se presenta como indicador complementario del ods 16.

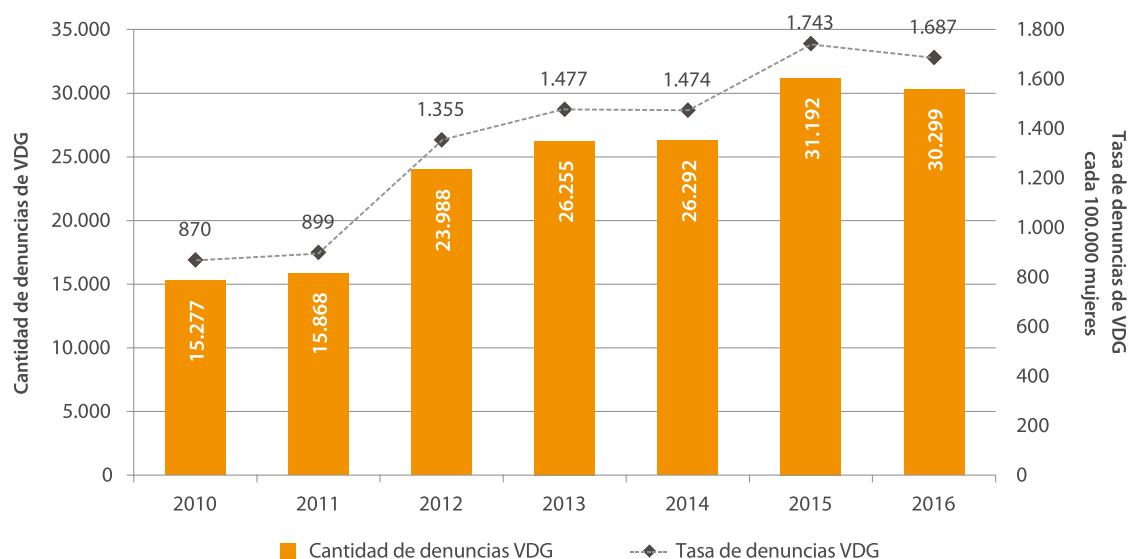
Gráfico 19. Homicidios de mujeres por pareja o expareja íntima, según existencia de denuncia previa, año 2016



Descripción: Releva el porcentaje de mujeres de 15 o más años de edad víctimas mortales de su pareja o ex pareja íntima, según si habían realizado denuncia previa por violencia doméstica y de género.

Fórmula: Homicidios de mujeres ocasionados por su pareja o ex pareja íntima existiendo (no existiendo) antecedentes previos de violencia doméstica y de género / homicidios de mujeres ocasionados por su pareja o ex pareja íntima * 100.

Fuente: División Estadística y Análisis Estratégico, Ministerio del Interior.

Gráfico 20. Tasa y cantidad de denuncia de Violencia Doméstica y de Género

Descripción: Cantidad de denuncias por VDG y tasa de la misma cada 100.000 mujeres.

Fórmula: Cantidad de denuncias de VDG; (Denuncias de VDG/Total de mujeres en el país)*100.000.

Fuente: División Estadística y Análisis Estratégico, Ministerio del Interior.

Nota: se presenta como indicador suplementario del indicador global 16.1.3 del ops 16.

Capítulo F

La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes

Uruguay está procesando un cambio de tendencia significativo en materia migratoria, de ser un país generador de emigrantes, sobre todos en oleadas, pasa a ser receptor de retornados y de migrantes. Pero también se comprueba un cambio del perfil migratorio. Esto se evidencia cada vez más en todos los campos de la vida nacional. Esta novedad está haciendo que se estén procesando rápidamente a nivel institucional acciones y respuestas que permitan cumplir con el pleno respeto de los derechos de las personas migrantes.

Sin embargo, se reconoce la necesidad de avanzar en la mejora de los registros para contar con mejor y más información que no se base solo en necesidades administrativas.

> Medida 67. Brindar asistencia y protección a las personas migrantes, independientemente de su condición migratoria, especialmente a aquellos grupos en condición de vulnerabilidad, respetando cabalmente sus derechos y de acuerdo con la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y las disposiciones de la Convención de Viena sobre Relaciones Consulares, destacando la necesidad de brindarles una atención integral en aquellos países de tránsito y destino.

Indicador:

1. GO Indicador 67.1: Ratificación e implementación, por parte del país, de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.
 - Nota: La medida se relaciona también con la **meta 10.7 de los ODS** (“Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, entre otras cosas mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas”).

A través de la ley N.º 17.107, de 21 de mayo de 1999, Uruguay aprobó la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas por resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990.

Uruguay presentó en el año 2013 su informe país ante el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, el que con base en el mismo aprobó al año siguiente el documento de observaciones finales al país.

> Medida 72. Proteger decididamente los derechos humanos, evitando toda forma de criminalización de la migración, garantizando el acceso a servicios sociales básicos, de educación y de salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva cuando corresponda, para todas las personas migrantes, independientemente de su condición migratoria, prestando particular atención a los grupos en condición de mayor vulnerabilidad, entre ellos, los menores no acompañados, las personas que se desplazan en situación irregular, las mujeres víctimas de la violencia, las víctimas de trata, las repatriadas y las que se desplazan forzosamente buscando refugio.

Indicadores:

1. GO Indicador 72.1.
2. GO Indicador 72.3: se vincula con el **Indicador 5.6.2 de ODS** ajustado para mujeres migrantes: “El país

cuenta con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años de edad el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia”.)

Para esta medida no se posee información para dar cuenta de lo que implican los indicadores. Se puede señalar, sin embargo, que la Secretaría de Derechos Humanos, dependiente de la Presidencia de la República, cuenta con el Departamento de Identidad, que tiene como objetivo promover el cumplimiento del derecho a la identidad en todas sus dimensiones, a través de la atención integral a la ciudadanía, que comprende el asesoramiento y la gestión de trámites para la regularización de documentación (con prioridad para las personas sin documentación, inmigrantes, retornados, personas solicitantes de refugio y personas trans que soliciten el cambio de nombre o sexo registral), y la sensibilización y capacitación en el derecho a la identidad desde una perspectiva étnico-racial, con atención en la identidad de género y la valorización de la diversidad cultural de las personas. En este mismo sentido, trabaja para una adecuada derivación de las denuncias de discriminación hacia las instituciones competentes en la materia.

> Medida 73. Dar prioridad, en cada país, al fortalecimiento de los canales de coordinación intersectorial y, entre los países, al reforzamiento de los mecanismos de cooperación intergubernamental, para garantizar el ejercicio de los derechos humanos de todas las personas migrantes, independiente de su condición migratoria, con una perspectiva basada de género.

Uruguay ha desarrollado un marco normativo e institucional para atender a la dinámica migratoria actual, con base en una perspectiva de protección y garantía de los derechos humanos de las personas migrantes, lo cual es establecido en su artículo 1 de la ley N.º 18.250 de Migración, de 6 de enero de 2008.

En particular se destaca en materia de coordinación interinstitucional la Junta Nacional de Migración (JNM). La JNM es el órgano asesor y coordinador de políticas migratorias del Poder Ejecutivo creada en el año 2008. Está integrada por los ministerios de Relaciones Exteriores (que la preside), del Interior, de Trabajo y Seguridad Social, de Desarrollo Social y la Presidencia de la República. En el año 2014 (ley N.º 19.149, artículo 158) se fortaleció la Junta Nacional de Migración a partir de la creación de la Secretaría Ejecutiva, la cual está a cargo del Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE), contando para su funcionamiento con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones. Asimismo, en la Junta Nacional de Migración participa el Consejo Consultivo Asesor de Migración (CCAM).

La Junta Nacional trabaja en coordinación con otros organismos públicos del país y en articulación con las políticas sectoriales, en una perspectiva basada en los derechos fundamentales de las personas migrantes.

La participación de la sociedad civil es de suma prioridad. El artículo 26 de la ley N.º 18.250 crea el Consejo Consultivo Asesor de Migración al que le compete asesorar a la Junta Nacional de Migración en los temas relativos a la inmigración y emigración de personas, en el diseño de políticas migratorias y en el seguimiento del cumplimiento de la normativa vigente en la materia. El CCAM tiene su propio reglamento interno de integración y funcionamiento.

La Junta y el MRREE, a través de la Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación (DGCV), han apoyado los encuentros anuales de Migración y Ciudadanía, seminarios y otras actividades coorganizadas por el CCAM y la Red de Apoyo al Migrante, y han apoyado iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al acceso a derechos.

La situación de los compatriotas que buscan retornar al país es una preocupación de la DGCV que enfatiza el trabajo desde la perspectiva de los derechos humanos, reflejada en una gestión consular basada en una política de equidad y derechos, procurando soluciones prácticas a las necesidades o demandas de quienes retornan o planifican el retorno, generando a partir de la identificación de las mismas, acciones concretas que mejoren el operar diario en beneficio de los usuarios.

El 18 de setiembre de 2014 se aprobó la Ley N.º 19.268 de Organización Consular, nuevo marco normativo que permitió adecuar los servicios tradicionales de labor consular, como servicio público a la ciudadanía, a los principios de simplificación administrativa, modernización tecnológica y protección y promoción de los intereses y derechos de los uruguayos en el exterior. El MRREE ha fortalecido, bajo esta perspectiva, la capacitación de los funcionarios diplomáticos que desarrollarán tareas en el exterior.

Dentro de las competencias que le atribuye el actual marco normativo, la gestión desde la DGCV ha estado focalizada en mejorar las condiciones de vida de todos los compatriotas residentes en el exterior, independientemente de su lugar de residencia, facilitar su retorno, proteger sus derechos e intereses en el exterior asegurando la igualdad de trato con los nacionales de los países de residencia, mejorar su integración.

Por otra parte, al Estado uruguayo le preocupa especialmente la situación de grupos más vulnerables de migrantes que requieren de una protección integral de parte de los Estados de origen, tránsito y destino: víctimas de trata y tráfico, las niñas, niños y adolescentes separados y/o no acompañados, las mujeres víctimas de violencia de género y las personas privadas de libertad, entre otros.

En el año 2008 se inicia el Programa Identidad del Mides, y está orientado al asesoramiento y tramitación de la regularización de la documentación uruguaya y el derecho a la identidad, tanto para personas inmigrantes como uruguayas. El Departamento de Identidad tiene alcance nacional a través de los servicios de atención de las oficinas territoriales del MIDES en todo el país.

El artículo 162 de la Ley de Presupuesto del año 2015, N.º 19.355 faculta al Poder Ejecutivo a otorgar la residencia legal a personas extranjeras que permanezcan en el país en forma irregular y que se encuentren en especial situación de vulnerabilidad, acreditada ante el MIDES, siempre que se respete la prohibición establecida en el inciso segundo del artículo 37 de la Constitución de la República y que el interesado cumpla con la reglamentación que se dicte al efecto.

También se han realizado campañas de información y sensibilización sobre la inmigración. Se elaboraron guías referenciales, como la guía *Vivir en Uruguay* del MRREE, elaborada en 2013 y destinada quienes deciden radicarse en el país. Se realizó también la campaña “La inmigración es positiva” con el objetivo de informar y sensibilizar a la población sobre el derecho a migrar y en la igualdad de derechos y obligaciones.

Se ha capacitado a los funcionarios públicos con el objetivo de informar y sensibilizar a los funcionarios y responsables públicos en temas migratorios y recoger las consideraciones locales para tomarlas como fundamental insumo al momento de generar futuros lineamientos de trabajo que den continuidad a las acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Relaciones Exteriores en materia de políticas migratorias.

Estas instancias de formación se realizaron en coordinación con los gobiernos departamentales a través de diversos referentes sociales en cada departamento.

Todos los funcionarios diplomáticos y administrativos del Ministerio de Relaciones Exteriores designados por la Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación, antes de partir a cumplir funciones consulares en el exterior, son formados sobre la política migratoria del Uruguay basada en una perspectiva de derechos humanos.

Además, anualmente se realizan cursos de capacitación a todos los funcionarios diplomáticos recién ingresados al Ministerio, como también a funcionarios administrativos que cumplirán funciones por tres años en el exterior.

Por último se señala que la Comisión Sectorial de Población que, como se ha mencionado, tiene la responsabilidad del seguimiento de los acuerdos del Consenso de Montevideo, ha creado una subcomisión temática sobre movilidad humana, fortaleciendo así las líneas de coordinación interinstitucional y ayuda a colocar la perspectiva de población en el enfoque de los diferentes cometidos de la política pública. En ella participan instituciones públicas, sociedad civil y academia. Uno de los ejes de trabajo definidos ha sido la mejora de los registros administrativos para permitir contar con mejor información y, de esa forma, mejorar la capacidad de respuesta y anticipación de la política pública en la perspectiva del pleno respeto de los derechos de todas las personas.

Capítulo G

Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad

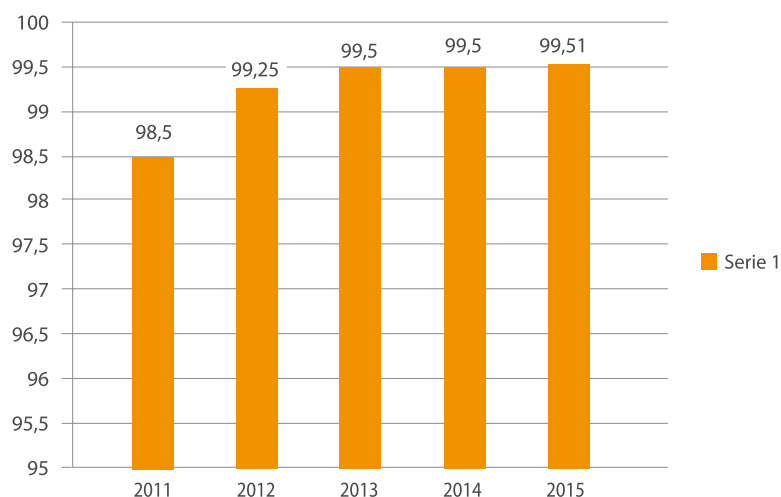
> **Medida 77.** Promover el desarrollo y el bienestar de las personas de todos los territorios, sin ningún tipo de discriminación, incluido el pleno acceso a servicios sociales básicos, y la igualación de las oportunidades dentro de las ciudades, entre zonas urbanas y rurales, entre ciudades pequeñas, intermedias y grandes y entre población dispersa y la que habita en pequeños asentamientos rurales.

Indicadores:

1. ODS Indicador 6.1.1: Porcentaje de la población que dispone de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura.
2. ODS Indicador 6.2.1: Porcentaje de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura, incluida una instalación para lavarse las manos con agua y jabón.
3. ODS Indicador 11.1.1: Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales, asentamientos improvisados o viviendas inadecuadas.

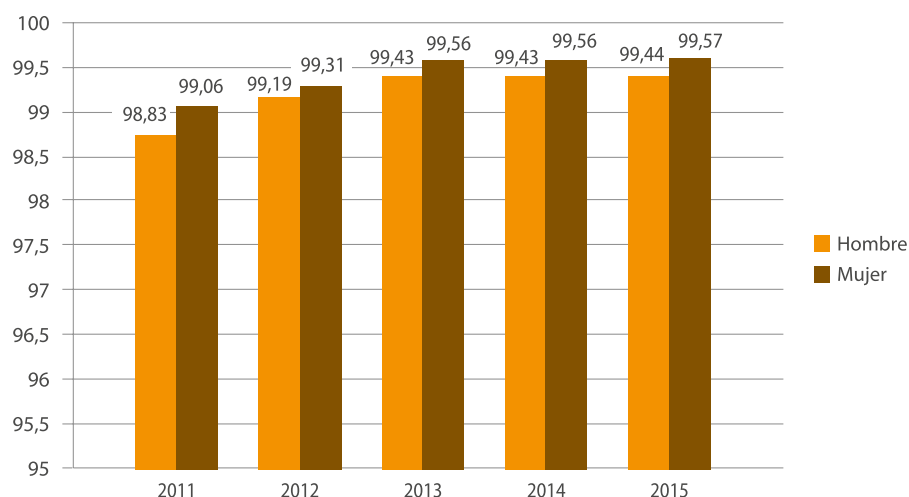
Un aspecto central en la vida de las personas es el acceso al agua potable. En nuestro país se lo consagra como un derecho humano tal cual lo establece el artículo 47 de la Constitución de la República. El alto nivel de cobertura se observa en el Gráfico 1, donde se observa que en el año 2015 la cobertura alcanza al 99,51% de la población en todo el país. Por esta razón, no se observan diferencias significativas al evaluar el acceso a agua potable desagregado por sexo (Gráfica 2).

