

Planificación _OPP

Dirección de Planificación

Diagnóstico prospectivo en brechas de género y su impacto en el desarrollo

Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género

Consultoras: Dra. Alejandra López – Dr. Pablo López
Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades I
Instituto Psicología de la Salud I Facultad de Psicología I
UdelaR

Año 2016

Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género^{† ‡}

Resumen ejecutivo

Este informe tiene como objetivo presentar un diagnóstico que busca identificar las brechas de género en el campo de la salud, los factores explicativos, patrones de evolución y modelos de relaciones de género que las sustentan. El género es considerado uno de los determinantes sociales de la salud. En tal sentido, el enfoque de equidad de género en salud constituye una referencia ineludible a la hora de analizar el papel diferencial que hombres y mujeres juegan en la producción cotidiana de la salud – enfermedad, en la organización de la atención sanitaria, en la producción de saberes técnicos y no técnicos y en el sistema doméstico del cuidado de la salud.

Para realizar el diagnóstico sobre las brechas de género en la salud de la población y su evolución en los últimos 30 años se utilizó información secundaria estandarizada y comparable. Con ese fin se utilizaron y procesaron datos relevantes desagregados por sexo disponibles en las estadísticas del Ministerio de Salud. Se utilizaron otras fuentes de datos secundarios como encuestas periódicas de cobertura nacional que se han realizado en los últimos años. Esta información es complementada con el análisis de documentos que han producido actores gubernamentales, sociales y académicos así como con reportes de investigación que abordan distintas dimensiones de la relación entre género y salud.

Entre los hallazgos más importantes que se constatan como tendencia puede mencionarse: a) que los patrones de mortalidad y morbilidad no han tenido modificaciones significativas así como tampoco su distribución en hombres y mujeres en todo el territorio nacional. Las enfermedades crónicas no transmisibles predominan en la morbilidad y mortalidad; b) a nivel de hábitos saludables las mujeres realizan menos actividad física que los hombres, el consumo de tabaco en hombres y mujeres (en menor medida) muestra una tendencia al descenso y que se incrementa el peso de la obesidad y el sobrepeso en la población en ambos sexos; c) las muertes violentas, en particular accidentes y suicidio se han ubicado, en los últimos años, como un problema social relevante que requiere de políticas específicas. Las diferencias en los comportamientos de hombres y mujeres son significativas y marcan una tendencia consolidada; d) si bien ha ingresado en la agenda pública, el efecto del papel de las mujeres en el cuidado de las

[†] Los textos incluídos en este documento no reflejan necesariamente las opiniones de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente.

[‡] Esta versión no incluye el apartado de listado y análisis de actores, por considerarse un insumo interno.

personas dependientes es un aspecto que amerita mayor dedicación de la investigación nacional; e) la salud sexual y reproductiva se ha instalado en la agenda pública desde mediados de los años 90 y se observa una tendencia en la consolidación de la incorporación de la SSR en los servicios de salud del SNIS.

Como principales factores de cambio se observa: a) que se han instrumentado políticas que buscan atender problemas que afectan al individuo desde la perspectiva de sus determinantes sociales, pero su impacto diferencial en hombres y en mujeres no puede ser evaluado en el corto plazo; b) que la institucionalidad de género, si bien aún es débil, ha logrado permear distintos campos de la política pública; c) los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 definidos por el MSP son producto de una política que busca centrar su foco en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales, tal como lo enuncia el propio documento; d) el papel que juega el Consejo Nacional de Género, en su Eje 3 sobre Políticas de Salud y Género, con el liderazgo de las autoridades del MSP y el MIDES y la participación de actores intersectoriales en la definición de estrategias y acciones, es ilustrativo del proceso que busca impulsar una política transformadora de las desigualdades de género en la salud; e) en el campo específico de la salud sexual y reproductiva, se pueden señalar algunas políticas recientes que son portadoras de cambios en la agenda de derechos y en la atención sanitaria.

Consideramos que para robustecer el desarrollo de políticas en salud transformadoras de las desigualdades de género como determinante estructural de la salud-enferedad-atención, es necesario incorporar el enfoque de equidad de género y derechos humanos en los distintos planos del proceso de formulación de la política pública, incluyendo los sistemas de información, la organización de los servicios, el monitoreo y seguimiento de la calidad de las prestaciones, las prácticas profesionales y la formación de los RRHH de la salud.

1. Introducción

Este informe tiene como objetivo presentar un diagnóstico que busca identificar las brechas de género en el campo de la salud, los factores explicativos, patrones de evolución y modelos de relaciones de género que las sustentan. Delimitamos el concepto de salud en dos dimensiones: en tanto estado de bienestar y sus determinantes sociales y, en tanto sistema de atención institucional de la salud-enfermedad. El concepto de determinantes de la salud propuesto por la OMS (2008) refiere a las condiciones sociales y económicas en que las personas nacen, viven y se desarrollan y que inciden en los procesos de salud-enfermedad. El modelo de determinantes distingue a aquellos de tipo: estructural, intermedios y próximos. Se enfoca en el modo en que las formas de vida social abren o cierran oportunidades para desarrollar el potencial de salud de las personas a lo largo de su vida. El concepto refiere a “las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. Este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida de las personas” (OMS, 2011).

Las oportunidades para tener salud son desiguales y están injustamente distribuidas; dependen de la manera como se estructura y funciona la sociedad, en relación al acceso al poder, recursos (materiales y simbólicos) y sistema de privilegios; y están relacionadas con jerarquías sociales según clase social, generación, etnia, género, entre otras. Estas dimensiones deben ser consideradas de manera interseccional para generar un análisis más robusto de sus efectos en términos de desigualdad social y para ello se requiere de sistemas de información apropiados, continuos y de calidad.

El género es considerado uno de los determinantes sociales de la salud. En tal sentido, el enfoque de equidad de género en salud constituye una referencia ineludible a la hora de analizar el papel diferencial que hombres y mujeres juegan en la producción cotidiana de la salud – enfermedad, en la organización de la atención sanitaria, en la producción de saberes técnicos y no técnicos y en el sistema doméstico del cuidado de la salud. La equidad de género en salud implica analizar los niveles de salud y bienestar comparables

en mujeres y hombres, y sus determinantes, o sea, la existencia de condiciones para la igualdad de acceso y control sobre los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud. Ello requiere tener en consideración el proceso de transformación de los modelos de familia, el envejecimiento de la población, la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral y el sistema doméstico de cuidados. Desde esta perspectiva, la equidad en salud se traduce en la minimización de disparidades evitables en la salud y sus determinantes sociales entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social y acceso a recursos y poder (Gómez, 2000; Esteban, 1999). El modelo de *continuum de género* en salud permite analizar en qué medida las políticas públicas son conscientes o ciegas a la equidad de género, es decir en qué medida buscar revertir estas disparidades o en su defecto las reproducen y/o recrean (OPS, 2012).

Para realizar el diagnóstico sobre las brechas de género en la salud de la población y su evolución en los últimos 30 años se utilizó información secundaria estandarizada y comparable. Con ese fin se utilizaron y procesaron datos relevantes desagregados por sexo disponibles en las estadísticas del Ministerio de Salud desde 1998 a la fecha¹. Se utilizaron otras fuentes de datos secundarios como encuestas periódicas de cobertura nacional que se han realizado en los últimos años. Esta información es complementada con el análisis de documentos que han producido actores gubernamentales, sociales y académicos así como con reportes de investigación que abordan distintas dimensiones de la relación entre género y salud. El objetivo final es interpretar las tendencias identificadas y asociarlas a hitos (políticos, civiles, legislativos o coyunturales) de los últimos 30 años, con el fin de proyectar un posible comportamiento futuro.

A los efectos de operacionalizar la propuesta, se jerarquizaron algunas áreas específicas de acuerdo a su relevancia poblacional. Se incluyen indicadores sobre aseguramiento en salud, mortalidad y morbilidad, salud mental, salud sexual y salud reproductiva. Los mismos fueron seleccionados en función de tres criterios: a) se tratan de indicadores clave a nivel nacional y en su comparabilidad internacional; b) fueron jerarquizados en el Taller de Diagnóstico que se realizó con la participación de diversos actores y en el cual se discutió la propuesta de áreas sobre brechas de género; c) existe disponibilidad de

¹ Si bien muchos de estos datos se basan en las estadísticas vitales —que se registran hace más de 100 años— en el año 1998 se produjo un cambio en su modo de registrarse, que no permite una comparación exacta con datos anteriores a esta fecha. Por otra parte, desde 1992 a 1997 no están disponibles estas estadísticas, motivos por los que varios análisis de tendencia no toman el período 1985-2015 sino 1998-2014 (último dato disponible).

información estadística oficial y estudios cuanti y cualitativos que permiten caracterizar la situación y su evolución en el tiempo.