Gráfico 1. Proporción de la población que dispone de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura por año. Total país, 2011-2015.



Fuente: INE. Elaboración con base en datos de ECH, 2011-2015.

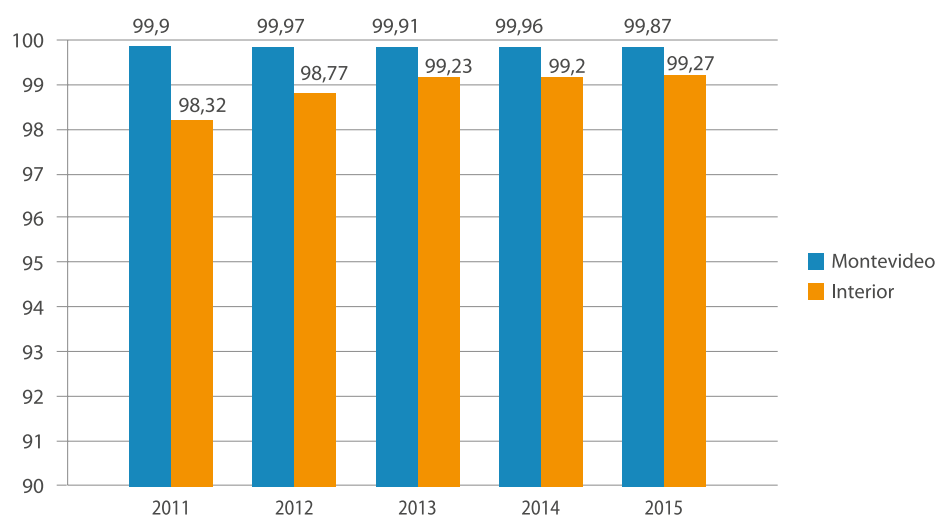
Gráfico 2. Proporción de la población con acceso a agua potable mejorada, por año, desglosado por sexo. Total país, 2011-2015



Fuente: INE. Elaboración con base en datos de ECH. 2011-2015.

Por su parte el acceso a agua potable mejorada muestra diferencias absolutamente mínimas al observar el mismo según la ubicación geográfica, a pesar de los altos niveles de cobertura y acceso total. De todas formas la diferencia prácticamente desaparece para el año 2015 (Gráfica 3).

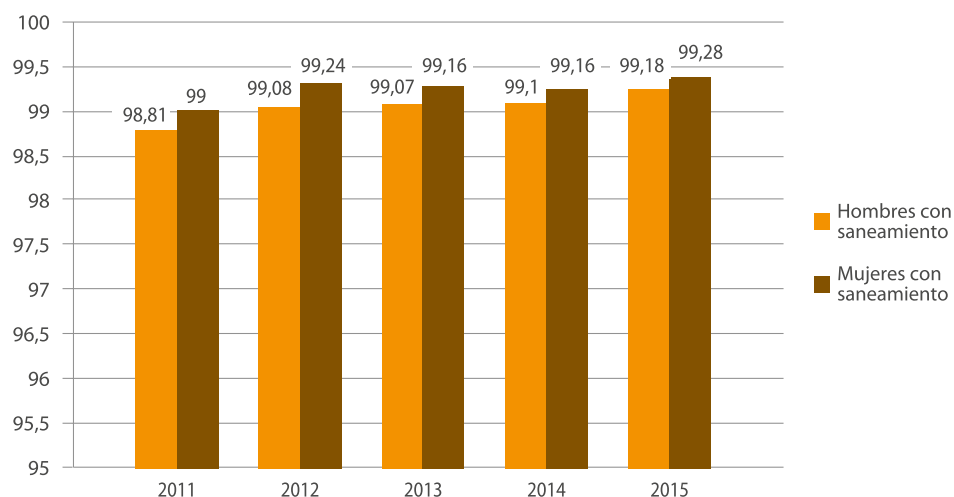
Gráfico 3. Proporción de la población con acceso a agua potable mejorada, por año, desglosado por ubicación geográfica. Total país, 2011-2015.



Fuente: INE. Elaboración con base en datos de ECH. 2011-2015.

Otro componente fundamental de los servicios es el acceso al saneamiento gestionados de forma segura, incluida una instalación para lavarse las manos con agua y jabón. A nivel país el acceso está por encima del 99% de la población. Al desglosarlo por sexo las diferencias son insignificantes y aun así mejoran en el tiempo, llegando en 2015 a ser de 99,28% para mujeres y de 99,18% para los hombres (Gráfica 4).

Gráfico 4. Proporción de la población que dispone de saneamiento gestionado de manera segura desglosado por sexo. Total país, 2011-2015

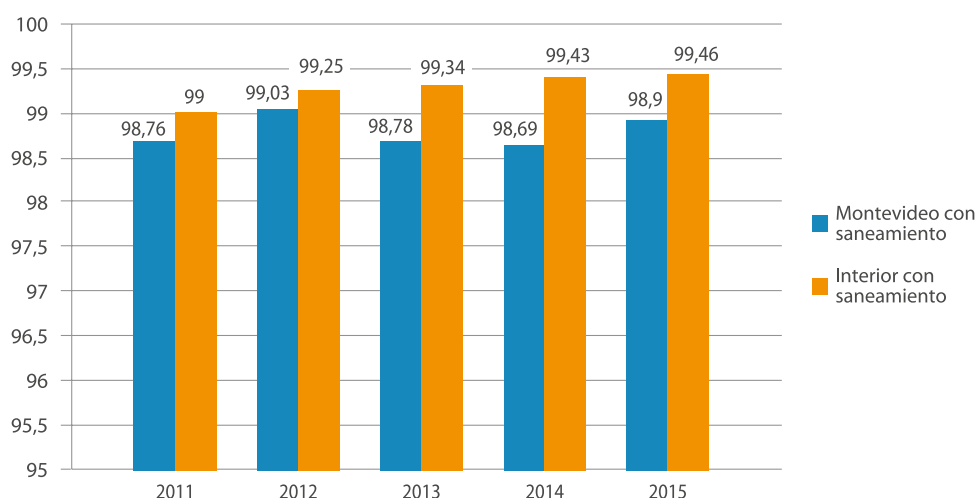


Fuente: INE. Elaboración con base en datos de ECH. 2011-2015.

En cuanto a la población que dispone de saneamiento gestionado de manera segura según la ubicación geográfica, observamos que aunque tanto en Montevideo como en el interior los datos rondan el 99% de la población, llega a haber en el período 2011-2015 hasta un punto porcentual de diferencia a favor del interior, tal como se muestra en la Gráfica 5, pero es evidente que el país tiene una casi total cobertura en esta materia.

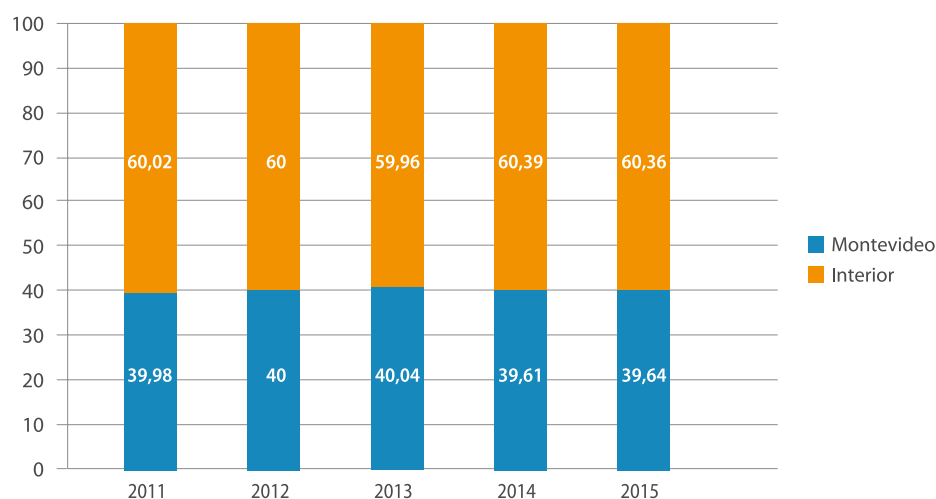
Según la distribución de la población que dispone de saneamiento según su ubicación geográfica, no hay diferencias significativas entre la distribución de la población total entre Montevideo e interior (Gráfica 6).

Gráfico 5. Proporción de la población que dispone de saneamiento gestionado de manera segura por año desglosado por ubicación geográfica. Total país, 2011-2015.



Fuente: INE. Elaboración con base en datos ECH 2011-2015.

Gráfico 6. Distribución de la población que dispone de saneamiento gestionado de manera segura desglosado por ubicación geográfica. Total país, 2011-2015



Fuente: INE. Elaboración con base en datos ECH 2011-2015.

Un dato relevante para observar en este caso es el que corresponde a la proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas (NBI) según el INE¹.

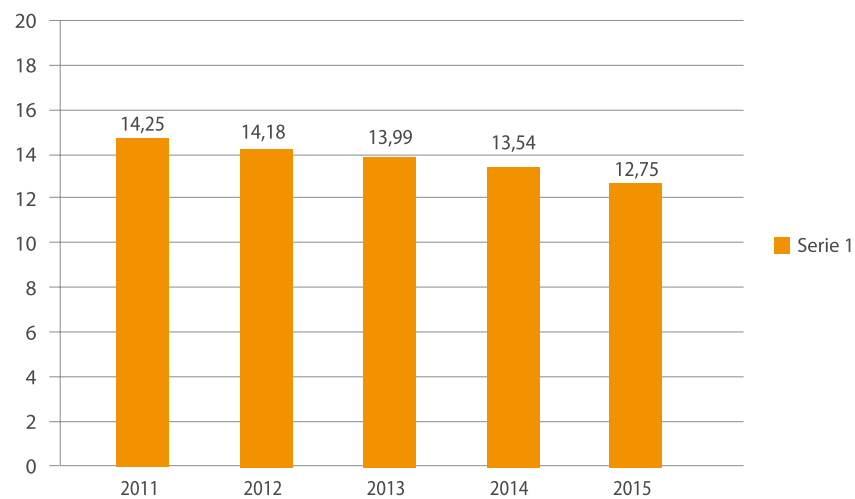
El INE define las NBI como proporción de personas que viven en hogares que carecen de al menos una de las siguientes cinco condiciones de vivienda: acceso a agua “mejorada”, acceso a instalaciones sanitarias mejoradas, no vivir en condiciones de hacinamiento, vivienda duradera y tenencia segura de la vivienda en zonas urbanas.

De acuerdo a la definición del indicador, alcanza a que se encuentre insuficiente uno de los indicadores para considerar que la persona vive en un hogar con condiciones de vida inadecuadas.

Se puede observar en la Gráfica 7 una sensible mejora en las condiciones de vida de las personas en lo que refiere a no carecer de elementos tan básicos como los que han sido mencionados para definir las NBI. De todas formas, representa parte de los desafíos por delante que tiene el país que el 12,75% de la población carece al menos de una de las condiciones señaladas.

¹ http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_1_NBI_versionrevisada.pdf

Gráfico 7. Porcentaje de población que posee al menos un indicador de condición de vida inadecuada por año. Total país



Fuente: INE. Elaboración con base en ECH 2011-2015.

Capítulo H

Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos

Como expresa el Consenso de Montevideo, es necesario el compromiso de los Estados en seguir avanzando en la implementación de los derechos de los pueblos indígenas.

Uruguay no posee al día de hoy información vinculada a las medidas prioritarias específicas, definidas para pueblos indígenas. Aun así, el país considera relevante poner en práctica mecanismos que logren visibilizar las demandas que surgen desde la sociedad y de las poblaciones involucradas en relación a este tema.

Como un primer paso, armonizando los compromisos internacionales que ha asumido, Uruguay ha avanzado en la incorporación de la dimensión étnico-racial en el Censo Nacional de Población del año 2011¹ así como en otras formas de relevamiento estadístico.

Además del censo, se releva desde entonces, de forma permanente, en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y en los censos universitarios la dimensión étnica-racial, posibilitando con ello el diseño de políticas públicas y acciones afirmativas concretas en pos de la construcción de una sociedad más justa e inclusiva.

En lo que refiere a los datos que surgen de estos relevamientos, al incorporar un módulo específico sobre autodefinición, los datos estimados con los que se contaba previo a 2011 cambiaron considerablemente.

Así, no obstante la ausencia de desagregación por edad y género, entre otras, la población que se autodefine con ascendencia indígena en 2011 es un 5% (159.319 personas), contra 0,4% de las estimaciones de estudios anteriores. Asimismo, un 2,4% de la población considera a la ascendencia indígena como su principal ascendencia, lo que corresponde a 76.472 personas. Esto ha permitido visibilizar un tema que tiene que ver con la diversidad étnico-racional de la población y sus derechos a la vez que brinda herramientas para poder tomar decisiones más acertadas a la hora del diseño de políticas.

1 Instituto Nacional de Estadística, 2011.

Capítulo I

Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial

> **Medida 92.** Respetar y aplicar las disposiciones de la Declaración y el Programa de Acción de Durban aprobados por la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, adaptando los marcos jurídicos y formulando las políticas necesarias para su implementación, con la plena participación de las personas afrodescendientes.

Uruguay avanza hacia una estrategia de gobierno nacional y subnacional con un conjunto de medidas planificadas a corto, medio y largo plazo para reducir las brechas de acceso, trato y oportunidades de la comunidad afrouroguaya a nivel nacional, departamental y municipal.

El gobierno uruguayo se ha dispuesto a respetar todos los acuerdos del sistema internacional de derechos humanos y, en especial, aquellos vinculados al respeto y cuidado de las minorías vulneradas. En este sentido, da pasos hacia la construcción de una estrategia nacional de políticas públicas para población afrouroguaya y afrodescendiente con una mira hacia el 2030. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), de Presidencia de la República, ha asumido este compromiso articulándose con el trabajo de los diferentes ministerios vinculados a la materia, en especial el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el cual trabaja rectorando las acciones implementadas desde el gobierno central para el armado de un plan nacional para la equidad étnico-racial.

Estas acciones apuntan al desarrollo integral de los diferentes grupos, comunidades y colectivos que forman parte de la sociedad uruguaya, promoviendo una igualdad en el trato, la construcción de procesos de desarrollo igualitarios y equitativos que permitirán un avance integral e integrado para toda la población del territorio nacional.

Como ejemplo de este trabajo se pueden mencionar los planes de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres (ley N.º 18.084) y la Ley de Empleo Juvenil (N.º 19.133), que establecen acciones, planes y cupos para la población afrouroguaya y afrodescendiente.

En el mes de julio de 2017, el estado uruguayo ratificó la Convención interamericana contra el racismo, discriminación racial y formas conexas de intolerancia de la Organización de Estados Americanos (OEA), que permite establecer un marco nacional para la elaboración e implementación de acciones y políticas públicas de promoción de la igualdad racial, combate al racismo y discriminación en todas sus formas (ley N.º 19.517).¹

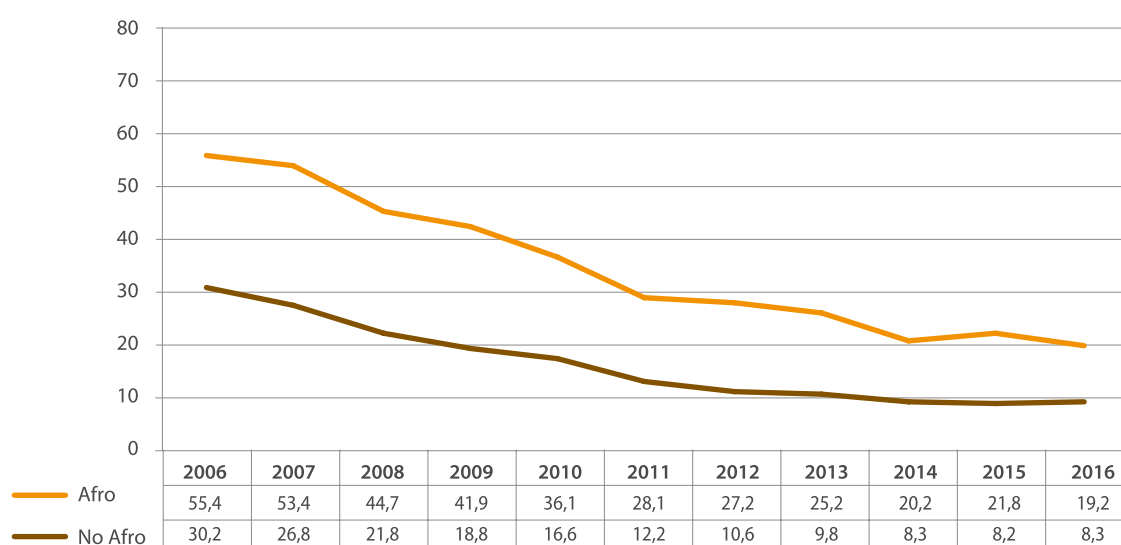
> **Medida: 93.** Abordar las desigualdades de género, raza, etnia y generacionales, teniendo en cuenta las intersecciones de estas dimensiones en las situaciones de discriminación que sufren las mujeres y, especialmente, las jóvenes afrodescendientes.