El diagnóstico que presentamos presenta algunas limitaciones. Por un lado, el sistema de información estadística en salud con que el país cuenta tiene debilidades importantes al no disponer de datos continuos y/o actualizados para varios de los componentes de la salud o no están desagregados por sexo, edad, territorio, nivel socioeconómico u otras variables demográficas relevantes. Esto restringe las posibilidades de analizar de manera robusta los datos disponibles, por ejemplo la dificultad de realizar un análisis de la intersección del nivel socioeconómico, género, etnia, edad y su impacto en la salud de la población. Para ello se requeriría el procesamiento de nueva información con distintas bases de datos lo cual excede las posibilidades para este diagnóstico. Por otra parte, desde el punto de vista científico, este diagnóstico no permite afirmar relaciones causa efecto entre los determinantes de género y sus efectos en la salud de las personas. Si bien la identificación de las brechas permite suponer correlaciones fuertes entre el sexo y el varios indicadores de salud, el análisis de qué factores construyen esas correlaciones y cuál es el peso específico del género en las mismas requieren un estudio específico para cada caso. En este sentido, las explicaciones sobre las brechas que se aproximan en el informe se basan evidencia internacional y operan en el plano local como hipótesis para ser corroboradas o no a través de otras investigaciones.

2. Conceptos y definiciones generales de la temática²

La incorporación de la perspectiva de género en salud se sostiene en tres pilares conceptuales: *salud, equidad, género*.

Salud. De acuerdo con la definición adoptada por OMS/OPS, la salud “*es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. El concepto de salud es positivo en tanto enfatiza las capacidades físicas y los recursos personales y sociales y, por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector salud ni se limita a estilos de vida saludables³.

² Esta sección se basa en el trabajo de Gómez, E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, Nos. 5/6, mayo-junio 2002, pags 454-461

³ First International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion., Ottawa, 21 Noviembre, 1986.

Equidad no es lo mismo que igualdad. A su vez, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad se ha reservado para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”⁴. Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

Género alude a la construcción social de lo masculino y lo femenino y a la forma como se articulan estas dos construcciones en relaciones de poder. El concepto de género no se aplica a la mujer—ni tampoco al hombre-- *per se*, sino a las *relaciones de desigualdad* entre mujeres y hombres (o entre lo “masculino” y lo “femenino”) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder. Se trata de una categoría estratificadora que ocupa un lugar central —junto con clase y etnia--en el nivel macro de asignación y distribución de los recursos que hacen posible el logro y mantenimiento de la salud.

Equidad de género en salud. La equidad de género en el ámbito de la salud se traduce en la ausencia de disparidades remediables e injustas entre mujeres y hombres, que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en el contexto socio-económico. La referencia al ámbito de la salud envuelve varias dimensiones: el *estado de salud*, la *atención de la salud* y los procesos de *gestión de la salud*. En materia de *estado de salud*, la *equidad de género* se reflejaría en niveles de salud y bienestar comparables en mujeres y hombres, no solo entre sí, sino en relación con los niveles alcanzables en poblaciones específicas, esto es, los niveles de salud de las mujeres y los hombres de los grupos de mayor privilegio social. En la *atención de la salud*, la equidad de género implica que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; los servicios se reciban según las necesidades particulares independientemente de la capacidad de pago, mujeres y hombres aporten al financiamiento de los servicios de salud según su capacidad económica, y no según los riesgos o necesidades propios de cada sexo y cada etapa del ciclo vital.

3. Análisis retrospectivo y situación actual

4 Whitehead, M., The concepts and principles of equity and health. Documento EUR/ICP/RPD/414., WHO Office for Europe, Copenhagen, 1990

3.1 Aseguramiento en salud de la población

Hacia el año 1985 el país contaba con un sistema de salud fragmentado en la provisión de servicios de salud y en las fuentes de financiamiento (González y Olesker, 2010). La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)⁵ en el año 2007—con la integración de efectores públicos y efectores del sector privado— constituyó una de las principales reformas sectoriales que se realizaron en los últimos 30 años. Se basó en tres pilares fundamentales: cambio del modelo de atención, cambio del modelo de financiamiento y cambio del modelo de gestión. El objetivo principal del SNIS es universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera. Se propuso cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegiara la atención integral y jerarquizara la promoción y la prevención. Esta modificación buscó que el primer nivel de atención se convirtiera en el foco de los principales cambios y escenario donde debía recaer la responsabilidad de que los usuarios/as del sistema redujeran la necesidad del uso de los servicios en los demás niveles. Esto implicó fortalecer necesariamente los servicios de la red del primer nivel, en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura (Fernández Galeano y Olesker, 2009). También implicó reorganizar la integración de los equipos de salud incluyendo otros perfiles de profesionales, de modo de responder a un paradigma de integralidad desmarcado del modelo biomédico tradicional. El modelo de financiamiento implicó una transformación en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). El sistema prevé el pago a los efectores en base a cápitas en función del número y perfil de usuarios/as y del cumplimiento de las metas prestacionales de observancia obligatoria (MSP, 2009b).

El SNIS tiene una cobertura del 97% de la población. El principal prestador público es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con una red de servicios de cobertura nacional, y que al 2015 cubre el 30% de la población. Hay otros proveedores públicos que atienden grupos específicos como Sanidad Policial y Sanidad Militar que

⁵SNIS fue creado por ley n° 18211 de 5/12/2007 y se generaron leyes ampliatorias en 2011. La puesta en marcha de la reforma de salud se inició, de manera gradual, en el año 2008.

cubren un 5% de la población. A nivel privado, a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) se asiste el 59,5% de la población. La reforma ha estado pautada por un proceso progresivo de incorporación de diferentes colectivos al Seguro Nacional de Salud. En este sentido, el 1º de enero de 2008 se incorporaron los/as hijos menores de 18 años de trabajadores formales e hijos/as mayores con discapacidad. El grupo conformado por las menores de 18 años fue el colectivo con mayor cambio de cobertura entre enero de 2008 y diciembre de 2010, fecha en la cual comenzaron a incorporarse al nuevo sistema otros colectivos de mujeres en edad reproductiva (Balsa y Triunfo, 2015). La cobertura de mujeres adolescentes en las IAMCs aumentó de 23% en 2007, a casi 60% en 2014. Para el resto de las mujeres, con excepción de las pasivas, el cambio en la cobertura no fue significativo (INE, 2014). Se presentan datos de cobertura desagregada por sexo y tipo de prestador 2006-2014 en Anexo Estadístico.

La puesta en marcha del SNIS ofreció aseguramiento universal a mujeres y hombres de distintas edades y niveles socioeconómicos, proceso que completó en los últimos años con la incorporación de las personas jubiladas y pensionistas al sistema. Esto permitió cerrar brechas existentes en el aseguramiento en salud mediante un sistema solidario de aportes al Fondo Nacional de Salud que ha permitido incorporar a sectores de la población que estaban por fuera de la cobertura: cónyuges de trabajadores/as formales (en su mayoría mujeres), niños/as, adolescentes, pensionistas y jubilados/as.

El reto mayor que tiene actualmente el SNIS es la mejora continua de la calidad de sus prestaciones y de la atención que se brinda, la inclusión de nuevas prestaciones, equipamiento, medicamentos, tecnologías e insumos, la efectiva participación de usuarios/as en la gestión del sistema –más allá de la participación formal en los organismos de conducción – y la generación de un sistema de información continuo, de calidad y útil para el monitoreo y la evaluación del propio sistema y del estado de salud de la población.

3.2 Morbilidad y Mortalidad y sus determinantes

En las poblaciones en etapas avanzadas de la transición demográfica como el caso uruguayo, suele predominar la morbilidad asociada a enfermedades no transmisibles. La transición demográfica se acompaña generalmente de una transición epidemiológica, es decir por cambios en los modos de enfermar y morir de las personas:

desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles; desplazamiento de la morbimortalidad de los jóvenes a las personas añosas; desplazamiento de la mortalidad por la morbilidad con sus secuelas e invalidez; y polarización epidemiológica asociada a determinantes sociales y económicos.

La tasa de mortalidad general se ha mantenido en las últimas décadas en valores próximos al 10‰ de habitantes. Fue de 10,6‰ habitantes en 1980 y de 9,9‰ en 2010. 17 El 82% de los fallecimientos se producen a partir de los 60 años y predomina la mortalidad en los hombres. La distribución de la mortalidad por edades presenta diferencias importantes. Entre los 5 y los 40 años los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte. A partir de los 40 años las enfermedades cardiovasculares y oncológicas ocupan el primer lugar. La mortalidad proporcional por grandes causas es relativamente homogénea en los 19 departamentos del país (Fernández Galeano y Benia, 2014).

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de morbimortalidad en Uruguay, siendo responsable del 70% de las muertes y del porcentaje mayoritario de los años vividos con discapacidad. Históricamente las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de muerte considerando todas las causas de defunción, si bien se observa una constante tendencia descendente en los últimos años (CHSC, 2015).

La mayor parte de las muertes se producen por cuatro causas: enfermedades del sistema circulatorio, cáncer, enfermedades del aparato respiratorio y causas externas, incluyendo accidentes de tránsito. La distribución de las causas de mortalidad se ha mantenido relativamente estable por más de una década, con un lento pero sostenido descenso de las enfermedades del sistema circulatorio (Cuadro N° 1).