Para este capítulo se decidió presentar las brechas entre población afrodescendiente y población no afrodescendiente en indicadores de vulnerabilidad social.

1 Ley N.º 19.517 Convención interamericana contra el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia.

La comunidad afrouriuguaya en nuestro país es el 10,3% de la población uruguaya² aproximándose a las 340.000 personas. El indicador de pobreza por ingresos a nivel nacional establece un dato aproximado al 19% de personas en esta condición, marcando una reducción de casi tres puntos porcentuales a datos de 2015 (Grafica 1). A pesar de ser este un dato alentador, la brecha entre afro y no afro sigue significando un importante desafío para las políticas públicas dirigidas al combate a la pobreza e inclusión de nuestro país.

Gráfico 1. Proporción de personas que viven en hogares pobres por ascendencia racial



Fuente: Sistema de información de género - INMUJERES, con base en ECH.

Entre el año 2006 y el año 2016, la pobreza descendió tanto para los hogares afro como para los hogares no afro. En el caso de los primeros, la proporción de personas viviendo en hogares pobres se redujo en un 36,2%, mientras que en los segundos lo hizo cerca de un 21,9%. A pesar de esto, la población afro que vive en hogares pobres es más del doble que las personas no afro.

Complementario a la medición de pobreza por el método del ingreso, en el ejercicio de estimación de pobreza multidimensional del MIDES se puede observar un importante descenso de la misma para toda la población, siendo más pronunciado para la población no afrodescendiente. El descenso de los pobres multidimensionales es mayor para las personas no afrodescendientes, confirmando la dualidad de impacto que mantienen las políticas públicas vinculadas a ambas poblaciones y obligando a analizar más profundamente estas inequidades.

² Encuesta Continua de Hogares 2016 del Instituto Nacional de Estadística del Uruguay.

Cuadro 1. Pobreza multidimensional para población afrodescendiente. 2006 - 2016

Afro	Carencia de derechos	
Pobreza monetaria	No	Si
No	No pobres	Vulnerables según derechos sociales
	2006: 15,1%	2006: 29,5%
	2016: 29,7%	2016: 51,1%
Si	Vulnerables por ingresos	Pobres multidimensionales
	2006: 4,0%	2006: 51,4%
	2016: 1,3%	2016: 18,0%

Cuadro 2. Pobreza multidimensional para población no afrodescendiente. 2006 - 2016

No Afro	Carencia de derechos	
Pobreza monetaria	No	Si
No	No pobres	Vulnerables según derechos sociales
	2006: 36,4%	2006: 33,3%
	2016: 50,6%	2016: 41,1%
Si	Vulnerables por ingresos	Pobres multidimensionales
	2006: 4,0%	2006: 26,3%
	2016: 0,8%	2016: 7,5%

Fuente: Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo - MIDES.

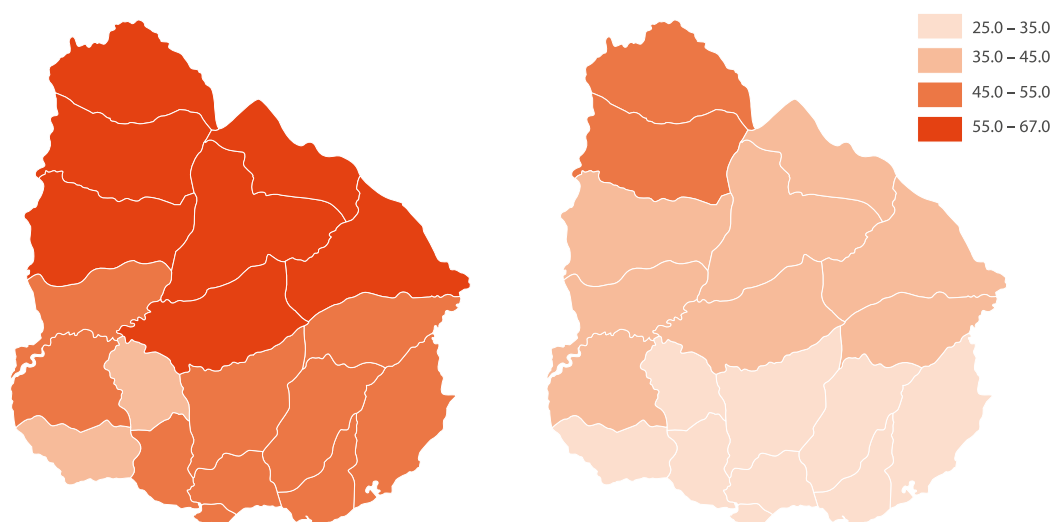
Otro método que refleja la desigualdad entre poblaciones es el método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI). Se orienta a identificar la falta de acceso a bienes y servicios necesarios para el ejercicio de derechos sociales. Para su cálculo se seleccionan necesidades básicas y se fijan umbrales por debajo de los cuales se considera la carencia de las mismas. Las dimensiones que se toman en cuenta para el cálculo de las NBI son seis y se vinculan con el acceso a la vivienda decorosa, el abastecimiento de agua potable, el servicio sanitario, la energía eléctrica, los artefactos básicos de confort y la educación.

De acuerdo a esta medición, se encuentran grandes diferencias entre la población afrodescendiente y no afrodescendiente.

Según el último censo realizado en 2011, las diferencias territoriales en cuanto a NBI entre ambas poblaciones son muy significativas. Como se aprecia en el Mapa 1, entre los afrodescendientes, el porcentaje de con al menos una NBI es del 40% en todos los departamentos.³

3 Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 2, INE, 2011.

Mapa 1. Porcentaje de población afrodescendiente y no afrodescendiente con al menos una NBI, por departamento. Año 2011

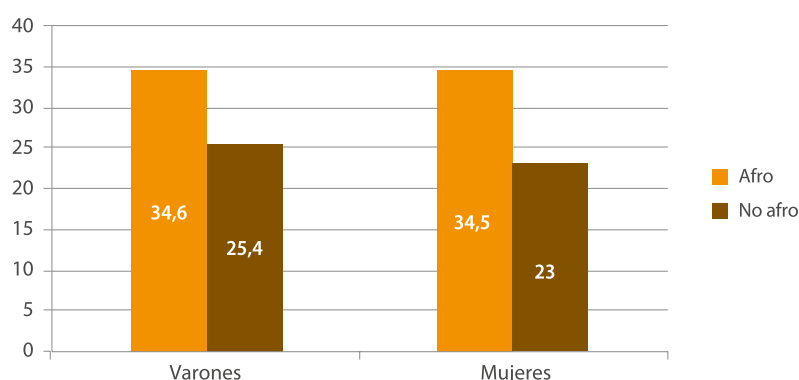


Fuente: Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, INE, 2011.

Complementariamente a los datos antes mencionados, los factores de vulneración social como educación y trabajo también mantienen brechas sostenidas por ascendencia racial o étnica.

Como se aprecia en el Gráfico 2, en lo que refiere a educación, una de cada tres personas ocupadas con ascendencia afro no aporta a la seguridad social. En las personas no afro, esta proporción desciende a una de cada cuatro. Las diferencias por sexo no son relevantes para este caso.

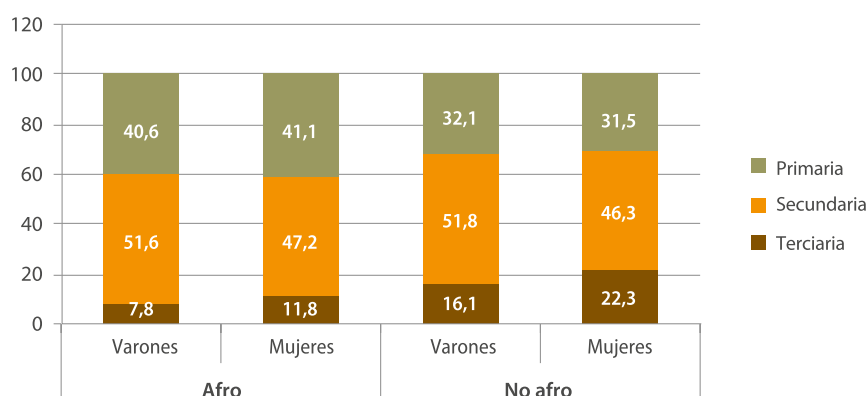
Gráfico 2. Porcentaje de personas ocupadas que no realizan aportes a la seguridad social, por sexo y por ascendencia, año 2016



Fuente: Sistema de Información de Género-INMUJERES-MIDES.

En cuanto a la educación, en el Gráfico 3 se muestra el máximo nivel educativo alcanzado por personas afro y no afro. En el caso de las primeras, se evidencia el alcance de niveles educativos inferiores a las segundas. En cuando a la distribución por sexo, las mujeres alcanzan niveles educativos superiores a los varones en ambas poblaciones. Mientras que una de cada diez mujeres afrodescendientes completa la educación terciaria, dos de cada diez no afrodescendientes lo hacen.

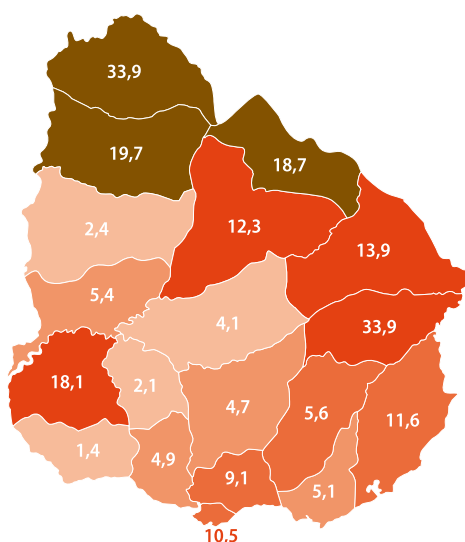
Gráfico 3. Distribución porcentual de personas de 24 años y más, según máximo nivel educativo alcanzado por sexo y por ascendencia. Total país, 2016



Fuente: Sistema de Información de Género-INMUJERES-MIDES.

Por otro lado, se observa una segregación residencial de la población afrouroguaya que se concentra mayormente en los departamentos ubicados al norte del país, sobre todo los que limitan con Brasil. En 2016, en Artigas un tercio de la población se autoidentifica como afrodescendiente, seguido por Salto (19,7) y Rivera (18,7). Colonia y Flores presentan los valores más bajos.

Mapa 2. Porcentaje de personas con ascendencia afro por departamento. Total país, 2016



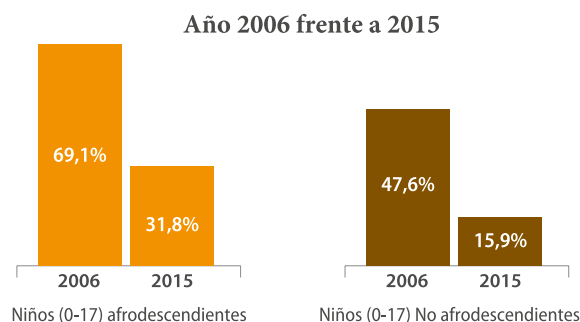
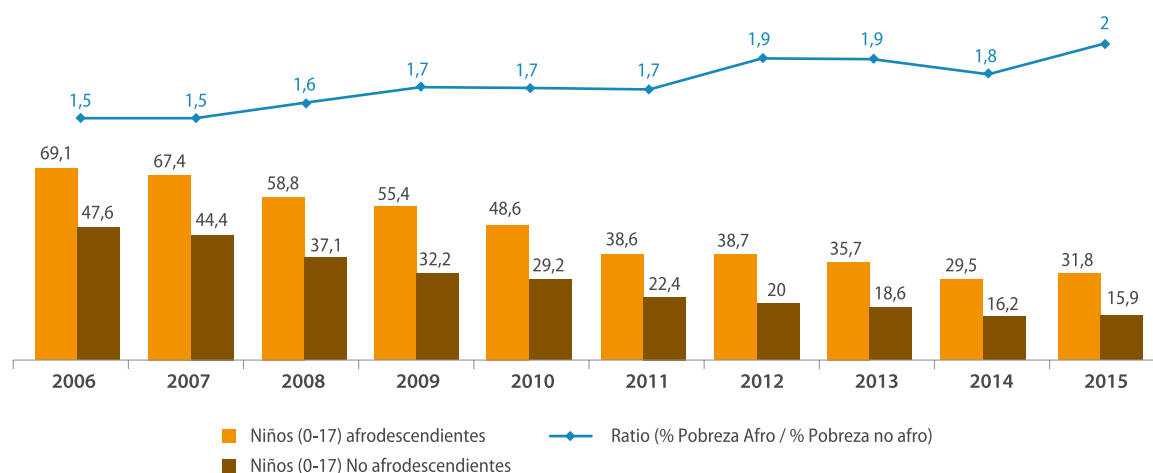
Fuente: Sistema de Información de Género-INMUJERES-MIDES.

Desde 2005 se ha consolidado una ingeniería de acciones públicas dirigidas a la población afrouroguaya, establecidas en el marco de políticas de reconocimiento y de combate al racismo, como mecanismos institucionalizados en distintos ámbitos del Poder Ejecutivo, avance sustancial para la visibilización de la problemática y definición de acciones focalizadas para esta población. Es relevante en nuestro país el papel activo de la sociedad civil como un actor importante en el desarrollo de una sociedad y sobre todo, en los principios de cohesión llevados adelante.

En este sentido, se establecieron ámbitos institucionalizados para el trabajo en los procesos de monitoreo de las políticas vinculadas con esta población. Ejemplo son el Consejo Consultivo de la ley N.º 19.122⁴, los consejos nacionales consultivos de Género y Violencia de Género del MIDES, la Asamblea Nacional de Derechos Humanos (INDH)⁵ y el trabajo de análisis y estudio de la Sectorial de Población en el marco de la OPP, ámbitos que promueven una acción activa y sostenida en el ciclo de la política pública.

Son desafíos centrales la mejora del impacto de las políticas de combate a la pobreza e indigencia como marco para la reducción de las brechas sociales que existen en las líneas de base de la comunidad afrouruguaya y la población en general. Este punto es relevante dado los últimos datos de UNICEF, que afirma que entre todos los niños menores de seis años la incidencia de la indigencia llega a 0,6 %, en tanto entre los niños de esta edad afrodescendientes alcanza a 0,9 % (cálculos con base en Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística) marcando una mayor incidencia de la pobreza extrema en niños/as afrouruguayos. La reducción de la pobreza e indigencia es un dato alentador, pero se necesitará una profundización en las acciones vinculadas a grupos estructuralmente empobrecidos y que sufren el impacto de la discriminación racial, de género, generacional y territorial.

Gráfico 4. Porcentaje de niños y adolescentes (0 a 17 años) que viven bajo la línea de pobreza, según ascendencia, 2006-2015



Fuente: UNICEF: 2016 con base en las ECH (INE) 2006-2015

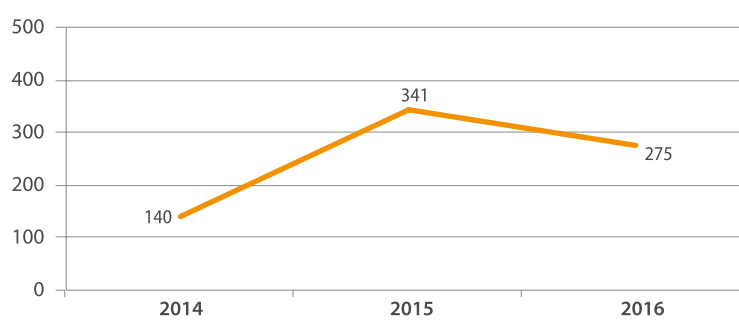
4 Fijación de disposiciones con el fin de favorecer la participación en las áreas educativa y laboral de los afrodescendientes.