El estudio de la mortalidad en el período 1998-2014 por causas y sexo muestra que, para los hombres, las neoplasias se ubicaron progresivamente como la primera causa de defunción, desplazando a un segundo lugar a las enfermedades del sistema circulatorio. Las causas externas asociadas a las muertes violentas, ocupan el tercer lugar de incidencia. En las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar desde 1998, pero en una proporción menor, y las neoplasias, ubicadas en un segundo lugar, han progresivamente incrementado su incidencia (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1. Tasa de Mortalidad cada 100.000 habitantes, (1998-2014), total país.

Varones Tasa de Mortalidad por grupo de causas cada 100.000 habitantes									
	1.998	2.000	2.002	2.004	2.006	2.008	2.010	2.012	2.014
Trastornos mentales & del Comportamiento	22,09	18,79	14,38	9,71	14,85	12,86	14,69	14,74	16,41
Tumores (Neoplasias)	267,19	262,81	268,85	264,75	267,34	262,35	268,57	262,85	266,70
Enfermedades del Sistema Circulatorio	336,33	308,45	309,51	312,57	296,66	277,98	275,52	260,07	241,97
Enfermedades del Sistema Respiratorio	108,52	90,17	98,48	109,76	98,74	95,33	115,79	109,20	95,15
Enfermedades del Sistema digestivo	46,48	45,21	42,14	39,78	40,96	43,45	43,33	43,55	40,84
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	101,74	92,08	92,43	84,33	85,68	93,48	94,64	100,92	98,92
Cantidad de población Masculina (estimada)	1607076,06	1623622,88	1620607,01	1616269,25	1623412,99	1624932,02	1640886,07	1655692,61	1670025,69
Mujeres Tasa de Mortalidad por grupo de causas cada 100.000 habitantes									
	1.998	2.000	2.002	2.004	2.006	2.008	2.010	2.012	2.014
Trastornos mentales & del Comportamiento	41,06	31,58	28,10	19,82	24,56	26,06	23,52	25,30	25,12
Tumores (Neoplasias)	190,91	188,35	195,13	191,69	193,24	202,63	199,28	191,10	201,72
Enfermedades del Sistema Circulatorio	340,82	303,44	311,17	323,39	286,75	291,29	299,86	285,92	259,13
Enfermedades del Sistema Respiratorio	69,15	57,84	63,96	77,44	73,56	74,16	92,61	97,02	85,83
Enfermedades del Sistema digestivo	32,26	29,44	32,44	30,66	33,55	31,36	36,34	36,42	35,04
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	35,19	30,83	31,92	40,81	34,65	32,05	35,82	37,22	40,76
Cantidad de población femenina (estimada)	1705017,93	1725532,42	1726069,98	1725147,45	1734592,12	1738127,57	1755819,57	1770773,56	1783664,82

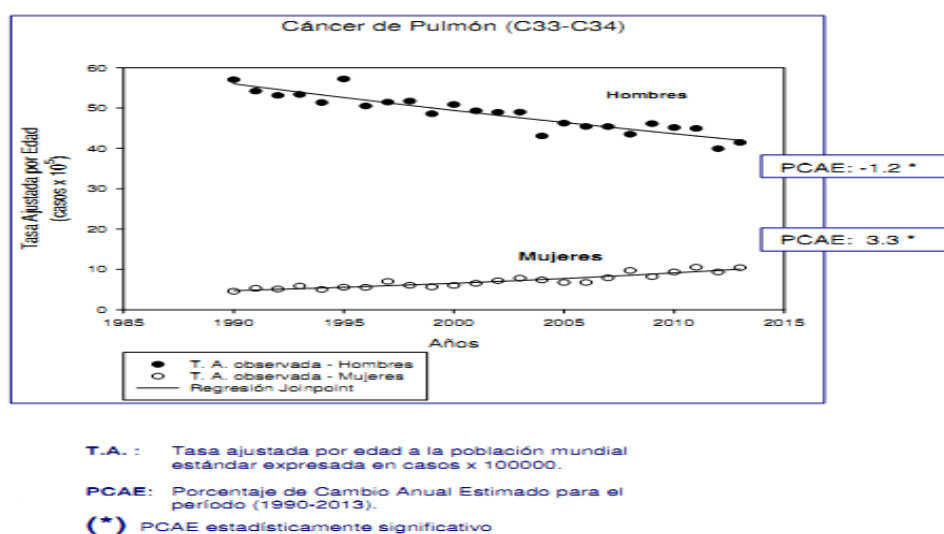
Según Fernández Galeano y Benia (2014), “el país no ha podido resolver sus carencias en lo que respecta a un sistema de información sobre la distribución y características de la morbilidad. Se cuenta con registros aceptables sobre cáncer, VIH y algunas enfermedades de notificación obligatoria. Se han realizado estudios sobre algunos temas, pero sus resultados configuran un puzzle donde existen vacíos que impiden completar el estado de situación”.

Las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital, la cual se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos y en mayor prevalencia de enfermedades crónicas (Cuadro N°1, Anexo Estadístico).. Según el Observatorio del MIDES, esa prevalencia mayor no necesariamente se traduce en mayores limitaciones. Si se observa el total de mujeres y varones que tienen alguna limitación, la prevalencia de limitaciones leves y severas es mayor en los varones y las moderadas es mayor en las mujeres. Si se observa el grupo de edad mayor, las mujeres tienen más limitaciones severas y graves que los varones, consistente con la menor esperanza de vida de los hombres (Cuadro N°2 del Anexo Estadístico).

Si se analizan los datos de **mortalidad por cáncer**, (Anexo Estadístico Gráficos 2, 3, 4) se puede observar que el cáncer de pulmón se mantiene como principal causa de muerte por cáncer en los hombres, aumentando en las mujeres en los últimos veinte años. Este dato es consistente con políticas de prevención del consumo del tabaco y las cifras

disponibles que muestran un descenso significativo del consumo en hombres en mayor proporción que en mujeres. En base al modelo propuesto López y Collishaw (1994) de análisis de la evolución de la epidemia de tabaquismo, se puede estimar que el país se ubica, para el caso de los hombres, en la fase IV avanzada en la medida que la mortalidad por esta causa está en descenso. Sin embargo, se encontraría finalizando la fase III o iniciando la fase IV para el caso de las mujeres como se observa en la siguiente gráfica. Los estudios estiman que en pocos años se producirá en las mujeres un incremento exponencial de las muertes por cáncer de pulmón y otras enfermedades relacionadas (CHSC, 2008).

Gráfica N° 1. Tendencias recientes de la Mortalidad. Cáncer de Pulmón 1990-2013

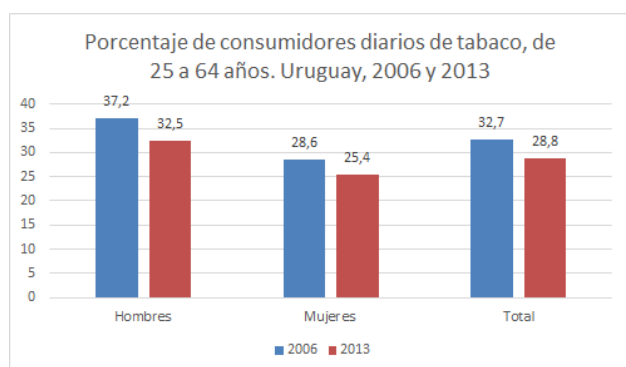


El cáncer de mama ocupa el primer lugar en la mortalidad por cáncer en mujeres, seguida del cáncer de colon y recto y el cáncer de cuello uterino (RNC – CHLCC, 2012). La evidencia disponible muestra que la realización de los estudios de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer de cuello uterino y de cáncer de próstata en los varones, es aún insuficiente. A pesar de los avances que se registran en las políticas de prevención primaria y secundaria de cáncer genito–mamario, un conjunto de factores institucionales, sociales y culturales continúan operando como barreras para la realización oportuna de los estudios preventivos. Un conjunto de normativas y guías clínicas se han instrumentado para la realización del PAP y mamografía en mujeres, que han buscado favorecer su realización. No ha sucedido lo mismo con los estudios para la prevención de cáncer de próstata en hombres, los cuales son aun escasamente conocidos por amplios sectores de la población. Los resultados para el año 2014 sobre la realización de estos estudios

muestran que apenas 11% de los hombres entre 40 y 49 años se realizó estudios de sangre (antígeno prostático) o examen clínico digital-rectal (MYSU, 2015). Por su parte, al año 2012, 30% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad declararon no haberse realizado el estudio de PAP en los últimos 24 meses, con diferencias significativas entre las mujeres residentes en Montevideo (24,3%) y en el interior del país (34,5%) (MYSU, 2013). (Gráficas N° 2, 3 y 4, Anexo Estadístico)

La Encuesta Nacional sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles realizadas por el MSP en 2006 y 2013 ofrece información valiosa sobre **factores de riesgo** en salud de la población uruguaya entre 15y 65 años. En 2013, en materia de *consumo de tabaco* el 28.8% de la población declaró hacerlo diariamente. Este porcentaje descendió respecto a 2006 cuando ese porcentaje fue de 32,7%. Este descenso se relaciona con las políticas de control y prevención del consumo de tabaco que se comenzaron a instrumentar a partir del año 2005 en Uruguay. Si se analizan los datos por sexo se puede observar en la siguiente gráfica, que el descenso ha sido tanto en hombres como en mujeres, si bien actualmente es similar el porcentaje de unas y otros que consumen tabaco a diario. Si se observa el consumo en la población entre 15 y 24 años de edad para el año 2013, el porcentaje se ubicó en 25,9%, con una leve tendencia superior en los hombres (28,6%) en comparación con las mujeres (23,4%).