5 Institución Nacional de Derechos Humanos.

En 2015, con nuevo período de gobierno, se comienzan a dar pasos a la articulación de un nuevo marco institucional para el desarrollo de fortalecimientos de las líneas de trabajo a nivel central, vinculados a la implementación de la ley N.º 19.122 de acciones afirmativas para afrodescendientes coordinadas por el MIDES. La implementación de esta ley es altamente significativa ya que permite trascender las políticas de reconocimiento hacia la mirada de planes con fines de redistribución y mejoras en las condiciones de vida por vía del acceso al empleo y mejoras educativas.

El MIDES ha desarrollado talleres de sensibilización para el fortalecimiento de organizaciones, que se complementan con el desarrollo de ciclos de asesoramiento y sensibilización a organismos públicos y la sociedad civil sobre la inclusión de la variable étnico-racial así como de la ley.

Gráfico 5. Evolución del ingreso de personas afrodescendientes al Estado (ley N.º 19.122), 2014-2016



Fuente: Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSC).

Desde el trabajo transversal de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) se viene coordinando con cinco intendencias departamentales la elaboración de agendas departamentales de políticas públicas para población afrouroguaya con el fin de establecer acciones a nivel subnacional, junto con el tercer nivel de gobierno, en los departamentos de Artigas, Cerro Largo, Montevideo, Rivera y Salto.

> Medida 94. Considerar las dinámicas demográficas y socioculturales particulares de las poblaciones afrodescendientes en el diseño y la aplicación de las políticas públicas, garantizando su plena participación y el desarrollo de estadísticas desagregadas.

Indicadores:

1. GO 94.2: Existencia de una política para integrar los asuntos de población y personas afrodescendientes en los planes de desarrollo (si existe una política nacional de población, que esta integre de manera explícita la situación de las personas afrodescendientes).
2. GO 94.3: Existencia de mecanismos que garanticen la plena participación de las personas afrodescendientes en los procesos de incorporación de sus temáticas en los planes de desarrollo.

Respecto al indicador 94.2, sería deseable redefinirlo más allá de la mera existencia de una política, midiendo el presupuesto asignado a dicha política (total y en relación al porcentaje de población afrodescendiente) y a los componentes sectoriales que incluye. En el mismo sentido, el indicador 94.3 podría redefinirse en términos del grado y tipo de participación de las personas afrodescendientes.

El estado uruguayo se encuentra elaborando la Estrategia Nacional de Políticas Públicas para Población Afrouruguaya y Afrodescendiente 2017 - 2030 en el marco de la OPP (en concordancia con los objetivos de ODS, CM y cumplimiento de las recomendaciones CERD, CEDAW, DESC+A) para el establecimiento de líneas de acción claras y medibles a nivel de las acciones públicas de gobierno, que permitan disminuir la brecha racial existente al interior de la sociedad. Este proceso apunta a la definición de dimensiones sociales y económicas, la construcción y mejora de indicadores para presupuesto, evaluación, monitoreo y fortalecimiento de las políticas transversales, así como al establecimiento de un cronograma de planes en lo nacional y departamental que apunten a la ejecución de políticas conjuntas a nivel de gobierno en colaboración con la sociedad civil.

En el marco de la construcción de una estrategia país, se entiende pertinente la definición de indicadores para presupuesto, integrándose al trabajo de presupuesto con perspectiva de género que ya se está desarrollando, mencionado en el Capítulo E de este informe. Se espera llegar a 2019 con algunos avances en esta materia.

> Medida 96. Promover el desarrollo de las poblaciones afrodescendientes a través de la implementación de políticas públicas, la elaboración de normas y la creación de una institucionalidad rectora que lleve adelante sectorialmente políticas, planes y programas de acción afirmativa que integren los principios de igualdad y no discriminación en todos los niveles de gobierno, con la participación de la sociedad civil organizada en todo el proceso de diseño, implementación y evaluación de dichos instrumentos.

Indicador:

1. Existencia de una institucionalidad rectora que lleve adelante políticas y planes de acción afirmativa orientadas a integrar los principios de igualdad y no discriminación

El Instituto Nacional de las Mujeres, desde 2005 ha tenido un papel de referencia y apoyo en la incorporación de la transversalización de la perspectiva étnico-racial dentro del Estado. Esto se articula desde 2015 en un cambio que el gobierno nacional establece para la atención de esta problemática, desde la promoción de una mirada integral, planificada y territorial que permita su incorporación en las estrategias presupuestales y la incorporación en la mirada prospectiva hacia 2050.

> Medida 98. Generar conocimiento e información confiable y oportuna con perspectiva de género y desagregados por sexo, edad y condición socioeconómica, entre otras variables, sobre las poblaciones afrodescendientes, a través de procesos participativos, atendiendo los requerimientos y las recomendaciones internacionales relativas al asunto.

Se considera relevante conocer el porcentaje de fuentes de datos pertinentes que incluyen la identificación de las personas afrodescendientes, considerando censos, encuestas y registros administrativos de los diferentes sectores (GO 98.1), no obstante, este dato no se encuentra sistematizado para el país.

La mejora en la calidad de los datos y las mediciones desagregadas por raza-etnia, género, generaciones y territorio, son centrales para la ampliación de los objetivos de las políticas públicas universales. Las mediciones y los procesos de evaluación transversal cumplen con los compromisos que el Estado mantiene con los diferentes acuerdos internacionales de las Naciones Unidas, interamericanos y regionales hacia los grupos vulnerables, como afrodescendientes y población originaria.

Desde el MIDES y la OPP se están realizando esfuerzos para la mejora de la calidad de los datos desagregados, principalmente en los procedimientos administrativos. Ejemplo de este trabajo son las capacitaciones y talleres que la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural desarrolla en los diferentes niveles de gobierno. Es responsabilidad de las diferentes instituciones vinculadas al tema, el cumplimiento de la medida 77 sobre *la promoción del desarrollo y bienestar de las personas de todos los territorios, y la medida 81 sobre la planificación y el ordenamiento territorial y urbano*. A nivel de datos de encuestas, el INE realiza esfuerzos para incorporar la variable ascendencia en todas las estadísticas que produce.

A nivel de instancias de participación de la población afrodescendiente en la producción de información sobre temáticas afro se destacan:

- DD. HH. Investigación y difusión: QUILOMBO. Seminario debate sobre afro, 2016. Se realizó la quinta edición de QUILOMBO, seminario-debate, abordando el tema de racismo institucional. En dicha instancia participaron autoridades, tomadores de decisión, organizaciones integrantes del Consejo Consultivo de la Ley N.º 19.122 y público en general. Fue invitada la consultora externa Alexandra Ocles, ex Ministra de la Secretaría de Pueblos de Ecuador.
- Interagencial. Se realizó una reunión con todos los organismos de cooperación internacional para coordinar las acciones en afrodescendencia a nivel nacional. Se avanzó en la realización de acuerdos trilaterales de cooperación internacional con el objetivo de intercambiar nuevas y mejores prácticas en materia de políticas públicas y acciones afirmativas dirigidas a las personas afrodescendientes, a saber:
 - URUGUAY/SEPPPIR/AECID: Desarrollar las capacidades de las autoridades, técnicos y funcionariado de Uruguay en la planificación, diseño, implementación, seguimiento y monitoreo de políticas públicas y acciones afirmativas hacia personas afrodescendientes, tomando la experiencia y recorrido que Brasil ha realizado en la implementación de leyes, programas, políticas, estatutos y proyectos en temas de igualdad racial.
 - REAFRO/MERCOSUR/IPPDH: Elaboración de una caracterización de la población afrodescendiente en los países del MERCOSUR y un mapeo de las políticas públicas de los distintos países del bloque con enfoque étnico-racial.

CONCLUSIONES Y PRINCIPALES DESAFÍOS

A partir de la puesta en marcha de un conjunto de reformas estructurales en materia de protección social (reformas en salud, educación, mercado de trabajo y asistencia social), así como el aumento de la prioridad presupuestal otorgada al gasto público social y la reforma tributaria¹ que, entre otros cambios, grava los ingresos de manera progresiva, se puede constatar una mejora en los resultados de los principales indicadores sociales.

Si bien la mayoría de las dimensiones e indicadores asociados a las capacidades, recursos y bienestar de la población han tenido una evolución favorable, a la fecha continúan existiendo situaciones sociales de alto nivel de exclusión. La persistencia de la desigualdad y la estratificación de los desempeños sociales en algunas dimensiones amenazan con consolidar la polarización de la sociedad, lo que requiere una intervención fuerte y sostenida del Estado, con recursos que permitan revertir los daños persistentes.

La reducción de la desigualdad y la fragmentación social basada en el derecho a la protección social y al trabajo decente, constituyen desafíos imperantes al momento de pensar en la erradicación de la pobreza. Los diagnósticos realizados apuntan a la necesidad de trabajar en políticas con énfasis en la primera infancia; el aumento de la matrícula en la educación secundaria y la provisión de una educación de calidad; la ampliación y profundización de políticas de vivienda y hábitat hacia la población más vulnerada; la extensión de la cobertura y calidad de la protección social; el acceso efectivo a la salud de calidad (con énfasis en salud sexual y reproductiva, y en salud mental); las políticas activas de empleo decente y la profundización de las políticas de redistribución del ingreso. Todas ellas requieren pensarse desde una visión integral que trascienda la sectorialidad. Debe promoverse una visión del desarrollo social que supere la lógica de administrar únicamente las situaciones de pobreza y exclusión.

Aunque se identifican avances en la construcción de un sistema integrado y articulado de protección social, con un enfoque de derechos y de ciclo de vida, aún existen debilidades en torno a la delimitación precisa y adecuada de los objetivos de los programas sociales. Existe una proliferación de iniciativas dispersas y fragmentadas que es necesario revisar, así como fortalecer la articulación entre las entidades públicas que los gestionan. Las políticas siguen operando como unidades independientes, con diversas modalidades de gestión poco integradas entre ellas. En el caso de que estas dificultades no logren superarse, se estará corriendo el riesgo de no lograr construir el puente entre asistencia, integración social y garantía de derechos de ciudadanía.

Si bien en esta última década el Estado ha asumido la responsabilidad de actuar sobre la pobreza, las políticas sociales diseñadas para cumplir con este cometido ponen el énfasis en la modificación de las conductas de los individuos pobres y no de las instituciones que deben encargarse de su atención, por lo que la responsabilidad última del éxito o fracaso de salir de tal condición continúa estando depositada exclusivamente en el individuo (Leopold, 2015; Merklen, 2013).

Por último, como sostiene la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2015), no es posible pensar en la lucha contra la pobreza y el hambre sin enfrentar la desigualdad. Por lo que deberá

1 Ley N.º 18.083.

profundizarse en las políticas que operen en la distribución y redistribución del ingreso y la riqueza, explorando permanentemente todas las posibles medidas aplicables para tales fines.

En especial, es fundamental profundizar la discusión política sobre las políticas sectoriales y su dimensión social, evitando la traslación y el confinamiento de los problemas de pobreza a los organismos que entre sus cometidos tienen el desarrollo social, como únicos garantes multipropósito de los derechos de los pobres. El derecho al trabajo digno o, al menos, al acceso a un medio de vida digno, el derecho a la vivienda, a la salud y a la educación deben ser garantizados.

AVANCES Y DESAFÍOS EN SALUD

Es relevante resaltar que Uruguay muestra importantes logros en la cobertura y el acceso universal a la salud, con avances en sus diferentes dimensiones:

- Cobertura horizontal o poblacional
- Cobertura vertical o protección financiera, dado que el 73% de los usuarios tiene protección del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La restante proporción de la población tiene cobertura sin costo a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los demás prestadores públicos.
- Cobertura prestacional o profundidad de la cobertura, con la garantía explícita para toda la población de acceso al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), que incluye servicios de diferentes niveles de complejidad con base en un catálogo de prestaciones obligatorias para todos los prestadores, incluidos los medicamentos de alto costo.²

La consolidación del SNIS disminuyó los niveles de segmentación que generaban fuertes inequidades, en la medida que fortaleció al prestador público ASSE, históricamente postergado (con una lógica de medicina pobre para pobres), y la hizo elegible como prestador para quienes tienen derechos de la seguridad social. Además, le dio estabilidad al sistema en tanto la mayor proporción del financiamiento de las instituciones proviene de las cuotas salud del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS, 2015)³ encontró que el 4,3% de los niños menores de cuatro años viven en hogares que presentan inseguridad alimentaria grave, y el 8,9% en hogares con inseguridad moderada. Se constató una prevalencia de desnutrición crónica que se ubicó entre 4,5% y 5% de los niños hasta tres años de edad.

A su vez, persiste el desafío de la reducción de la incidencia de la obesidad, la cual se encuentra entre un 9 y un 11% de la población, dependiendo de la edad. La reciente Encuesta Alimentación y Bienestar (UDELAR-INDA, 2014), realizada en Montevideo y el área metropolitana, mostró cifras de inseguridad alimentaria severa (vinculada con sentir hambre pero no poder comer), con una incidencia del 11% en los adultos y 6,1% en los menores de 18 años.⁴

2 Fernández Galeano, M.; Levcovitz, E.; Olesker, D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS/OMS, 2015.

3 Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). OPP, UDELAR, INE, MIDES, UCC. 2015. En: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/fie/44017/1/resumen-ejecutivo-endis.pdf> y en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/fie/54192/1/informesobre-endis.pdf>

4 Universidad de la República. Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. Encuesta Alimentación y Bienestar. Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR, INDA. 2015. En: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/2/2015/11/0815.pdf>

AVANCES Y DESAFÍOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Las políticas en salud sexual y salud reproductiva colocan al país a la vanguardia de la región en cuanto al aseguramiento de derechos, con alta cobertura del control de embarazo, partos institucionales, acceso gratuito a una amplia canasta de métodos anticonceptivos modernos, interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras y avances en servicios amigables a la diversidad sexual. Asimismo, se observan niveles bajos en mortalidad materna y mortalidad neonatal.

Sin embargo, la variabilidad en la práctica clínica y en la calidad, y la oportunidad de las prestaciones en diferentes instituciones y localidades del país, generan inequidades que se evidencian en los informes del Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Esto exige desarrollar herramientas de evaluación de la calidad de la atención en áreas críticas, como control del embarazo y el parto, la anticoncepción, la reproducción asistida y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

En lo que respecta al IVE, es un desafío asegurar equidad y oportunidad en el acceso en todo el territorio nacional. Esto implica analizar cómo las decisiones individuales de los profesionales pueden comprometer, apelando a la objeción de conciencia, el desarrollo de las políticas públicas, generando barreras a las prestaciones. Es necesario asumir colectivamente y dejar explícitos los soportes de la legitimidad de la objeción de conciencia, cuando está fundada en las creencias profundas de los individuos y sus opciones esenciales de corte religioso, entre otras. Asimismo, debe desincentivarse la utilización espuria y adulterada de la “objeción de conciencia”, cuando detrás de ella se esconde una defensa ideológica de los postulados del patriarcado que se resiste a la autonomía de las personas sobre sus cuerpos y sus decisiones reproductivas.

Por otro lado, el fomento del diálogo entre los diferentes actores debe acompañarse del soporte de una normativa habilitante, fiscalizada por los ámbitos institucionales y sujeta al control social. En línea con lo anterior, es necesario asegurar las previsiones presupuestales que garanticen la continuidad de la política pública de anticoncepción gratuita y de calidad, en la que el país tiene una larga trayectoria.

DESAFÍOS EN POLÍTICAS FOCALIZADAS

El análisis de la evolución de determinados indicadores sociales que refieren al bienestar de la población desde una mirada preocupada por la estratificación social, junto con los resultados de las evaluaciones de los programas y de las políticas sociales, permite identificar una serie de desafíos para avanzar hacia la igualdad y lograr los objetivos de la Agenda 2030, a la vez que confirma la naturaleza multidimensional de la pobreza y las situaciones de exclusión.

En este sentido, y en particular desde una perspectiva de población, son significativas las diferencias a nivel etario en la evolución de los índices de pobreza, como lo son también en la dimensión étnico-racial.

En lo que refiere a primera infancia, las políticas de protección para esta población comprenden componentes universales y focalizados de proximidad a las familias vulnerables y articulación territorial de las intervenciones. Lo anterior junto con una matriz renovada de protección social con transferencias monetarias a través de Asignaciones Familiares, Sistema Integrado de Cuidados y universalización de la educación inicial, han favorecido el logro de tasas muy bajas de mortalidad infantil y de menores de cinco años.

Sigue siendo también un desafío importante reducir la desigualdad que existe en la asistencia al sistema educativo por niveles de ingreso, antes y después de la educación primaria.