Gráfico N° 2: Porcentaje de consumidores diarios de tabaco en población de 25 a 65 años. Uruguay 2006, 2013.

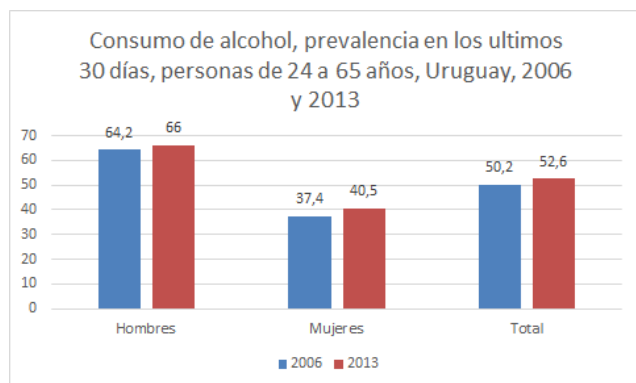


Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas Nacional de ECNT (MSP 2006, 2013)

Otro factor estudiado es el *consumo de alcohol* los resultados muestran que las diferencias entre hombres y mujeres son significativas. En primer lugar debemos señalar que se observa un leve incremento en el consumo de alcohol, con una prevalencia de

poco más de la mitad de la población entre 24 y 65 años. El incremento entre 2006 y 2013 se observa tanto en hombres como en mujeres, pero los primeros duplican a las segundas, tal como lo ilustra el siguiente gráfico N° 3. Esta diferencia es un poco menor en población joven en la cual se observó una prevalencia del 48%, con una distribución de 6 de cada 10 hombres y casi 4 de cada 10 mujeres.

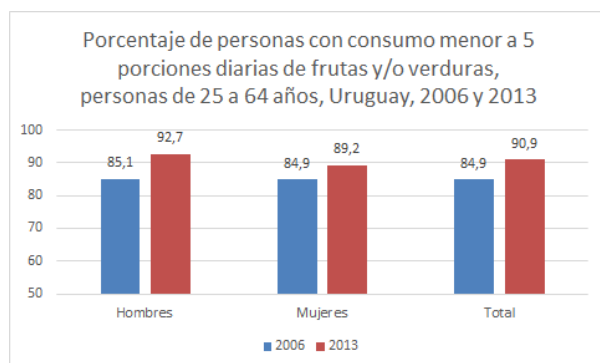
Gráfico N° 3: Consumo de alcohol. Prevalencia en los últimos 30 días en población entre 24 y 65 años. Uruguay 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas Nacional de ECNT (MSP 2006, 2013)

Respecto a las prácticas de alimentación los resultados muestran que la población uruguaya tiene un muy bajo consumo diario de frutas y verduras, y esto se ha incrementado levemente si se compara los resultados de 2006 y los de 2013. Para el año 2013, nueve de cada 10 uruguayos consume menos de 5 frutas y/o verduras diariamente, y si se observa la distribución entre hombres y mujeres no hay diferencias significativas. Resultado similar arrojó para la población entre 15 y 24 años con 90,6%.

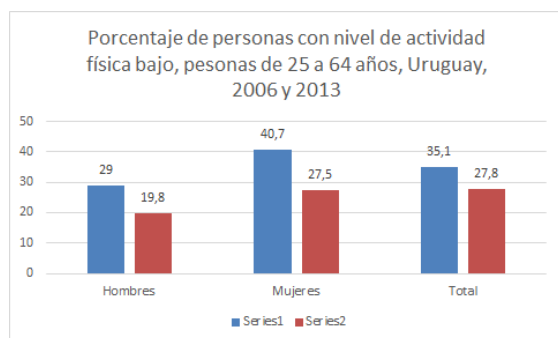
Gráfico N° 4: Porcentaje de consumo menor a 5 frutas y/o verduras por día en personas entre 25 y 65 años. Uruguay 2006, 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas Nacional de ECNT (MSP 2006, 2013)

Finalmente, los resultados sobre *actividad física* merecen especial atención por su directa relación con los patrones de morbilidad presentados anteriormente. Casi un tercio de los uruguayos tiene bajo nivel de actividad física. Los resultados entre 2006 y 2013 muestran un panorama alentador. El sedentarismo o la baja actividad física se relacionan con las condiciones de vida y trabajo de las personas. Debemos observar que el descenso de personas con actividad física baja se produce tanto en hombres como en mujeres. Otro asunto a estudiar es el tipo de actividad física que realizan unas y otros asociados a los estereotipos y modelos de género respecto al cuerpo femenino y masculino. Otros indicadores sobre glicemia, colesterol, obesidad y sobrepeso e hipertensión se presentan en Anexo Estadístico. En todos los casos no se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dos mediciones disponibles.

Gráfico N° 5: Porcentaje de personas entre 25 y 65 años con nivel de actividad física bajo. Uruguay 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas Nacional de ECNT (MSP 2006, 2013)

Los cinco países con razón de **mortalidad materna**⁶ más baja de la región son Uruguay (18 por 100 mil en 2014, Cuadro N° 3 Anexo Estadístico), Puerto Rico (20), Chile (22) y los Estados Unidos (28). El país se ha caracterizado por tener baja mortalidad materna, entre otras razones debido a las características de su sistema de salud, el acceso universal a la educación pública y el desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que promovieron la atención temprana del embarazo y el parto institucional, entre otros indicadores de bienestar social. Mortalidad materna es un indicador sensible dada la escala demográfica del país. En términos de razón cada 100.000 habitantes la mortalidad materna varió entre 8.6 y 42.8 entre los años 1985 y 2014. Si se analizan las causas de muerte materna entre 1999 y 2009, se puede observar que la muerte por aborto inseguro tuvo un pico ascendente entre 2001 y 2003 y luego una estabilización a la baja en el resto del período (MSP, 2009). No se dispone de informes oficiales a partir del año 2010 sobre mortalidad materna desagregada por causas, si bien se han registrado muertes por aborto inseguro a posteriori del 2012 cuando tuvo lugar el cambio de legislación que habilita la disponibilidad de los servicios legales de aborto en el SNIS⁷.

En materia de **VIH-Sida**, según el MSP, entre 1983 y 2013 se han registrado 12.422 casos de infección por VIH y se estima que anualmente se infectan 1.000 nuevos casos (1039 en 2014). En 2014 se notificaron 3 casos de VIH cada 10.000 uruguayos (4/10.000 hombres y 2 /10.000 mujeres). Desde el año 1991, la tasa de VIH ha aumentado mientras que la de Sida se ha estabilizado. La tendencia al aumento en el número de casos de VIH existe en ambos sexos, con predominio en hombres. La relación hombre/mujer para nuevos diagnósticos de VIH fue de 2,03 en 2014, presentando un leve aumento con respecto a los últimos años. La proporción de casos en hombres corresponde a 63.3% del total de las notificaciones. El 73% de los casos de VIH se encuentra entre los 15 y los 44 años, el predominio de hombres es claro en casi todos los grupos, excepto en los grupos de 15 a 24 años y de 35 a 44 años donde la frecuencia es mayor de mujeres. En todos los casos predomina la vía de transmisión sexual. Alrededor del 75% de los casos de VIH y de sida se ubican en Montevideo, siendo los otros departamentos más afectados Artigas,

6 La tasa de mortalidad materna cada 100.000 nacimientos es un indicador clásico para comparar el estado de salud de los países. Sin embargo, en el caso de Uruguay, debido a la baja tasa de natalidad y la poca población nacional, este indicador se vuelve extremadamente sensible y se presenta como no calculable en comparaciones internacionales. En el anexo estadístico puede verse que, en número absolutos, desde 1985 el mayor número de muertes maternas fue 23 y el menor 4 en 2011. Representado en tasa cada 100.000 habitantes esto sería un 42,8 y un 8,6 respectivamente. Si bien en 30 años la tendencia es a la baja, cualquier factor coyuntural como una gripe h1n1 puede hacer que la razón pase de 14,8 en 2008 a 33,9 en 2009.

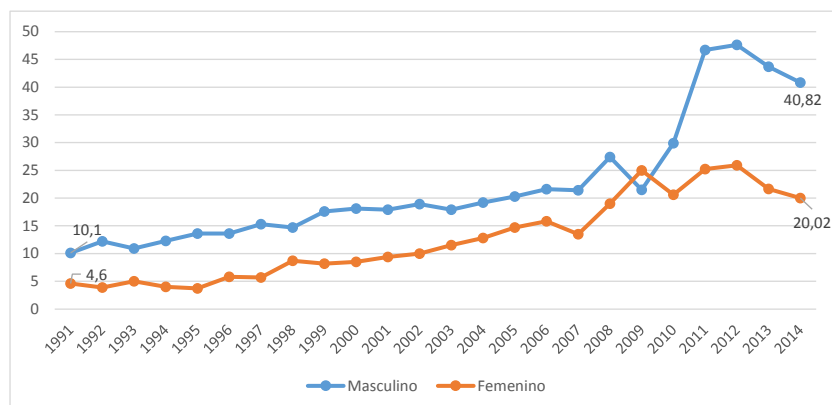
7 Ley N° 18987 de Interrupción Voluntaria el Embarazo, noviembre 2012.

Rivera, Rocha y Maldonado. (Ver anexo estadístico)

El país se caracteriza por un tipo de epidemia concentrada⁸ de 0.5 en población general de 15 a 49 años. La epidemia afecta especialmente a determinados grupos de población: personas privadas de libertad (2,0 en 2013), consumidores de drogas inyectables (10.14 en 2012), hombres que tienen sexo con hombres (9.7, en 2013), trabajadores sexuales masculinos (8.5 en 2013) y mujeres trans (23 en 2013)⁹. Estos grupos especialmente vulnerables frente al VIH han sido foco de la política de prevención y tratamiento impulsada desde el MSP, en el marco del proyecto país “Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH – sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”, con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, entre los años 2012-2013. Esto podría ser una explicación respecto al incremento de las notificaciones de hombres desde el año 2011, en contraste con el descenso en la notificación de mujeres, tal como lo ilustra el Gráfico N° 6. La concentración de esfuerzos preventivos en los grupos más vulnerables podría provocar un subregistro de nuevos casos de mujeres.

Gráfica N° 6: Notificaciones nuevas de VIH por sexo cada 100,000 hab.

Total país (1991-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

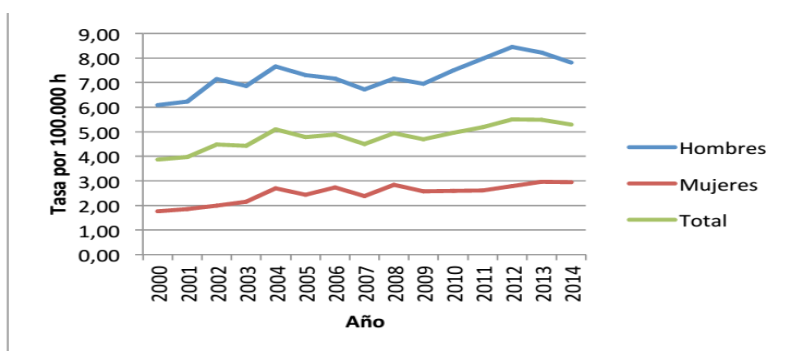
En materia de transmisión vertical (TV) se han logrado disminuciones en la tasa y algunas medidas han marcado hitos en la evolución de la misma: la introducción de la oferta de la

⁸Refiere a una prevalencia baja en la población general (0,23% en mujeres y 0,68% en varones) y alta en poblaciones específicas.

⁹ Estos datos surgen de “Situación epidemiológica del VIH –Sida en Uruguay”, Dpto de Vigilancia en Salud, Area Programática ITS-VIH Sida. MSP (2016).

prueba de VIH durante el embarazo, el TARV que debe ser ofrecido siempre en la mujer embarazada y la introducción de las pruebas rápidas en embarazos de captación tardía o con riesgo de exposición. La tasa de TV pasó de 8,7 en 2002 a 5,1 en 2013, siendo de 5,5 en el sector público y 4,4 en el sector privado (MSP, 2013).

Gráfica N° 7: Evolución de la tasa de mortalidad por Sida, según sexo. Total país (2000-2014)



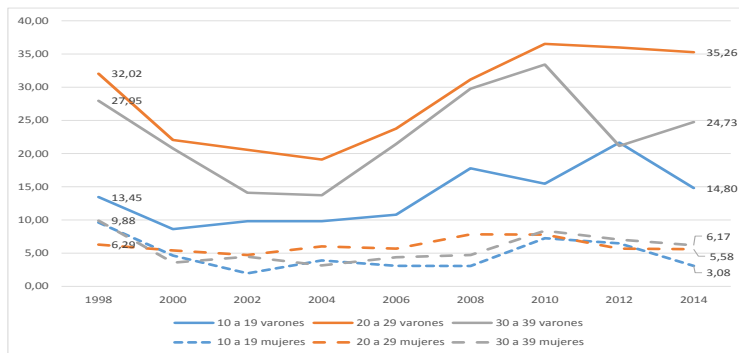
Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

El gráfico anterior presenta los resultados de la evolución de tasa de muerte por Sida para los años 2000-2014, en el cual se puede observar que para las mujeres se incrementa de 2 a 3 en el período, mientras que para los hombres se registra una tendencia a la baja en los últimos tres años (Gráfico N° 7).

En el país, el 40% de los diagnósticos se dan en estadio SIDA, aspecto que complica el mantenimiento de una buena calidad de vida de las personas afectadas. De hecho, preocupa el aumento de diagnósticos en los últimos años en este estadio para ambos sexos. Según el análisis de los certificados de defunción del año 2012, se registraron 193 fallecimientos por SIDA, siendo 142 varones y 51 mujeres (MSP, 2013). Los antirretrovirales (ARV) son los medicamentos específicos utilizados para el tratamiento del VIH. De no haber iniciado nunca un tratamiento, la mayoría de las personas tarda entre 8 y 10 años para comenzar a padecer los síntomas más graves. En Uruguay la mortalidad por Sida no ha bajado, a pesar que desde el año 2000 están los medicamentos disponibles. Probablemente el principal factor explicativo sea el diagnóstico tardío. El país ocupa el tercer lugar en inversión de medicamentos, no obstante, presenta las peores estadísticas de la región y, hasta el momento, si bien ha descendido la letalidad, la mortalidad se ha mantenido estable y no se logró obtener la pendiente de disminución.

Del total de las personas que se estima están infectadas y de las 14.000 diagnosticadas, sólo unas 5.000 se encuentran bajo tratamiento. (Arteta, 2015).

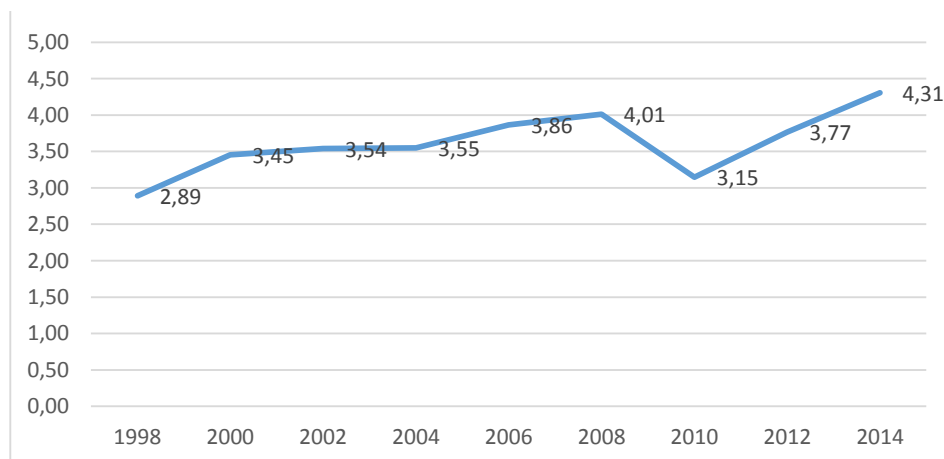
Gráfica N° 8: Muertes en accidentes de transporte cada 100000 habitantes por sexo y grupo de edad seleccionados. Total País (1998-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

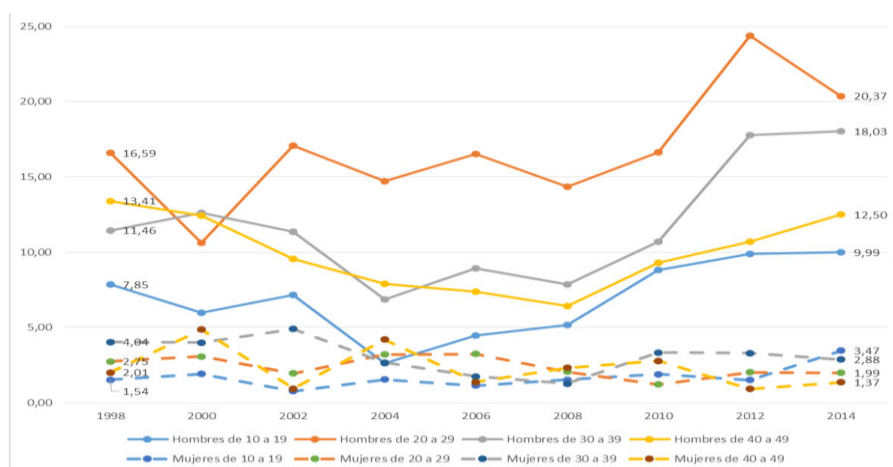
Al analizar los registros de mortalidad por causas externas existen otras diferencias de consideración que tienen connotaciones de género. En primer lugar, las **muertes por hechos violentos**, tanto accidentes, agresiones como suicidios, tienen una prevalencia mucho mayor en los hombres, lo cual en general se asocia con un modelo de masculinidad hegemónico que exalta la exposición al riesgo, la restricción afectiva y la resolución violenta de los conflictos como signos de virilidad. Si se observan los datos disponibles de muertes por accidentes de tránsito por sexo y grupos de edad, se puede constatar una mayor incidencia en hombres de todos los grupos de edad en comparación con mujeres, y entre los hombres, una mayor incidencia del grupo de 20-29 años (Gráfico N° 8). La razón hombre/mujer es de 4,31 para 2014, con una tendencia al alza en los últimos años (Gráfico N° 9).