En cuanto a la igualdad de género, Uruguay es un país que presenta avances específicos al respecto. Posee un marco normativo avanzado en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, matrimonio igualitario, leyes de protección de los derechos al trabajo de grupos rezagados como el trabajo doméstico y rural. Sin embargo, aún debe reconocer problemas específicos para que las uruguayas, niñas, niños y adolescentes, puedan desarrollarse en autonomía.

Las problemáticas de la violencia de género, las desigualdades en el mercado laboral, la desigual distribución del uso del tiempo y la baja representación de mujeres en puestos de decisión estratégicos continúan estando presentes.

Se entiende que todas estas áreas en las que se manifiestan las desigualdades de género responden a patrones culturales implantados en la sociedad, que define estereotipos y tareas diferentes que deben realizar mujeres y varones. En este sentido es que la sociedad valoriza tareas, profesiones y actividades sobre otras. El Instituto Nacional de las Mujeres y el Consejo Nacional de Género tienen como desafío el desarrollo de la Estrategia Nacional para la Igualdad⁵ para la creación de diferentes programas públicos que incidan y modifiquen estos patrones culturales.

El país avanza hacia una estrategia para reducir las brechas de acceso, trato y oportunidades de la población afrouroguaya. Aun así, sigue siendo persistente la mayor situación de vulnerabilidad de la población afrouroguaya en casi todos los indicadores. La mejora global que el país ha tenido aún no ha logrado saldar esta deuda histórica. Es importante también contar con mejor información que permita la efectiva transversalidad de la dimensión étnico-racial en el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas.

“...los invito desde mis sentimientos, mis convicciones y mis responsabilidades, a trabajar juntos en la construcción de un Uruguay donde nacer no sea un problema, donde ser joven no sea sospechoso, donde envejecer no sea una condena. Un Uruguay donde la alimentación, la educación, la salud y el trabajo decente sean derechos de todos y todos los días; un Uruguay confiado en sí mismo; un Uruguay que recupere la capacidad de soñar y de hacer sus sueños realidad”, **Tabaré Vázquez - presidente de la República Oriental del Uruguay.**

5 Plataforma 8 de marzo de 2017 del CNG: <http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/v/75335/6/innova.front/mas-igualdad>

BIBLIOGRAFÍA

- Administración Nacional de Educación Pública. Evaluación del Programa de Educación Sexual. PES, ANEP- UNFPA Montevideo, 2017.
- AGEV - OPP. Evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) de las acciones vinculadas con anticoncepción del Área Programática de Salud Integral de la Mujer del Ministerio de Salud Pública, 2017.
- Aníbal Faundes A.: “Reducing Maternal Mortality by preventing unsafe abortion: The Uruguayan experience”, *International en Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 134, Suplemento 1), 2016.
- AGEV-AUCI-INE. Informe Nacional Voluntario, ODS. Uruguay 2017.
- AUCI-SIPIAV-PNUD. Encuesta Nacional de violencia Basada en Género y Generaciones. Ed. PNUD, Montevideo, 2013. En: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/94_file2.pdf
- Varela Petito, C.; Lara C. y Tenenbaum, M. (2014). *Fecundidad adolescente en el Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?*
- CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. 2013. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org>
- Comisión Honoraria de Lucha contra el cáncer. Cáncer en Uruguay. Principales tipos de cáncer. Disponible en: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_209_1.html
- Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Río de Janeiro. Serie de investigaciones/N.º 3, ALAP.
- Consejo de Educación Inicial y Primaria-PAE. Disponible en: <http://www.ceip.edu.uy/documentos/2017/pae/TripticoPAE.pdf>
- Consejo Nacional de Políticas Sociales. De la equidad hacia la igualdad las políticas sociales del gobierno nacional en el período 2010 - 2014. MIDES. Montevideo, 2014.
- Consejo Nacional de Políticas Sociales. Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016 - 2020. MIDES-INAU. Montevideo, 2016.
- Decreto N.º 293/010. Reglamentación de la ley N.º 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010/1>
- Decreto N.º 9/011. Sistema Nacional Integrado De Salud. Métodos Anticonceptivos. En: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/9-2011>
- Economía. Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR - INDA. 2015.
- Encuesta nacional de comportamientos reproductivos. Programa de Población. Facultad Ciencias Sociales. UDELAR - UNFPA. Montevideo, 2016. En proceso de publicación.

- Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eniabases.pdf>
- Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- Evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de salud. DEMPESA - MSP. Mayo 2017.
- Fernández Galeano, M.; Benia, W. “El derecho a la salud de los uruguayos”. En *Cuadernos de Nuestro Tiempo, Libro de los Bicentenarios*. Montevideo, 2014.
- Fernández Galeano, M.; Benia, W. “Futuros posibles de la salud y la enfermedad”, en R. Arocena y G. Caetano (coords.) *La aventura uruguaya ¿Naidés más que naidés?*, Random House Mondadori, Montevideo, 2011.
- Fernández Galeano, M.; Levcovitz, E.; Olesker, D. (coords.) *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay*. Montevideo: OPS/OMS, 2015.
- INE. Estimaciones y Proyecciones de Población. Población por sexo y edad. 1996 - 2050. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/estimaciones-y-proyecciones>
- INE. Tercera Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. ENAJ 2013.
- Instituto Nacional de Estadística. Estimación de la pobreza por el Método del Ingreso. 2016.
- Johnson, Niki (2009). “Representación política de las mujeres y la cuota en Uruguay” Primer Encuentro Nacional de Mujeres Convencionales. CEPAL (2011): “Informe anual 2011. El salto de la autonomía de los márgenes al centro, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.
- Levcovitz, E.; Fernández Galeano, M.; Benia, W.; Anzalone, P.; Harispe, E. *Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio*. Montevideo: OPS, 2016.
- Levcovitz, E.; Fernández Galeano, M.; Rodríguez Buño, R.; Benia, W. (coord.) *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico*. Montevideo: OPP, mayo 2016.
- López, A.; Benia, W.; Contera, M.; Guida, C.; Echeveste, L. “Del enfoque materno-infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas”. Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. UDELAR. Montevideo. 2003.
- López Gómez, A. y Varela Petito, C. (coord.) (2016) *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. Montevideo: UNFPA - UDELAR. Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/1051_pdf.pdf
- MIDES. Pobreza y Desigualdad. Disponible en: www.dinem.mides.gub.uy y en www.ine.gub.uy
- MIDES - DINEM, “Pobreza, inclusión social y desigualdad en Uruguay. Avances y desafíos pendientes”, 2015.
- Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). OPP, UDELAR, INE, MIDES, UCC, 2015

- Ministerio de Salud Pública. 2.^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. MSP. Montevideo. 2016.
- Ministerio de Salud Pública. Ciclo de coloquios Tendencias recientes de la natalidad y fecundidad en Uruguay: desafíos para las políticas públicas. Mayo de 2017.
- Ministerio de Salud Pública. Día Mundial del VIH/SIDA. Año 2016. Departamento de Vigilancia en Salud - Área Programática ITS - VIH/SIDA. DIGESA. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DIA_VIH_2016%20_1_.pdf
- Ministerio de Salud Pública. División Epidemiología. Boletín epidemiológico. 2016 Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/bolet%C3%ADn-epidemiol%C3%B3gico-agosto-2016>
- Ministerio de Salud Pública. Encuesta de Conocimiento y Usos de Métodos Anticonceptivos. Consultora Mercoplus Latin America. 2015. No publicado.
- Ministerio de Salud Pública. Estudio de carga de enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. Programa de prevención de enfermedades no transmisibles (PPENT). 2015. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Estudio_de_Carga_Global.pdf
- Ministerio de Salud Pública. Informe Cobertura Poblacional del SNIS según Prestador. Área de Economía de la Salud. Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal. RUCAF. Diciembre 2016.
- Ministerio de Salud Pública. Informe. Sistematización de Auditorías de VIH. 2015. Áreas programáticas: ITS - VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA. 2017.
- Ministerio de Salud Pública. Informe. Sistematización de Auditorías de Sífilis. 2015. Áreas programáticas: ITS - VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva. DIGESA 2017.
- Ministerio de Salud Pública. Jornada de intercambio: A diez años de la Reforma Sanitaria.
- Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- Ministerio de Salud Pública. OSN 2020. Aportes 2. Embarazo en adolescentes: desigualdad y segmentación social. Grupo intersectorial sobre embarazo en adolescentes. 2016.
- Mujer y Salud en Uruguay. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, Montevideo, 2013.
- Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. MYSU. 2015
- Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en el Uruguay. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/observatorio/index.php/estadisticas>

- Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Ministerio de Desarrollo Social. Informe Uruguay. Montevideo, 2016.
- Oficina Nacional de Servicio Civil, 2016: Ingreso de personas afrodescendientes en el Estado.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, OPS/OMS, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos. Washington, DC: OPS/OMS. 2015. Disponible en: <http://www.paho.org/uru>
- PNUD. Índice de desarrollo humano. 2015.
- Procedimientos_-Reperfilamiento_Prog._Aduana_2014_final.pdf
- Programa Aduana en ASSE, 2014. Disponible en: www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?8431,50137
- Programa de Población Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República: “Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay”. Fascículo 1, “Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los censos 2011”, Montevideo, 2013.
- Reporte Social 2015
- Rofman, R.; Amarante, V.; Apella, I. (eds) cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI. CEPAL - BID - NACIONES UNIDAS, 2016.
- SIG - INMUJERES (2011): Cuaderno N.º 3 Sistema de Información de Género, INMUJERES “En busca del pleno ejercicio de las mujeres uruguayas en la toma de decisiones”. MIDES -INMUJERES. Montevideo
- SIG - INMUJERES (2012): “Estadísticas de género 2012. La importancia de los ingresos personales para la equidad”. MIDES. Montevideo CNLCLVD (2013): “Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en género y generaciones”.
- UNICEF. Gustavo de Armas, 2017. *Poner fin a la pobreza infantil en Uruguay. Un objetivo posible para la política pública.*
- Unidad Reguladora de Servicios de Energía y Agua. Disponible en: <http://www.ursea.gub.uy/Inicio/Institucional/>
- Universidad de la República. Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. Encuesta.

Anexo 1

Comisión Sectorial de Población. Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para la implementación de políticas de población en Uruguay, 2017 ¹

PRESENTACIÓN

La Comisión Sectorial de Población (CSP) fue creada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) a través de la resolución N.º 180/2010 del 3 de agosto de 2010, ampliada en la resolución N.º 58/2016, las cuales establecen tanto sus objetivos como la integración institucional. Para su funcionamiento operativo, la CSP cuenta con dos instancias: un plenario, con representantes del Poder Ejecutivo, el Parlamento, la academia, organismos de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil, y un Comité Ejecutivo integrado por representantes de los siguientes organismos: Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Ministerio de Turismo y Deporte (MINTUR), Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE), Secretaría de Derechos Humanos de Presidencia y Secretaría Nacional del Deporte de Presidencia.

La CSP tiene los siguientes cometidos:

- a. Proponer políticas que promuevan la equidad intergeneracional en las condiciones de vida y acceso a oportunidades.
- b. Proponer políticas que aborden el tema de la natalidad así como la compatibilización de la vida productiva con la reproductiva.
- c. Proponer la articulación de las políticas de vinculación con la población uruguaya residente en el exterior y retorno de nacionales con el Plan Nacional de Desarrollo.
- d. Analizar la conveniencia de una política activa de promoción de la inmigración y de sus características.
- e. Proponer políticas que permitan una distribución territorial más adecuada de la población y de los procesos migratorios internos, incluyendo la migración temporal transfronteriza, en armonía con los sistemas ambientales.
- f. Proponer una política de producción de datos, información y análisis sociodemográficos y poblacionales, cuyos productos sean insumos para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas.
- g. Asesorar en materia de política demográfica poblacional toda vez que le sea requerido.

MARCO PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS CON ENFOQUE DE POBLACIÓN EN URUGUAY

1. Las desigualdades sociales y económicas tienen causas estructurales que impiden que determinadas poblaciones accedan a las condiciones de vida necesarias para hacer efectiva su dignidad humana. Estas desigualdades requieren que el Estado ejerza su cometido esencial de garante y promotor de los derechos humanos. En Uruguay, para asumir esa responsabilidad, la institucionalidad, el marco normativo y la combinación de políticas públicas universales y focalizadas, buscan construir la equidad con base en el ejercicio pleno de los derechos y las decisiones conscientes de los ciudadanos/as.

¹ http://www.opp.gub.uy/images/1_Vision_objetivos_y_lineamientos_estrategicos_para_la_implementacion_de_politicas_con_enfoques_de_poblacion_en_Uruguay.pdf

2. Las políticas con enfoque de población y desarrollo deben estar orientadas al servicio del bienestar social y la realización de los derechos humanos de todas las personas. En Uruguay, un amplio abanico de políticas y programas basados en diversos acuerdos internacionales, en particular en los principios del Plan de Acción de Cairo y en su expresión regional, el Consenso de Montevideo, testimonian el compromiso del país con la agenda de población y desarrollo. En los últimos años, el gobierno nacional, junto con los movimientos sociales, ha acelerado los procesos de transformación necesarios para cumplir los acuerdos intergubernamentales alcanzados en materia de población y desarrollo.
3. Los derechos establecidos en las constituciones y los tratados de derechos humanos establecen las condiciones de la dignidad humana como una atribución universal que constituye una relación de igualdad fundamental entre todas las personas. Esas condiciones son las que hacen posible que las personas alcancen el potencial de las capacidades que les permiten desarrollar un proyecto de vida autónomo y participar en la construcción de un destino común en sus ámbitos de pertenencia. La aplicación de un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas requiere evaluar la situación de acceso efectivo al ejercicio de los derechos, no solo respecto al conjunto de la población, sino también respecto a la diferente situación de las poblaciones específicas. La mirada de poblaciones es una dimensión sustancial del enfoque de derechos humanos. La distribución de la desigualdad en el acceso a derechos y la dimensión de las brechas de la desigualdad, según poblaciones específicas, definen problemas que deben ser abordados desde las políticas públicas por los Estados como obligación de garantía de los derechos humanos.
4. La igualdad en derechos humanos encuentra desafíos de realización efectiva en poblaciones específicas que ven vulnerados sus derechos porque existen prácticas discriminatorias y excluyentes que son la expresión de causas estructurales que operan sistemáticamente. También porque las particulares situaciones de vulnerabilidad requieren respuestas diferenciadas para hacer efectiva la dignidad de las personas que muchas veces no son tomadas en cuenta por las políticas por la invisibilidad de esas situaciones diferenciadas.
5. En el diseño, implementación y monitoreo de estas políticas es imprescindible adoptar un enfoque de género. El mismo se vuelve un eje central y transversal que necesita estar presente en toda la acción del Estado, por lo que debe adoptarse en todos los planes, programas y políticas públicas, y se lo considera un factor clave para consolidar la democracia y avanzar hacia un modelo de desarrollo más participativo e inclusivo (Consenso de Santo Domingo) (CEPAL, 2013a). La división sexual del trabajo, la autonomía de las mujeres y los cuidados son aspectos centrales a considerar en este enfoque.
6. Teniendo en cuenta lo anterior, las políticas con enfoque de población en Uruguay evitan establecer objetivos demográficos/poblacionales de orden cuantitativo, tales como alcanzar un determinado número de habitantes o un nivel de fecundidad. El objetivo es revalorizar la condición de la persona humana y colocar en el centro de la acción del Estado el ejercicio integral de los derechos humanos.

VISIÓN Y OBJETIVO DE UNA POLÍTICA CON ENFOQUE DE POBLACIÓN

1. Las políticas públicas, incluyendo aquellas con enfoque de población, requieren de imágenes objetivo, visiones de futuro hacia el cual dirigirse. Es posible trazar una visión deseable del Uruguay futuro.
2. Un país que garantice el ejercicio pleno de los derechos humanos y haga efectivo el acceso a bienes públicos fundamentales. En el que se garantice un alto nivel educativo capaz de incorporar la inno-

vacación y la calidad en todos los procesos. En el que la salud sea garantizada a todos como un derecho universal, con calidad en la atención, orientada a la prevención y con equidad. En el que la matriz de protección social coordine el catálogo de prestaciones frente a los riesgos en un sistema único basado en derechos universales. En el que los cuidados constituyan un componente fundamental del sistema de protección.