Gráfica N° 9: Razón hombre/mujer de muerte por accidente de tránsito. Total país (1998-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

Gráfico N° 10: Tasa de muerte por lesiones derivadas de agresiones por grupos de edad y sexo cada 100,000 hab. Total país (1998-2014)



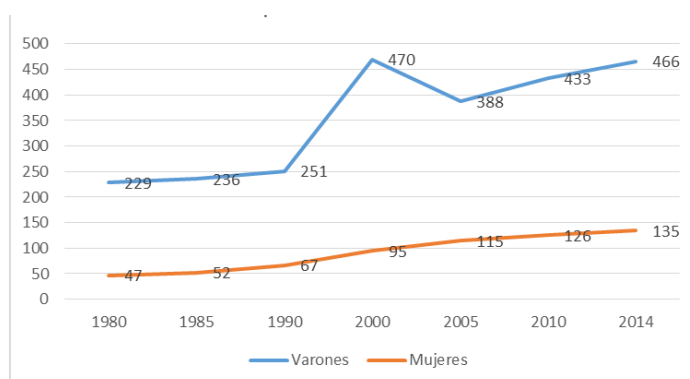
Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

En el caso de muertes derivadas de lesiones por **agresiones**, los hombres representan el grupo más importante, en particular aquellos entre 20-29 años de edad (Gráfico N° 6). Para el caso de las mujeres, podemos se puede afirmar que un alto porcentaje de las muertes (77% entre 2008 y 2014) están relacionadas con feminicidios (Ver Cuadro N° 7

Anexo Estadístico).

A escala global, las tasas de **suicidio** aumentaron un 60% durante los últimos 45 años, transformándose en una de las tres principales causas evitables de muerte. En muchos países las tasas más elevadas se han desplazado de los adultos mayores a las personas más jóvenes, convirtiéndose en la segunda causa de muerte entre los individuos de 10 a 24 años. Uruguay ocupa uno de los primeros lugares en muerte por suicidio en la región. Los datos disponibles muestran que, al año 2014, la tasa de suicidio se ubicó en 17,4 cada 100.000 habitantes y que los hombres se suicidaron casi cuatro veces más que las mujeres. La evolución del número de muerte por suicidio entre 1980 y 2014 muestra una tendencia ascendente, con un incremento significativo en los hombres para los años 2000-2004, probablemente asociado a la crisis socio-económica que vivió el país en ese momento. En el caso de las mujeres, importa notar que hay una tendencia al alza durante el período. En este sentido, es importante consignar el peso de la intersección de los determinantes sociales en el campo de la salud mental y, particularmente en los modos de morir de las personas.

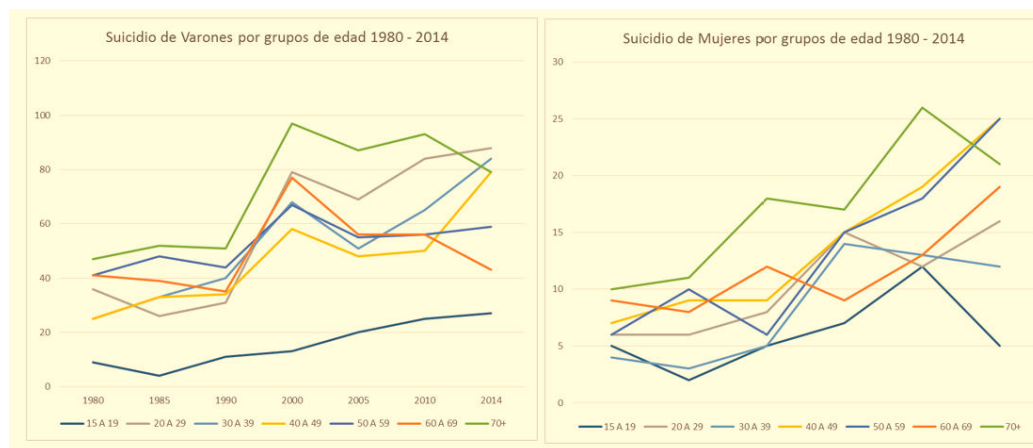
Gráfico N° 11: Número de suicidios según sexo. Total país (1980-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

Si se analizan los datos de suicidio por sexo y grupos de edad, puede observarse una tendencia al alza entre los grupos de edad de jóvenes y adultos, y un descenso entre los más añosos. A su vez, se observa una tendencia al alza entre los adolescentes (Gráfico N° 12). En el caso de las mujeres, se registra un descenso en adolescentes y en adultas mayores y, una tendencia al alza en el resto de los grupos de edad (Gráfico N° 12).

Gráfico N° 12: Número de suicidios en hombres y mujeres por grupos de edad.
Total país (1980-2014)



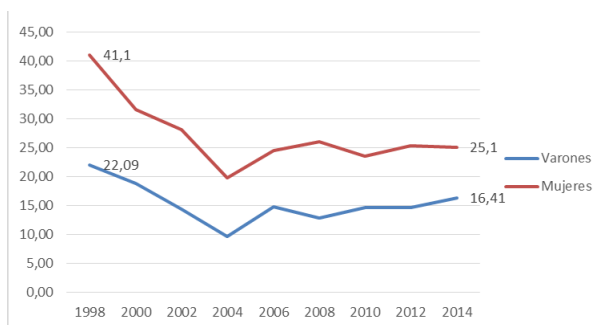
Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

Respecto a los intentos de autoeliminación (IAE), los datos disponibles del MSP corresponden al año 2014 y muestran que se registraron 3395 IAE, de los cuales 2489 correspondieron a mujeres y 876 a hombres. A diferencia del suicidio, en el caso de IAE son las mujeres quienes triplican a los hombres. Del total de IAE, 1008 se registraron en ASSE y 2387 en IAMCs. Las/os adolescentes entre 13 y 18 años representan el grupo más significativo (MSP, 2015, Programa Salud Mental).

El comportamiento suicida es un fenómeno multicausal, con causas asociadas a factores personales, familiares y sociales que requiere de políticas públicas integrales (OMS, 2004). Ante este panorama, el MSP definió un Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015) con un conjunto de medidas para la atención integral, el cual fue reeditado para el actual período de gobierno. Si bien este paso es importante en materia de política pública, no incorpora un enfoque de género en su diseño y al momento, no es posible establecer su incidencia en la transformación de la realidad antes descrita.

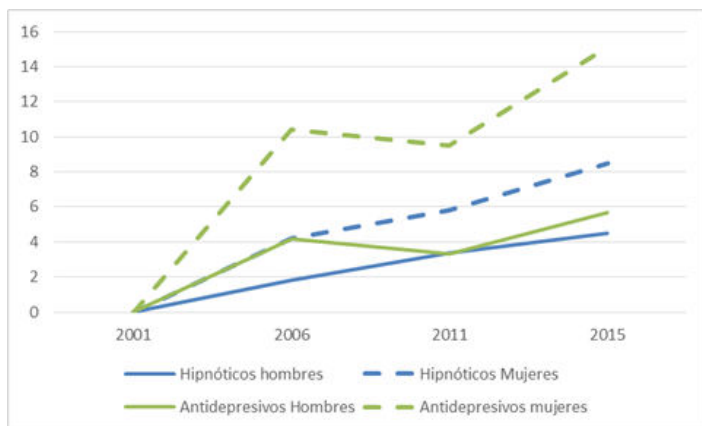
La **muerte por trastornos mentales y de comportamiento** afecta fundamentalmente a las mujeres en las edades más avanzadas. Ello se explicaría por su mayor longevidad, pero sería importante identificar las causas y sus determinantes de género, y en particular, tomar en consideración que algunas de las sintomatologías podrían ser prevenibles (Gráfico N° 13).

Gráfico N° 13: Tasa de muerte por trastornos mentales y del comportamiento según sexo. Total país (1998-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del Ministerio de Salud

Gráfico N° 14: Consumo de hipnóticos y antidepresivos por sexo. Total país (2001-2006-2011-2014).