3. Un país en el que la igualdad en derechos sea un concepto arraigado culturalmente que se exprese en el involucramiento ciudadano en los procesos de transformación. Una población diversa en su composición por edades, distribución territorial, raza-etnia, orientación sexual y de arreglos familiares, abierta a la recepción de migrantes, donde la diversidad no constituya un escollo para el ejercicio de los derechos y el desarrollo sino, por el contrario, que los favorezca.
4. Una población que no condicione las oportunidades de las generaciones actuales y futuras por su distribución en el territorio. Una población que permita conservar los recursos naturales y el medio ambiente respetando la capacidad de carga de los ecosistemas. El derecho a vivir en las localidades de preferencia debiera poder ejercerse sin que las migraciones, dentro o fuera de fronteras, estuvieran motivadas por la limitación de las oportunidades o servicios existentes. Las personas no debieran padecer desigualdades en sus oportunidades y en el ejercicio de los derechos por pertenecer a determinado estrato social, sexo, grupo de edad, arreglo familiar, etnia-raza, lugar de residencia u orientación sexual. Alcanzar esta visión requiere condiciones económicas favorables, políticas públicas acordes y diseñar y acordar políticas con enfoque de población de largo plazo.

BREVE SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL URUGUAY

1. El Uruguay atraviesa la etapa avanzada de la transición demográfica, caracterizada por una baja tasa de fecundidad, elevada esperanza de vida, estabilización del crecimiento poblacional y envejecimiento de la estructura por edades. En las pasadas tres décadas, el país avanzó muy velozmente en lo que se denomina “la segunda transición demográfica”; este proceso se caracteriza por altas tasas de divorcio, cambios importantes en la estructura de hogares y modificaciones en el patrón reproductivo, incluyendo la aparición de un nivel de fecundidad por debajo del reemplazo.
2. La migración internacional siempre fue un factor del cambio demográfico muy significativo en Uruguay, tanto en sus etapas fundacionales, por el fuerte impulso que supuso la llegada de inmigrantes, así como en el período comprendido entre la década de los años 60 y la primera década del nuevo siglo, donde el saldo migratorio fue persistentemente negativo. Se estima que el volumen de uruguayos residentes en el resto del mundo supera el medio millón de personas (Vigorito, Pellegrino; 2005). La emigración internacional, además de disminuir el crecimiento, afectó la estructura por edades, acentuando el envejecimiento, puesto que la propensión a migrar es mayor en las personas en edades activas jóvenes. Este grupo etario es el que concentra la reproducción biológica de la población, por lo cual su emigración conlleva también el descenso de los niveles futuros de natalidad. Por otro lado, el nivel educativo de los emigrantes se caracterizó por ser más alto que el promedio de la población, transformando a la emigración en un mecanismo importante de pérdida de capital humano en el que la sociedad ha invertido. En los últimos años esta tendencia llegó a anularse e incluso revertirse, volviendo a ser un país receptor de inmigrantes, producto principalmente de la coyuntura europea y del surgimiento de nuevos orígenes migratorios.

3. La distribución territorial de la población se caracteriza por un fuerte grado de urbanización, con una concentración en algunas capitales departamentales y especialmente en el área metropolitana de Montevideo. En los pasados períodos intercensales se constató un importante descenso de la población en muchas ciudades y localidades intermedias y pequeñas e, incluso, de la población rural en general. A ello se suma una tendencia que se observa también en el mundo, que es la concentración en las áreas costeras.
4. La sociedad uruguaya dista de encontrarse satisfecha en relación a los niveles de su fecundidad. Dicha insatisfacción se manifiesta en que el 34% de las mujeres de menor nivel socioeconómico y educativo dice tener más hijos que los que desearía; mientras que el 46% de mujeres de estratos socioeconómicos medios y el 42% de estratos altos responde que tiene menos hijos de los que desearía (Pardo, Peri; 2008). Esta disconformidad con la fecundidad existente evidencia la necesidad, por un lado, de profundizar lo avanzado en materia de salud sexual y reproductiva y, por otro, de generar las políticas necesarias para compatibilizar la vida reproductiva con la productiva y políticas de responsabilidad compartida en el cuidado y crianza de los hijos.
5. El país presenta dos modelos de fecundidad polarizados y con diferencias basadas en los proyectos de vida y en las condiciones sociales, culturales y económicas. Por un lado, las mujeres con mayores niveles de educación y mejores niveles socioeconómicos postergan su maternidad y tienen menor cantidad de hijos. Pero esta postergación no siempre es satisfactoria o coincidente con los proyectos de vida. Por otra parte, aquellas menos educadas y que viven en hogares pobres tienen más hijos y a edades más tempranas. Estos contrastes hablan de brechas sociales y dificultades en el ejercicio de derechos. La realidad del embarazo en adolescentes en Uruguay es una importante expresión y consecuencia de la desigualdad y segmentación social. Se da en los sectores más pobres y con más necesidades básicas insatisfechas. Es parte de una cadena de problemas vinculados a la exclusión, la vulnerabilidad y a barreras para el acceso a bienes, servicios, derechos y oportunidades. En su gran mayoría son embarazos no intencionales.
6. El descenso de la natalidad y de la fecundidad y la emigración internacional de población registrada por décadas hasta hace pocos años (relativamente más joven y en edades reproductivas) explican, en gran medida, el fuerte envejecimiento de la estructura por edades, el cual continuará profundizándose de acuerdo a las proyecciones demográficas existentes. Asimismo, la mayor esperanza de vida de las mujeres conduce a un proceso de feminización de la vejez.
7. En todos los escenarios potenciales, se estima que el tamaño y proporción de la población mayor de 65 años (y en particular la de 80 y más años) seguirá aumentando a un ritmo muy superior al de la población total como consecuencia de los bajos niveles de natalidad proyectados y del incremento de la esperanza de vida de hombres y mujeres. El número de niños, adolescentes y jóvenes está en disminución, tanto en términos relativos como absolutos. Ello significa, entre otros, aspectos que si bien es de esperar cierta estabilidad en la cantidad de población en edad de trabajar, en el largo plazo esto podría variar si el país alcanzara niveles de muy baja fecundidad, como ya ocurre en varios países del mundo. De esta manera, se presenta un escenario de crecimiento de la relación de dependencia de la vejez.
8. Los cambios en la estructura de edades de la población redimensionan y resignifican a su vez las necesidades que surgen de las transiciones generacionales, condicionando las políticas públicas que deban atenderlas. Por ejemplo, en las denominadas transiciones de la juventud a la adultez (signadas

básicamente por la emancipación del hogar de crianza, la salida del sistema educativo, el ingreso al mercado laboral y el inicio de la vida reproductiva) existen notorias diferencias entre los distintos sectores sociales, en las edades y condiciones en la que estas transiciones se producen que condicionan los proyectos de vida de los jóvenes y generan desafíos para la gestión pública. En una misma línea de análisis deben ser consideradas las transiciones a la vejez.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS

1. Vinculados al bienestar de la población

- a) Reconocer y ampliar derechos a todas las formas de familias y de constitución de hogares, como garantía de la igualdad en derechos.
- b) Promover políticas que se orienten a garantizar el acceso a derechos en términos de igualdad de todas las personas y hogares, atendiendo la diversidad de arreglos familiares y estructuras de riesgos de los mismos.
- c) Disminuir los riesgos sociales y fortalecer las capacidades institucionales, familiares y de sus integrantes en materia de cuidados, profundizando las líneas de trabajo generadas en el Sistema Nacional de Cuidados.
- d) Promover iniciativas que estructuren la prestación de servicios (cuidados de niños, enfermos y adultos mayores; transporte; vivienda, etc.) para apoyar a las personas activas y en particular a las mujeres, que en el marco de la división sexual del trabajo asumen mayoritariamente la carga de las tareas domésticas y de cuidado.
- e) Promover iniciativas que adecuen los espacios públicos para una convivencia intergeneracional armoniosa (incluyendo la adaptación del mobiliario urbano y de su servicio de transporte, atendiendo al creciente peso de la población de adultos mayores).
- f) Fortalecer a las políticas públicas en su capacidad de dar respuesta de forma eficiente a la nueva estructura de riesgos sociales de la población.
- g) Potenciar las capacidades de las políticas públicas de adecuarse a las nuevas y futuras características demográficas de la población.
- h) Promover iniciativas que conduzcan a que la estructura productiva y el mercado laboral permitan aumentar el bienestar y la igualdad de oportunidades de la población.
- i) Promover políticas públicas sensibles a las problemáticas sociales vinculadas a las minorías étnico-raciales mejorando el acceso a los bienes básicos, igualdad de trato y especialmente en la reducción de las brechas entre afrodescendientes y no afrodescendientes.

2. Vinculados a la fecundidad y reproducción

- a) Garantizar que las personas puedan ejercer su derecho de decidir libremente y de manera informada sobre tener o no tener hijos, cuándo tenerlos, en qué número y con qué frecuencia. La orientación de política en esta materia no debería promover medidas de corte natalista.
- b) Promover los mecanismos que permitan a las parejas decidir libremente, con plena conciencia, debidamente informadas y con capacidad de acceder a las diferentes opciones para su reproducción.
- c) Estudiar la factibilidad y eficacia de introducir medidas que busquen eliminar las razones por las cuales las personas tienen menos hijos que los deseados, o bien no pueden criarlos en las condiciones que deseen.

- d) Promover acciones de acompañamiento a la crianza, socializar costos de reproducción social entre el Estado, el mercado, la familia y entre hombres y mujeres, que garanticen un ejercicio libre de la maternidad y la paternidad, que asegure su compatibilización con el desarrollo personal y laboral, priorizando el apoyo a los hogares monoparentales con jefatura femenina y jóvenes con hijos.
- e) Afianzar y profundizar la política actual en materia de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos. El Estado debe garantizar el acceso a la educación sexual, a la interrupción voluntaria del embarazo y a servicios adecuados que permitan tomar decisiones libres e informadas y ejercer esos derechos. Entre ellos, el derecho a decidir cuándo, cuántos y con qué frecuencia tener hijos, y acceder a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, especialmente por parte de mujeres, adolescentes y jóvenes.

3. Vinculados a la migración internacional

- a) Reafirmar el derecho a la libre movilidad y circulación de las personas y garantizar su ejercicio.
- b) Analizar la conveniencia de trabajar de forma interinstitucional en el diseño de políticas integrales de migración.
- c) Promover acciones dirigidas a los impactos culturales de la migración, pensadas estas como mecanismos de integración y protección de los patrimonios culturales y étnicos de las diferentes comunidades de inmigrantes.
- d) Profundizar la vinculación con el país de la población uruguaya emigrada.
- e) Fortalecer y profundizar las acciones desarrolladas en los últimos años que buscan facilitar el retorno de aquellos uruguayos residentes en el exterior que deseen regresar al país.

4. Vinculados a la distribución territorial

- a) Impulsar acciones para que la población, en particular en el medio rural y en pequeñas y medianas localidades urbanas, no se vea obligada a emigrar, utilizando para ello las herramientas del ordenamiento territorial y programas de desarrollo local.
- b) Potenciar la complementariedad entre centros poblados que permita brindar servicios a la población rural dispersa y en pequeñas y medianas localidades.
- c) Analizar la realización de inversiones en infraestructura (educativa, de salud, deportiva, caminería, saneamiento, electricidad, telefonía, etc.) necesaria para brindar iguales condiciones de bienestar y acceso a derechos para todas las personas en todo el territorio. Lo anterior implicaría, entre otras medidas, analizar las consecuencias en términos de eficiencia de la promoción, por ejemplo mediante incentivos (fiscales, de mejoramiento en la prestación de servicios, en particular de transporte), de la motivación a la residencia donde ya existe una importante inversión en infraestructura básica y de servicios.

5. Vinculados a la generación de información sociodemográfica aplicada a la gestión

- a) Promover el desarrollo y mejoramiento de las estadísticas nacionales y su comparabilidad pertinente con otros países para poder dar seguimiento a los compromisos en materia de información asumidos por la Comisión.
- b) Analizar las necesidades de desarrollar y consolidar fuentes de información y estrategias de uso de la misma que favorezcan el diseño, implementación y monitoreo de políticas con enfoque de derechos humanos en poblaciones.

- c) Promover el mejoramiento en la producción y difusión estadística mediante la utilización de nuevas fuentes de datos a través del aprovechamiento de los registros administrativos con fines estadísticos así como de las fuentes alternativas generadoras de macrodatos (big data).

CONCLUSIONES

Uruguay se caracteriza por encontrarse en una etapa muy avanzada de la primera transición demográfica y estar recorriendo muy rápidamente la denominada “segunda transición”.

Sus históricamente bajas tasas de natalidad y mortalidad han determinado un crecimiento vegetativo lento, y un envejecimiento de su estructura por edades, que marca una clara feminización. Los saldos migratorios negativos observados en la segunda mitad del siglo xx y la primera década del xxi acentuaron lo anterior, además de provocar una pérdida de población joven y con mayor grado de capacitación que el promedio: más de medio millón de uruguayos vive en el exterior.

La actual tendencia de incremento de la inmigración si bien no genera por su dimensión grandes modificaciones a la situación, plantea nuevos desafíos en las esferas de la integración e interculturalidad. La urbanización se acentúa y descende la población localizada en pequeñas ciudades o localidades y en el medio rural. Al mismo tiempo, el crecimiento de la población residente en áreas costeras es mucho mayor al promedio de otras áreas. El arribo de grandes contingentes de personas a edades avanzadas presiona al Estado (sistema de retiro, de salud y de cuidados), a las familias (cuidados) y a las localidades (garantizar el uso intergeneracional de servicios, espacios e infraestructura públicos).

No hay satisfacción con los niveles de fecundidad existentes por parte de las personas en edad reproductiva, si se compara la fecundidad observada (hoy por debajo de los niveles de reemplazo) con la deseada. Asimismo, se ha consolidado un sistema dual de reproducción, segregado por condición socioeconómica, con una muy alta tasa de fecundidad adolescente en los sectores de menor nivel de educación e ingresos.

La estructura de hogares está modificándose rápidamente, perdiendo peso la estructura tradicional, conformada mayoritariamente por hogares nucleares biparentales, dando paso a una mayor diversidad y complejidad en los arreglos familiares. Esta realidad genera desafíos que requieren respuestas desde las políticas públicas.

La orientación general de estas respuestas debe estar guiada por el enfoque de promoción al ejercicio de los derechos de las personas. Las políticas de desarrollo y las políticas con enfoque de población orientadas a la consecución de esta visión deben estar consustanciadas en una estrategia nacional de largo plazo. Cada una de las acciones posibles para avanzar hacia esa visión debe ser evaluada antes de ser puesta en práctica, considerando si efectivamente es una acción que promueve el ejercicio de derechos; si es efectiva, considerando experiencias ya formuladas en nuestro país y en otras realidades; y si es eficiente, considerando los recursos necesarios para desarrollarlas en relación a los resultados esperados.

Anexo 2

Línea de tiempo

Nueva institucionalidad para articular y gestionar políticas de P&D

Uruguay ha fortalecido la interacción entre población y desarrollo desde un abordaje integral e integrador. Para ello fue necesario crear una nueva institucionalidad al servicio del diseño y la implementación coordinada de políticas, estrategias, planes y programas.

Reformas legislativas para potenciar la acción del Estado

Varias iniciativas legislativas fueron necesarias para fortalecer la incidencia del Estado en la redistribución del ingreso, su respuesta ante situaciones de privación social y el goce efectivo de los derechos humanos.

2005

2006

Ministerio de Desarrollo Social (2005)

Responsable de las políticas sociales nacionales, así como de la coordinación (sectorial y territorial), articulación, seguimiento, supervisión y evaluación de los planes en las materias de su competencia.

Gabinete Social (2005)

Establece las estrategias conjuntas en políticas sociales. Define las asignaciones presupuestales vinculadas al gasto público social.

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2005)

Coordina la planificación y ejecución del conjunto de las políticas públicas sociales sectoriales en todo el territorio nacional.

Ley de Trabajo Doméstico

(No. 18.065, 2006)

Regula las condiciones laborales para trabajadoras/es domésticos/as en relación de dependencia, reconociendo el mismo conjunto de derechos que rige para otros grupos de trabajadores/as.



Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (2005-2007)

Respuesta a la emergencia social incluyendo transferencias condicionadas mediante Ingreso Ciudadano, y otros programas, como Trabajo por Uruguay y Tarjeta Alimentaria.

Instituto Nacional de las Mujeres (2005)

Rector de la política de género para garantizar la igualdad de derechos y oportunidades y asegurar la participación igualitaria en el ámbito cultural, político, social y económico.

Consejo de Salarios (Decreto No. 105, 2005)



Reinstala un espacio tripartito de negociación para determinar las condiciones de trabajo, la fijación de salarios y fomentar la negociación colectiva.