Fuente: Elaboración propia en base a las Encuestas nacionales de hogares sobre consumo de drogas, Junta Nacional de Drogas (2001-2006-2011-2014)

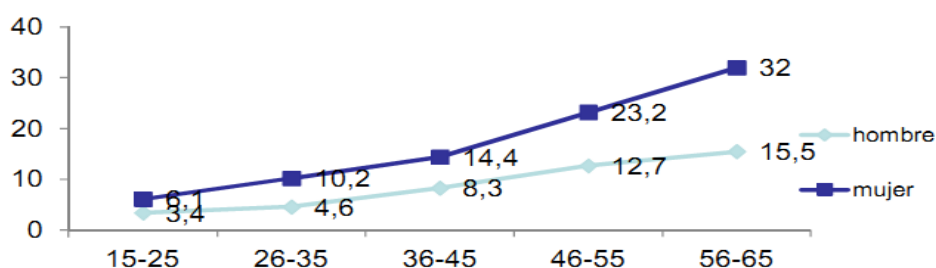
En materia de **morbilidad**, no se dispone de información estadística oficial sobre una serie de asuntos relevantes en el campo de la **salud mental**. Por ejemplo, no se conoce la prevalencia de padecimientos psicológicos ni su distribución por sexo. Algunos indicadores permiten una aproximación a la magnitud del fenómeno, pero ello requiere de estudios específicos. Sería importante realizar un análisis de los registros del seguro de enfermedad y de ausentismo laboral en trabajadores/as por causas relacionadas con estrés, depresión y otros padecimientos psicológicos. Por ejemplo, los datos disponibles de las Encuestas Nacionales sobre Consumo Adictivo de Sustancias Psicoactivas realizadas por la Junta Nacional de Drogas, para los años 2001-2006-2011-2014

muestran que las mujeres consumen hipnóticos y antidepresivos en mayor proporción que los hombres, con una tendencia al alza en ambos grupos (Gráfico N° 14). Estos datos interpelan la necesidad de estudios sistemáticos en el campo de la salud mental que permitan analizar los determinantes asociados e interpretar con mayor robustez las brechas de género que se pueden observar.

El siguiente gráfico muestra los resultados obtenidos mediante la Encuesta del 2014 respecto al uso de tranquilizantes con y sin prescripción médica, según sexo y edad. Como puede observarse para todos los grupos de edad, las mujeres consumen más que los hombres y a medida que se avanza en edad, la diferencia se incrementa hasta duplicarse. Esta información es relevante a los efectos de analizar la relación entre género y consumo de psicofármacos y la afectación que esto tiene en el bienestar y la salud de las mujeres.

Gráfico N° 15: Consumo de tranquilizantes con y sin prescripción médica, según sexo y edad. Total país, 2014.

Consumo de tranquilizantes (con y sin prescripción médica) según sexo y edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Hogar sobre consumo de drogas, Junta Nacional de Drogas (2014)

Según Ramos-Lira (2014), la evidencia disponible a nivel global de la investigación que relaciona género y salud mental, concluye que las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad. Estos últimos presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias. Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad y trastornos de la alimentación, mientras que las prevalencias de trastorno de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres. En general, destaca el hecho de que las mujeres no solamente presenten tasas más elevadas de

trastornos mentales que los hombres, sino también síntomas más graves y discapacitantes. La autora concluye que la inequidad de género, que implica discriminación y violencia, permea las instituciones dedicadas a atender la salud mental y que su transformación interpela las políticas públicas, las instituciones de formación de RRHH de la salud y la prestación de servicios. En nuestro país, los estudios que relacionan género y salud mental son insuficientes, a pesar que se puede observar un incremento en la atención a esta relación en los problemas que abordan las tesis de grado y posgrado en Psicología y otras disciplinas. Por ejemplo, temas poco explorados en Uruguay comienzan a emerger en el desarrollo de la investigación: efectos del estigma y la discriminación en la salud mental de las personas LGTBI, efectos de la violencia de género en la salud mental de las mujeres, factores asociados a la salud mental de los hombres que ejercen violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja, efectos en la salud mental de las mujeres del embarazo no deseado y la maternidad forzada, bullying homo-lesbo-trans fóbico y salud mental, la relación entre aborto y salud mental, entre otros¹⁰. Estos aportes dan cuenta de un creciente interés por producir conocimiento y dar visibilidad a los efectos de la desigualdad de género en el malestar y padecimiento subjetivo de la población.

Una dimensión relevante en un enfoque de género en salud es el análisis del papel que juegan las familias y en especial las mujeres, en el cuidado doméstico de la salud. A nivel internacional la literatura es concluyente respecto al rol de las mujeres como cuidadoras de la salud familiar y los efectos que esto tiene en el acceso pleno a los derechos por parte de las mujeres. El lugar de las mujeres como cuidadoras no remuneradas de la salud es expresión de la tradicional división sexual del trabajo. En este sentido, un informe realizado por el MSP en el año 2005 señalaba en base a información internacional disponible que “las mujeres que además realizan trabajo extradoméstico se ven sometidas a una sobrecarga (doble jornada o doble presencia) que puede ser medida a través del tiempo que dedican al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado. Los testimonios de las trabajadoras revelan que sienten una doble culpabilidad, hacia la familia y hacia el trabajo, lo cual puede aumentar la predisposición a sufrir accidentes, a

¹⁰ Se puede acceder a tesis de grado y posgrado de la Udelar en el Repositorio Institucional www.colibri.edu.uy

no tratar dolencias que pueden convertirse en crónicas y a no someterse a los controles recomendados. Esto conduce a un alto consumo femenino de psicofármacos para el tratamiento de alteraciones, tales como cefaleas, agotamiento nervioso, alteraciones del sueño, etc.” (MSP, 2005). Para la mayoría de las mujeres que deben conciliar el trabajo remunerado con los cuidados están expuestas al desgaste emocional que implica sostener cotidianamente estas tareas, con efectos para su salud y bienestar.

La Encuesta Nacional de Cuidados no remunerados en Salud realizada en nuestro país en el año 2013 sostiene que las mujeres son las principales cuidadoras en salud, y en particular aquellas de mayor edad. Esto genera vulnerabilidades múltiples en las condiciones de vida de las mujeres relacionadas con la invisibilización y escasa valoración social de la tarea y limita, entre otras posibilidades, el acceso al trabajo remunerado y calificado (Bathýány, Genta y Perrota, 2015).

Esta realidad interpela no sólo a las políticas de cuidados sino al Sistema Nacional Integrado de Salud en la medida que su nivel de institucionalización en términos de los cuidados en salud es insuficiente con efectos observables para los hogares donde se sostiene la mayor dedicación a estas tareas, en especial a cargo de las mujeres.

3.3 Salud sexual y salud reproductiva

La salud sexual y reproductiva y los derechos a ella vinculados son un campo de disputa política, ideológica, moral y económica. Ello se ve reflejado en el complejo proceso de reconocimiento y legitimación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que se puede observar cuando se analiza la genealogía y la trayectoria de la política pública y los indicadores disponibles. En esta línea de análisis, es posible afirmar que la definición y puesta en marcha de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en sintonía con los lineamientos políticos y conceptuales de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) se comenzaron a instrumentar en Uruguay a partir de 1996. En estos 20 años de desarrollo se pueden delimitar tres períodos definidos dentro de estas políticas, a partir de los hitos que marcaron los avances más significativos de su proceso de desarrollo e implementación a nivel nacional: a) entre 1996 y 2004; b) entre 2005 y 2009, y c) entre 2010 y 2014. Estos tres períodos temporalmente delimitados están relacionados, a su vez, con otras dimensiones del desarrollo de las políticas en distintos campos del quehacer nacional. No

es posible considerar estos procesos de manera descontextualizada o desde un análisis que no sea capaz de situarse en un escenario más amplio de debate en torno a los modelos de desarrollo del país (López Gómez, 2014).

En el año 2013, en el marco de la conferencia regional de CEPAL realizada en Montevideo, se reafirmó en el Consenso de Montevideo, el compromiso de los países de la región con esta agenda así como la necesidad de redoblar los esfuerzos para alcanzar los objetivos planteados. El Consenso reconoce que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales así como condición necesaria para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza (CEPAL, 2013). En él se entiende que el avance hacia el logro del acceso universal a la salud sexual y a la salud reproductiva, ha sido insuficiente y desigual, y se propone impulsar cambios normativos que aseguren las condiciones para el reconocimiento, garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos (MYSU, 2015b).

La salud sexual y reproductiva constituye un campo interdisciplinario con un amplio repertorio de objetos de estudio, abordajes y diseños de investigación, metodologías y técnicas de intervención socio-profesional que se traducen en prestaciones en los servicios de salud. En ella se conjugan aspectos sociales, políticos, e ideológicos sobre la salud, las sexualidades y la reproducción humana. Incluye tópicos tales como el acceso a la anticoncepción; embarazo, parto y nacimiento; aborto; Infecciones de transmisión sexual; expresiones de las sexualidades; cáncer génito-mamario y de próstata; esterilidad y reproducción asistida y las intervenciones entre varios de estos asuntos. Refiere tanto a la atención institucional que se brinda en los servicios de salud como a su producción en la vida cotidiana, relacionada con los determinantes sociales, es decir con las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que inciden directamente en el bienestar de las personas a lo largo de la vida.