2007 ----->

2008

Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos 2007-2011

Transversaliza el enfoque de género en el gobierno y lidera el Consejo Nacional de Género, órgano integrador con los movimientos sociales a nivel nacional.

Ley de Reforma Tributaria
(No. 18.083, 2007)

Apunta a captar los ingresos necesarios para desarrollar las políticas que permitan mejorar la calidad de vida de la población. Se basó en el principio de quien gana más paga más, y priorizó la equidad, simplicidad, suficiencia y el estímulo a la inversión productiva y el empleo.

**Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre Hombres y Mujeres** (No. 18.104, 2007)

Promueve el respeto y la vigilancia de los derechos humanos de las mujeres, conceptualizados como derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, aplicando y desarrollando una legislación igualitaria.

**Ley de Reforma de la Salud: Sistema Nacional Integrado de Salud** (No. 18.211, 2007)

Articula a prestadores públicos y privados para brindar una atención integral a la salud. Transforma el modelo de financiación de manera de asegurar el acceso universal a todos los residentes en el país, privilegiando la solidaridad a través del Fondo Nacional de Salud.

**Junta Nacional de Migración (2008)**

Promueve los derechos de los migrantes y de los uruguayos en el exterior; mantiene y refuerza los vínculos; estimula su participación en la agenda nacional y facilita su retorno.

Certificado Electrónico de Nacido Vivo (2008)

Reconoce a cada recién nacido como sujeto de derecho, otorgándole identidad desde el momento mismo del nacimiento. Hace posible la coordinación entre las maternidades y los organismos y servicios públicos.

Comisión Nacional de Lucha contra el VIH/Sida (2008)

Propone acciones y da seguimiento a la respuesta al VIH/Sida. Participan ministerios, Parlamento, gobiernos departamentales, trabajadores, sociedad civil, autoridades de la enseñanza, academia, personas con VIH, entre otros.

Plan de Equidad (2008)

Vincula a las personas hacia una inserción laboral e inclusión social, e intenta asegurar que todas las personas tengan posibilidades efectivas de gozar de una vida digna.

Ley de Unión Concubinaria
(No. 18.246, 2008)

Reconoce derechos y obligaciones a quienes hayan convivido por más de cinco años manteniendo una relación afectiva de índole sexual, cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual.

**Ley de Migración**
(No. 18.250, 2008)

Reconoce el derecho de las personas migrantes a la reunificación familiar y al acceso a la justicia, así como la igualdad de derechos con los nacionales, ilegalizando toda forma de discriminación, xenofobia y racismo.

**Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva**
(No. 18.426, 2008)

Integra todos los aspectos de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y obliga a los prestadores públicos y privados de salud a crear servicios y ofrecer consejería en SSyR. Garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en los servicios públicos.

**Ley de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible**
(No. 18.308, 2008)

Establece el marco general para el ordenamiento territorial y el desarrollo sostenible como cometidos esenciales del Estado.



2009

2010

2011

Instituto Nacional de las Personas Mayores (2009)

Define políticas para lograr el desarrollo pleno de las personas adultas mayores y su integración social y económica, atendiendo sus necesidades en todos los planos.

Educación sexual en Ley General de Educación

(No. 18.437, 2009)

Institucionaliza la educación sexual en todos los niveles de educación formal, desde preescolar hasta formación docente, incorporándola como eje transversal en el sistema de enseñanza formal.

**Cuota femenina en Ley de Partidos Políticos**

(No. 18.476, 2009)

Establece la obligación de los partidos políticos de incluir personas de ambos sexos en cada terna de candidaturas en las elecciones internas, nacionales y departamentales, por única vez en 2014-2015.

**Ley de Prevención y Sanción del Acoso Sexual**

(No. 18.561, 2009)
Establece medidas de prevención y mecanismos desjudicializados para la investigación y sanción del acoso sexual en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno.

**Ley de Descentralización y Participación Ciudadana**

(No. 18.567, 2009)

Crea el tercer nivel de gobierno y administración con autoridades electas, y amplía la participación de la ciudadanía en la gestión de gobierno.

**Ley de Derecho a la Identidad de Género**

(No. 18.620, 2009)

Establece el derecho de todas las personas a que se les reconozca su identidad de género, autorizando al cambio de nombre y sexo en los documentos identificatorios.

**Comisión Sectorial de Población (2010)**

Asesora al Poder Ejecutivo en la definición de una visión de país en materia demográfica de mediano y largo plazo, y una estrategia para alcanzarla.

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2011)

Defiende, promueve y protege los derechos humanos reconocidos por la Constitución y el derecho internacional.

Censos 2011

Uruguay completó en 2011 los Censos de Población, Hogares, Viviendas, Locales y Entorno Urbanístico. Los tomadores de decisiones cuentan con información para identificar las inequidades en el territorio.

Plan Nacional de Juventudes 2011-2015

Constituye una política integral de juventud que articula diferentes programas con los organismos públicos.

Estrategia de la Reforma Social (2011)

Orientada a la reducción sostenida y sustentable de la pobreza, la segmentación social y las desigualdades, con énfasis en las causas y en mejorar la calidad de vida de la población.

2012 -----> 2013 -----> 2014

Uruguay Crece Contigo (2012)

Espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo en territorio para atender las necesidades de las familias con mujeres embarazadas o con niños/as menores de 4 años.

Estrategia por la Vida y la Convivencia (2012)

Aborda el problema de la inseguridad pública promoviendo la convivencia como forma de superar el temor en la sociedad, a partir de garantizar los derechos y la seguridad.

Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo

(No. 18.987, 2012)

Despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por la voluntad de la mujer si se realiza durante las primeras doce semanas de gravidez.



Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015

Organiza la respuesta del Estado en el corto y mediano plazo ante situaciones de vulneración de derechos de adultos mayores.

Ley de Matrimonio Igualitario

(No. 19.075, 2013)

Legaliza el matrimonio entre personas del mismo sexo e introduce aspectos relevantes en materia de familia como el derecho de adopción para parejas del mismo sexo.



Ley de acciones afirmativas para afrodescendientes

(No. 19.122, 2013)

Promueve acciones afirmativas en áreas educativas y laborales públicas y privadas. Establece cuota del 8% para el llenado de vacantes anuales.



Ley de Empleo Juvenil

(No. 19.133, 2013)

Otorga beneficios tributarios para empresas que contraten jóvenes. Establece cuotas: 50% mujeres, 8% afrodescendientes, 4% personas con discapacidad y 2% transexuales.



Ley de Subsidios por Maternidad, Paternidad y Cuidados

(No. 19.161, 2013)

Amplía el subsidio por maternidad a trabajadores/as del sector privado, y para cuidados del recién nacido, que pueden gozar padre o madre alternadamente.



Ley de Reproducción Humana Asistida

(No. 19.167, 2013)

Asegura una atención de calidad y accesible a todas las mujeres que padecen infertilidad –cualquiera sea su orientación sexual o estado civil- en instituciones públicas y privadas.



Plan de Acción de Juventudes 2015-2025

Continúa y profundiza el diseño de políticas de juventud con una visión a largo plazo.

2015 -----> 2016

Objetivos y Metas Sanitarias Nacionales (2015)

Define los resultados concretos y medibles necesarios para superar los problemas críticos de la salud, en beneficio de la población y desde una perspectiva de derechos.

Plan Ibirapitá (2015)

Entrega tablets gratuitas a jubilados de bajos ingresos para promover la inclusión digital y todos los beneficios de su uso social, informativo, cultural y recreativo.

Observatorio Ambiental Nacional (2016)

Centraliza, actualiza y ordena toda la información vinculada con la calidad del ambiente en Uruguay y le brinda la más amplia difusión pública.

Mecanismo de Seguimiento Nacional del Consenso de Montevideo (2016)

La Comisión Sectorial de Población asume el compromiso de coordinar la implementación del Consenso de Montevideo.

Plan de Acción 2016-2019 por una Vida Libre de Violencia de Género (2015)

Apunta a prevenir, enfrentar, reducir y reparar la violencia basada en género en todas sus manifestaciones y en todo el territorio nacional.

Perspectiva de género en Ley de Presupuesto Nacional 2015

Varios ministerios asignan recursos para las políticas de género y se comprometen a rendir cuentas de su ejecución y resultados.

Secretaría Nacional de Cuidados (2016) y Plan Nacional de Cuidados 2016-2020

Diseña e implementa políticas públicas para el cuidado de: niños/as de 0 a 3 años, personas con discapacidad dependientes y adultos mayores dependientes.

Consejo Nacional Coordinador de Políticas de Diversidad Sexual (2016)

Promueve la transversalización del enfoque de diversidad sexual en las políticas públicas.

Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (No. 19.353, 2015)

Crea un sistema de cuidados solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado.



Anexo 3

Políticas públicas para la infancia en Uruguay: análisis en perspectiva comparada²

Al examinar la trayectoria en Uruguay, durante las últimas tres décadas, 38 de las políticas de infancia y las políticas sociales sectoriales (educación, salud y seguridad social) que ordenan las prestaciones y los servicios dirigidos a niños y adolescentes, así como la evolución de las instituciones y los marcos legales relacionados con la niñez, se puede advertir que la infancia ha ido ganando terreno en la agenda política. Sin pretensión de exhaustividad se podrían mencionar, al cabo de ese período y en orden cronológico, entre otros, los siguientes hitos en materia de nueva legislación, nuevas políticas o reformas de políticas existentes y creaciones institucionales en los cuatro sectores específicos de política social (asistencia social, educación, salud y seguridad social).

1. La creación en 1988 de los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF), destinados a los niños de entre 0 y cinco años y sus familias en las áreas más vulnerables.
2. A partir de 1995, la expansión de la cobertura pública de educación inicial para niños de cuatro y cinco años de edad y la introducción de las escuelas de tiempo completo, con foco en los niños de los contextos más vulnerables.
3. Entre 1999 y 2004, las reformas al régimen tradicional de Asignaciones Familiares, con el objetivo de garantizar que las familias con niños ubicadas en los estratos de menores ingresos reciban la transferencia monetaria.
4. La adopción en 2004 del Código de la Niñez y la Adolescencia (ley N.º 17.823), que sustituyó al Código del Niño de 1934.
5. La creación en 2005 del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y, en ese marco, la implementación entre 2005 y 2007 del Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social (en particular, de su programa de transferencias condicionadas Ingreso Ciudadano) que, por el perfil sociodemográfico de la población que abarcó (hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con un alto porcentaje de niños y adolescentes a cargo), tuvo un acento en la infancia; el fortalecimiento del Programa Infancia y Familia a partir de 2005 (programa que había sido iniciado en el período gubernativo 2000-2004).
6. La creación en 2007 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y, en ese marco, la decisión de priorizar a la infancia como uno de los primeros objetivos posibles para la política pública, 23 contingentes de población en acceder al sistema, lo que determinó, a partir de 2008, un significativo aumento del gasto público en salud dirigido a la infancia.
7. A partir de 2005, el aumento del presupuesto del Estado destinado a la educación pública –de 3% a 4,6% del PBI entre 2004 y 2012– lo que implicó, de acuerdo a la composición del gasto público en educación (dos terceras partes están destinadas a la educación inicial, primaria y media), un fuerte incremento de los recursos presupuestales dirigidos a la educación de niños y adolescentes;

² En *Poner fin a la pobreza infantil en Uruguay: un objetivo posible para la política pública* © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay. Gustavo de Armas, 2017.

la aprobación en 2008 de un nuevo marco legal para la educación y, dentro de él, para la educación de la primera infancia, los niños en edad escolar y los adolescentes (ley N.º 18.437).

8. La introducción de un nuevo régimen de Asignaciones Familiares en 2008 (ley N.º 18.227), que implicó un aumento del gasto público destinado a estas prestaciones –sumando el régimen tradicional contributivo y el nuevo régimen– de 0,32% del pib en 2007 (año previo a la introducción del nuevo régimen) a 0,48% en 2009 y una cobertura promedio entre 2005 y 2009 en torno al 59% de la población de entre 0 y 17 años.
9. La puesta en marcha en 2011 de un nuevo programa dirigido a la primera infancia (Uruguay Crece Contigo) y la expansión de los centros de atención a la primera infancia en el marco de la implementación del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) a partir de 2015.
10. Finalmente, los esfuerzos de planificación de políticas para la infancia a mediano plazo que se observan en los últimos años, en particular, la formulación de la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia 2030 (ENIA), desarrollada entre 2008 y 2009, de sus subsiguientes planes quinquenales y del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (2016-2020).

Anexo 4

Legislación nacional y políticas públicas

Legislación nacional (incluye ratificación de instrumentos internacionales)

- Constitución de la República
- Participación electoral (arts. 77, 78, 82, 270)
- Mecanismos electorales de democracia directa (arts. 79, 331, 303, 304, 305)
- Acciones colectivas que hacen posible la expresión y movilización ciudadana en el espacio público (arts. 29, 30, 38, 39)
- Principio de la participación ciudadana como un eje central de la política de gobierno de los recursos hídricos (art. 47)
- Ley N.º 18.476: Declaración de Interés General. Participación Equitativa de Personas de ambos sexos en los órganos electivos y de dirección de los partidos políticos
- Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Integrado de Salud
- Creación del Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS (decreto N.º 133/005)
- Creación de los consejos asesores honorarios departamentales (decreto N.º 237/011)
- Creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA)
- Ley N.º 17.823: Código de la Niñez y la Adolescencia
- Ley N.º 17.823 (art. 214): Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente
- Ley N.º 19.367: Creación del Instituto Nacional de Inclusión Adolescente
- Ley N.º 19.098: Protocolo para maltrato en centros educativos
- Ley N.º 19.039: Pensión a favor de víctimas de delitos violentos
- Ley N.º 18.970: Sistema de responsabilidad penal adolescente
- Ley N.º 18.850: Pensión a hijos de madres muertas en situación de violencia doméstica
- Ley N.º 18.777: Adolescentes infractores de la ley penal
- Ley N.º 18.561: Acoso sexual, prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno
- Ley N.º 18.350: Aprobación del Acuerdo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes entre los Estados Partes del MERCOSUR, la República de Bolivia y la República de Chile
- Ley N.º 18.349: Aprobación del Acuerdo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes entre los Estados Partes del MERCOSUR
- Ley N.º 18.420: Aprobación de la Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas
- Ley N.º 18.250: Ley de Migraciones
- Ley N.º 18.214: Integridad de Niños, Niñas y Adolescentes
- Ley N.º 18.065: Trabajo Doméstico
- Ley N.º 17.914: Protocolo facultativo de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
- Ley N.º 17.897: Humanización y modernización del sistema carcelario
- Ley N.º 17.817: Lucha contra el racismo, la xenofobia y la discriminación

- Ley N.º 17.815: Violencia sexual comercial o no comercial cometida contra niños, adolescentes o incapaces
- Decreto-ley N.º 15164: Aprobación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)
- Ley N.º 17.798: Protocolo facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)
- Ley N.º 17.861: Aprobación de la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus Protocolos Complementarios para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente de Mujeres y Niños, y el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire
- Ley N.º 17.515: Trabajo Sexual
- Ley N.º 17.514: Violencia Doméstica
- Ley N.º 17.514 (art. 24): Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica
- Decreto N.º 025/014. Creación del Sistema de Diálogo y Consulta (SDC)
- Ley N.º 17.298: Ratificación del Convenio N.º 182 de la OIT sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil
- Ley N.º 16.735: Aprobación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)
- Ley N.º 16.860: Aprobación de la Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores
- Ley N.º 16.724: Aprobación de la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas
- Ley N.º 16.643: Aprobación del Convenio N.º 29 de la OIT relativo al Trabajo Forzoso u Obligatorio
- Ley N.º 16.294: Aprobación de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura
- Ley N.º 16.137: Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño
- Ley N.º 19.262: Aprobación del Tratado de Marrakech para Facilitar el Acceso a las Obras Publicadas a las Personas Ciegas, con Discapacidad Visual o con Otras Dificultades para Acceder al Texto Impreso
- Ley N.º 19.133: De empleo juvenil
- Ley N.º 19.122: Afrodescendientes. Normas para Favorecer su Participación en las Áreas Educativa y Laboral
- Ley N.º 19.075: Matrimonio Igualitario
- Ley N.º 19.353: Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)
- Ley N.º 19.334: Crea de la Fiscalía General de la Nación como servicio descentralizado
- Ley N.º 18.806: Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
- Ley N.º 18.651: Protección Integral de Personas con Discapacidad
- Ley N.º 18.620: Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios.

- Ley N.º 18.596: Ley de Reparación a las Víctimas de la Actuación Ilegítima del Estado
- Ley N.º 18.561: Acoso Sexual. Normas para su Prevención y Sanción en el Ámbito Laboral y en las relaciones docente-alumno
- Ley N.º 18.435: Archivo Nacional de la Memoria
- Ley N.º 18.418: Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Ley N.º 18.246: Unión Concubinaria
- Ley N.º 18.987: Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Ley N.º 17.684: Comisionado Parlamentario Penitenciario
- Ley N.º 17.897 (art. 14, inserción laboral de personas liberadas): Libertad Provisional y Anticipada
- Ley N.º 18.197: Humanización de cárceles. Prevé contratación de presos para trabajar en obras
- Ley N.º 17.330: Aprobación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad
- Ley N.º 17.107: Aprobación de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares
- Ley N.º 16.603: Código Civil, última modificación
- Ley N.º 16.519: Aprobación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)
- Ley N.º 16.048: Reforma del Código Penal (arts. 149 bis y ter)
- Ley N.º 16.045: Actividad Laboral. Prohíbese Toda Discriminación que Viole el Principio de Igualdad de Trato y Oportunidades para Ambos Sexos en Cualquier Sector
- Ley N.º 15.737 (art. 15): Aprobación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de Costa Rica)
- Ley N.º 13.751: Aprobación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Ley N.º 18.331: Protección de datos personales y acción de habeas data
- Ley N.º 19.307: de Regulación de la Prestación de Servicios de Radio, Televisión y Otros Servicios de Comunicación Audiovisual. Art. 27: Derecho a la participación ciudadana
- Ley N.º 19.122: Afrodescendientes. Normas para favorecer su participación en las áreas educativa y laboral
- Ley N.º 18.776: Aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Ley N.º 18.708. Tratado Constitutivo de UNASUR.
- Ley N.º 18.651: Protección integral para las personas con discapacidad
- Ley N.º 18.644: Descentralización Territorial y Participación Ciudadana
- Ley N.º 18.567: Descentralización Política y Participativa
- Ley N.º 18.566: Sistema de Negociación Colectiva
- Ley N.º 18.437: Ley de Educación. (Participación en arts. 44, 48, 53)
- Ley N.º 18.426: Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva
- Ley N.º 18.308: Ordenamiento territorial (Participación en arts. 5, 6, 8, 10, 25, 72)
- Ley N.º 13.670: Aprobación de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial

Políticas públicas

- ANEP-MSP-UDELAR- Educación especial
- ANEP- Programa centro de recursos para alumnos ciegos o con baja visión
- ANEP- Programa atención a alumnos sordos
- BPS- Fortalecimiento de la sociedad civil organizada (subprograma personas mayores y subprograma personas con discapacidad)
- BPS- Pensión por invalidez
- CNCLVD- Plan de acción 2016-2019 de lucha contra la violencia de género
- CONAPEES - II Plan Nacional 2016-2021
- Fiscalía General de la Nación- Sistema de Información del Proceso Penal Acusatorio del Uruguay (SIPPAU)
- MEC- Plan Nacional contra el Racismo y la Discriminación
- Consejo Nacional de Políticas Sociales- Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020
- Intendencia de Montevideo-Setiembre, Mes de la Diversidad
- Intendencia de Montevideo-Prácticas de movilidad inclusiva para discapacitados en el espacio urbano (rampas, por ejemplo)
- IM-Plenario de Mujeres del Uruguay- Servicio Telefónico de Atención a la Mujer Víctima de Violencia Doméstica
- IM- Comuna Mujer
- INAU- Centros de atención de niños, niñas y adolescentes con discapacidades y/o patologías psiquiátricas asociadas
- INAU- Centros para niños con trastornos psiquiátricos compensados
- INAU- Sistema de Información para la Infancia (SIPI)
- INAU- SIPIAV
- INAU- PLAN CAIF
- INAU- Clubes de Niños
- INAU- Albergues para niños, niñas y sus referentes adultos víctimas de violencia familiar
- INAU- Centro de atención a niños y niñas víctimas de maltrato, violencia infantil y abuso sexual
- INAU- Centros Primera Infancia (CAPI)
- INAU- Centros de atención integral de tiempo completo a niños, niñas y adolescentes
- INAU- Centros de Estudio y Derivación (CED) en las direcciones departamentales
- INAU- Centros de referencia local
- INAU- Centros de Atención a jóvenes con consumo problemático
- INAU- Unidad de Intervenciones Familiares
- INAU- Línea Azul. Servicio de atención telefónica para recepción de denuncias y orientación
- INDDHH- Plan Estratégico Mecanismo Nacional de Prevención
- MIDES, INAU, INJU- Programa de Cercanías (UCC, Jóvenes en Red)
- INISA- Inserción Social y Comunitaria
- INISA- Programa de Medidas Privativas de Libertad y de Semilibertad
- INISA- Programa de Medidas Socioeducativas de Base Comunitaria (PROMESEC)
- INISA- Proyectos culturales y tutorías para jóvenes privados de libertad

- INMAYORES-MIDES- Servicio de Atención a la Violencia Intrafamiliar
- INMUJERES-MIDES- Plan Nacional de Igualdad de Derechos y Oportunidades
- INMUJERES-MIDES- Anteproyecto de Ley Integral de Trata de Personas
- JND- Observatorio Uruguayo de Drogas
- JND- Departamento de Inserción Social
- MI- Estrategia por la Vida y la Convivencia
- MI- Mesas locales para la convivencia y la seguridad ciudadana
- MI- Unidad especializada en violencia doméstica
- MI- Oficina Nacional de Violencia Doméstica y de Género
- MI- Sistema de prisión domiciliaria con tobilleras electrónicas
- MI- Prestaciones y servicios de la dirección nacional de apoyo al liberado
- MI- Centro de Atención a las Víctimas de la Violencia y el Delito (CAVID)
- MI- Policiamiento Orientado a Problemas (POP) [experiencia piloto]
- MIDES- Casa Breve estadía para mujeres en situación de riesgo de vida por violencia doméstica
- MIDES- Servicio de atención a mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual
- MIDES- Servicios públicos de atención a mujeres en situación de violencia basada en género
- MIDES- Servicio público de atención a personas que tengan dispuesta la medida de uso de las tecnologías de verificación de presencia y localización en situaciones de violencia doméstica con alto riesgo de vida
- MIDES- Servicio de Orientación, Consulta y Atención Territorial (SOCAT)
- MIDES- Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. 2016-2020
- MIDES-Programa Identidad
- MIDES- Uruguay Crece Contigo
- MIDES- Observatorio Social
- MIDES- Servicio de asesoramiento y representación jurídica a personas con discapacidad
- MIDES- Programa de asistentes personales para personas con discapacidad severa
- MIDES- Programa de capacitación laboral para personas con discapacidad
- MIDES- Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS)
- MIDES-PRONADIS- Uruguay Sin Barreras
- MIDES-PRONADIS- Registro de empresas inclusivas
- MIDES-PRONADIS- Servicio de asesoramiento y representación jurídica
- MIDES-CNHD- Servicio de transporte para personas con movilidad reducida
- MIDES- Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Diversidad Sexual
- MIDES-INMUJERES- Sistema de Información de Género
- MIDES-Instituto Nacional de Ciegos General Artigas- Unidades de rehabilitación para personas con discapacidad visual en el interior del país
- MSP- Programa Violencia y Salud
- Sistema Informático Perinatal (SIP)
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)
- MSP-DGREC- DNIC- Certificado de nacido vivo electrónico
- OPS/OMS-CLAP- Sistema Informático Perinatal
- PJ- Tribunales de familia especializados con competencia para juzgar los casos de violencia doméstica
- PJ- Creación de la Asesoría de Derechos Humanos

- UAIP-INAU- “Queremos saber”. Promoción del derecho de acceso a la información pública de niños, niñas y adolescentes.
- Red de Transparencia y Acceso a la Información (RTA)
- AGESIC- Puntos de Atención Ciudadana (PAC)
- AGESIC- Observatorio de la Ciudadanía
- AGESIC- Mirador de Gobierno Abierto
- AGESIC- Catálogo de Datos Abiertos
- AGEV- Observatorio Uruguayo de Políticas Públicas
- Intendencias- Cabildos Abiertos
- Presidencia de la República- Plan de Gobierno de Cercanía
- Presidencia de la República- Diálogo Social
- INAU- Programa de Participación Infantil y Adolescente (PROPIA)
- INJU- Consejo Consultivo Nacional de Jóvenes
- INJU- Casa INJU
- INJU- IMPULSA
- INJU- Más juventudes, más democracia
- INJU- Fondo de Iniciativas Juveniles
- INJU- Somos de acá
- INJU- 5K Ser Joven no es delito
- INJU- Juegos Nacionales de Juventud
- IM- Centros Comunes
- IM- Presupuestos Participativos
- IM- Planificación y Participación Descentralizada
- IM- Audiencia Pública Anual
- MGAP- Mesas de desarrollo rural
- MIDES- Programa Nacional de Voluntariado y Prácticas Solidarias
- MIDES- Dirección Nacional de Participación Social
- PL- Bancada Bicameral Femenina

Anexo 5

Estado de situación de los indicadores relativos al capítulo D, julio 2017.

NÚMERO	INDICADOR	OBSERVACIONES
D1 ods 3.3.1	Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave.	En las “poblaciones clave”, deben tomarse en cuenta las mujeres embarazadas y en lactancia, así como los recién nacidos.
Estado de situación	24,60 27,3/100.000 hab. (2016 DEvisa-MSP) M: 33.73/100.000 hab. F: 15.81/100.000 hab.	
D2 go 37.6	Porcentaje de centros de atención de la salud que ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva integral	
Estado de situación	Dato no disponible	
D3	Indicador para monitoreo del fin de la epidemia: i) porcentaje de personas que viven con el VIH; ii) porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento, y iii) porcentaje de personas que se encuentran en tratamiento integral para el VIH que logran la supresión de la carga vírica (indicador 38.1 de la Guía operacional).	Además de la desagregación por sexo y edad, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) recomienda que, siempre que sea posible, la desagregación se base en las poblaciones clave: trabajadoras sexuales, personas de determinada orientación sexual, incluidos los hombres que tienen sexo con hombres, y personas que se inyectan drogas. También recomienda que todos los indicadores sobre el VIH se midan para toda la población, ya que algunas de las mayores lagunas corresponden al tratamiento de los niños.
Estado de situación	Se estiman 14.000 personas viviendo con VIH. 10.856 personas conocen su estado serológico. 6.300 personas están bajo tratamiento antirretroviral. Ministerio de Salud Pública. Año 2017, Departamento de Vigilancia en Salud - Área Programática ITS - VIH/SIDA.	
D3 bis	D3 bis Porcentaje de mujeres que conocen su diagnóstico de VIH durante el embarazo, parto y puerperio.	
Estado de situación	En 2015 la tasa de TV fue de 1,8% y en 2016 de 1,5%, logrando la meta de eliminación.	
D4 go 41.1	Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades.	
Estado de situación	Dato no disponible	
D5 go 41.3 (Adaptado)	Porcentaje de hombres y de mujeres que ponen en práctica elementos básicos de prevención y autocuidado de su salud sexual y su salud reproductiva	
Estado de situación	ENCOR 2015	

NÚMERO	INDICADOR	OBSERVACIONES
D6 go 44.2	Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres y de hombres según tipo de métodos (modernos y tradicionales)	Si bien los países recomendaron no ampliar el indicador al grupo de 10 a 14 años, sí destacaron que debía garantizarse la información sobre sexualidad también para la población de 10 a 14 años (no solo de 15 a 49 años, como suele hacerse). Asimismo, debe producirse este indicador también para los hombres.
Estado de situación	ENCOR 2015	
D7 go 44.3	Porcentaje de mujeres sexualmente activas que reportan demanda satisfecha de métodos para posponer, espaciar o limitar los nacimientos y prevenir embarazos no deseados, según tipo de métodos (tradicionales y modernos) y grupos de edades (indicador 44.3 de la Guía	Debe desagregarse para mujeres unidas y para mujeres sexualmente activas no unidas.
Estado de situación	ENCOR 2015	
D8 ods 3.1.1	Índice de mortalidad materna	Debe desagregarse por causas, incluido el aborto.
Estado de situación	17/100.000 NV (2016, EV-MSP)	
D9 go 40.5	Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención materna.	
Estado de situación	99,9% partos asistidos por personal de salud capacitado.	
D10 go 42.2	Número de hospitalizaciones por complicaciones del aborto desagregado por grupos de edad	
Estado de situación	Dato no disponible	
D11	Existe en el país legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a las siguientes causas: a) por la sola voluntad de la mujer; b) por violación o incesto; c) por peligro de vida de la mujer; d) por peligro en la salud de la mujer; e) otras causas.	Nuevo indicador incorporado a partir del Segundo Taller de revisión de los indicadores (Ciudad de México, 30 y 31 de mayo de 2017). Este indicador debe leerse a la luz de la medida prioritaria 42 del Consenso de Montevideo, que insta a los Estados que aún no lo han hecho “a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos”.
Estado de situación	Ley IVE 18987	

NÚMERO	INDICADOR	OBSERVACIONES
D12 GO 42.6	Porcentaje de centros de atención de la salud que disponen de medicamentos para aborto y cuentan con personal capacitado y material para realizar abortos seguros y proporcionar cuidados posteriores al aborto.	
Estado de situación	Dato no disponible	
D13 GO 43.3	Porcentaje de parejas y personas en condición de infertilidad o subfertilidad que reciben atención para fertilización asistida.	En la Tercera Reunión de la Mesa Directiva los países consideraron que el indicador no era medible actualmente por todos los Estados y sugirieron hacer referencia inicialmente a marcos regulatorios.
Estado de situación	Entre mediados de abril de 2015 y fines de marzo de 2016 se analizaron en ateneo clínico 751 solicitudes, de las cuales se aprobó el inicio de tratamiento de 579 (77%), en tanto, 127 pedidos están pendientes de ateneo por falta de información médica (17%). En este lapso se negaron 33 tratamientos (4,4%) por no estar comprendidos en la normativa de cobertura especialmente dispuesta tras la reglamentación de la ley. Se encuentran pendientes 12 solicitudes por cuestiones administrativas (1,6%) (MSP 2016).	
D14	Número de iniciativas presentadas para establecer marcos regulatorios en materia de reproducción asistida.	Nuevo indicador incorporado a partir de la revisión realizada en la Tercera Reunión de la Mesa Directiva. Los países consideraron que por el momento el indicador original (D13) no era medible por todos los Estados y sugirieron hacer referencia inicialmente a marcos regulatorios.
Estado de situación	Ley Reproducción Humana Asistida N.º 19.167	
D15 GO 45.3	Porcentaje de nacidos vivos cuya madre asistió a cuatro o más consultas prenatales.	
Estado de situación	90,4% 2015 (MSP)	
D16 ODS 3.1.2	Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	Se requiere desagregar el indicador tomando en cuenta el porcentaje de partos atendidos por parteras tradicionales indígenas y por equipos interculturales de salud.
Estado de situación	99,9% (2012-2015) Fuente: MSP	
D 17 ODS 5.6.1	Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.	Debe garantizarse la información sobre sexualidad para la población de 10 a 14 años de edad. También debe producirse este indicador para los hombres.
Estado de situación	ENCOR 2015	

NÚMERO	INDICADOR	OBSERVACIONES
D18 ods 5.6.2 (adaptado)	El país cuenta con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años de edad el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia.	Debe incluirse a la población de 10 a 14 años de edad y a los hombres.
Estado de situación	Ley Salud Sexual y Reproductiva N.º 18.426	
D19 go 34.3	Porcentaje de población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género.	
Estado de situación	Dato no disponible	
D20 go 36.7	Número de programas y campañas dirigidas específicamente a eliminar estereotipos y discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual.	Nuevo indicador incorporado a partir de la revisión realizada en la Tercera Reunión de la Mesa Directiva.
Estado de situación	Dato no disponible	
D21 go 35.2	Porcentaje de la población que conoce sus derechos y las condiciones para acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.	
Estado de situación		
D22 go 36.4	Número de instituciones públicas que desarrollan políticas, programas y proyectos para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva con un enfoque de protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos	
Estado de situación	En el sistema público de salud (ASSE) existen 35 servicios de salud sexual y reproductiva y 70 equipos de IVE funcionando (Coordinación del Programa de la Salud, Mujer y Género de ASSE, 2017).	