Las políticas en salud basadas en un enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos se comienzan a gestar en el país a inicios del año 1996, como consecuencia de las repercusiones de la CIPD y de las acciones del movimiento feminista y de mujeres que impulsó fuertemente esta agenda en el país (López Gómez, Abracinskas y Furtado, 2009). Se amplían hacia el año 2000 y adquieren rango de ley en el año 2008 con la promulgación de la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud

Sexual y Reproductiva. La existencia, desde 2008, de un marco jurídico como soporte de la política nacional en salud sexual y reproductiva implicó nuevos retos en la prestación de servicios de salud (López Gómez y Abracinskas, 2009). Durante el período que va de 1996 al 2004 se instrumentaron una serie de medidas programáticas en el ámbito de la salud, que pueden ser consideradas de baja intensidad si se toma en cuenta su universalización y accesibilidad. De todas formas constituyeron pasos importantes para avanzar en la definición e implementación de una política nacional en esta materia¹¹. A partir del año 2005, se fortalece la institucionalidad de las políticas de género en salud en el MSP mediante la creación del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género dependiente de la Dirección General de la Salud. Si bien este programa tuvo varias líneas de desarrollo, su foco central estuvo concentrado en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La reorganización institucional del MSP hacia el año 2010 tuvo como resultado la creación del Área en Salud Sexual y Reproductiva dependiente de la Dirección Estratégica en Salud, la cual incluyó un conjunto de líneas programáticas, entre ellas el Programa de Salud Integral de la Mujer, el Programa de ITS-Sida y el Programa de Violencia y Sociedad. Esta área permanece en la actualidad con una integración programática similar al período anterior. Un aspecto importante en materia de mecanismos interinstitucionales para la política nacional en SSR fue la instalación de la Comisión nacional asesora en salud sexual y reproductiva del MSP, creada en el año 2004. Esta comisión asesora del Ministro de Salud tiene una integración intersectorial e interinstitucional con participación de la sociedad civil organizada y la Universidad de la República. La misma funciona desde su fecha de creación de manera continua si bien ha tenido períodos de inactividad en el lapso 2010-2014. Otro mecanismo interinstitucional importante es la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA), comisión de carácter interinstitucional e intersectorial con participación de sociedad civil, que jugó un papel muy importante en impulsar el desarrollo de políticas de prevención, atención y tratamiento del VIH-sida.

La aprobación en noviembre de 2012 de la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) significa un paso también muy importante que colocó al país en la observancia regional (e internacional) al ser uno de los pocos en América Latina que

11 En el año 1996 se comienzan a instrumentar una serie de acciones programáticas a nivel departamental en Montevideo que pueden considerarse pioneras en la incorporación del enfoque de género en las políticas de salud.

implementan servicios legales de aborto voluntario¹². La reglamentación de la ley N° 18.426 en 2010 y su puesta en marcha en el SNIS a través de universalización de los servicios de salud sexual y reproductiva a partir de enero de 2011, así como la implementación de la ley N° 18.987 en enero de 2013 en todo el sistema implican cambios importantes en la relación entre los servicios de salud y las necesidades y demandas de atención de las mujeres uruguayas (y también de los hombres, si bien esto es un asunto que amerita un tratamiento específico). Con estos lineamientos legales que se traducen en un conjunto de normativas sanitarias y guías clínicas de atención, el país ha incorporado en el SNIS las prestaciones en salud sexual y reproductiva, mediante algunas metas prestacionales de observancia obligatoria, monitoreadas por la Junta Nacional de Salud. Sin embargo, varios de los indicadores relevados así como de los estudios disponibles reportan dificultades y barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el funcionamiento de los servicios, con los profesionales de la salud y con la población usuaria. En el escenario actual, y considerando que nos encontramos a 20 años de los primeros esfuerzos institucionales por incluir la SSR en los servicios de salud, parece relevante analizar las tendencias en los principales indicadores disponibles y los retos en materia de política pública que ello exige.

a) Acceso a métodos anticonceptivos

Uno de los indicadores más relevantes en materia de salud y derechos reproductivos es el acceso y uso de métodos anticonceptivos modernos. El derecho a decidir cuándo, cuántos y con qué frecuencia tener hijos, encuentra en el acceso y uso de métodos anticonceptivos un indicador sensible para evaluar en qué medida este derecho está garantizado y es ejercido por las mujeres de distintas edades y condiciones. Para poder ejercer este derecho humano, se requiere, entre otras condiciones, de servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, accesibles y adaptados culturalmente (UNFPA, 2012). En Uruguay, los servicios de salud pública incluyen una canasta básica de métodos anticonceptivos gratuitos desde mediados de la década del 90 que fue progresivamente

12 La ley no despenaliza el aborto voluntario, sino que lo considera legal siempre y cuando tenga lugar hasta las 12 semanas de gestación (14 semanas para violación o sin plazo para riesgo de vida y de salud y malformación fetal incompatible con vida extrauterina), sea realizado en un servicio del SNIS, por una mujer uruguaya o residente por más de 12 meses en territorio nacional.

ampliándose en la diversidad de métodos¹³ y en su universalización a todos los servicios del SNIS (López Gómez, Abracinskaskas, Furtado, 2009). El país no ha implementado las encuestas internacionales de DHS (Demographic and Health Survey) ni tampoco la Encuesta de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos que sí se han instrumentado en otros países. La estimación de prevalencia de uso se construye a partir de encuestas poblacionales y registros sanitarios que permiten tener un proxy a la realidad del uso de MAC en la población uruguaya. En este sentido, el UNFPA señala que Uruguay tiene una tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de 77% para el uso de cualquier método y de 75% para el uso de métodos modernos, mientras que la media mundial es de 63% y 57 % respectivamente. El país también muestra tasas ligeramente por encima de la media latinoamericana (73% y 67%), siendo sólo superado en la región por Brasil. Entre los años 1980 y 2008, el uso de anticonceptivos en la región aumentó 19%, llegando a 73% en 2008 (UNFPA, 2010). Sin embargo, en 2008, una de cada cuatro mujeres que quería evitar un embarazo no usaba método anticonceptivo moderno. Como resultado de la necesidad insatisfecha de anticoncepción, más de la mitad de los embarazos en América Latina y el Caribe son no esperados (UNFPA, 2010). La alta tasa de fecundidad adolescente así como de embarazos no esperados, parece incoherente con la alta prevalencia de uso de métodos. Ello puede deberse a que, además de condiciones sociales que están en la base de estos embarazos, muy pocas mujeres jóvenes y adolescentes acceden a métodos reversibles de larga duración como el DIU o los implantes subdérmicos, y otro porcentaje importante no accede a métodos de control por sí mismas como las pastillas o el preservativo femenino (UNFPA, 2012).

En nuestro país, se han evidenciado barreras para la elección del método por parte de las mujeres, entre otras cuestiones por una oferta que es limitada en términos de diversidad y, por barreras institucionales para brindar el servicio (por ejemplo, las dificultades para acceder a DIU en mutualistas o a ligadura tubaria) (MYSU, 2015; 2013; 2009; 2008; MSP, 2009). A su vez, algunos estudios sostienen la hipótesis de una doble insatisfacción en la fecundidad de las mujeres uruguayas al final del ciclo reproductivo, respecto a la relación entre número de hijos deseados y tenidos: quienes tuvieron más hijos de los que hubieran deseado tener (mujeres con menor nivel educativo) y quienes tuvieron menos hijos de los

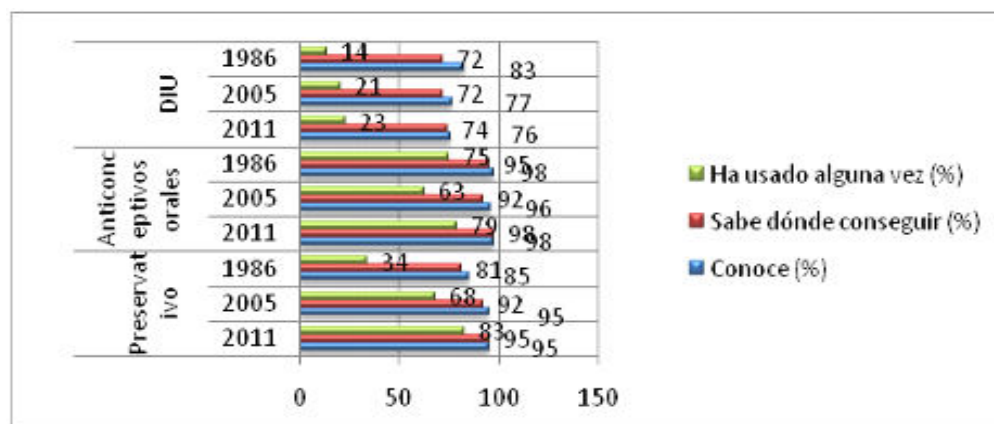
13 En 2014 se iniciaron proyectos piloto para la incorporación de dos métodos: implantes anticonceptivos subdérmicos y preservativo femenino. Estos métodos no están disponibles actualmente en todos los servicios del SNIS.

deseados (mujeres con más alto nivel educativo) (Peri y Pardo, 2008), lo cual es un indicio que podría responder, entre otros factores, a la accesibilidad a métodos anticonceptivos en los servicios de salud y a las condiciones necesarias para ejercer este derecho reproductivo fundamental. Las transformaciones en las pautas reproductivas están relacionadas con los grupos sociales en función, entre otros factores, del nivel socioeconómico y educativo, pudiéndose identificar dos patrones de reproducción. Las mujeres con nivel bajo presentan un patrón reproductivo caracterizado por la edad temprana al nacimiento del primer hijo y una tasa de fecundidad más alta que la media nacional; mientras que aquellas con nivel medio y alto presentan niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y un aplazamiento del calendario reproductivo (Varela, 2009; Varela et al, 2012; Cabella, 2012). Los datos estadísticos más recientes disponibles sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres adultas, en mujeres adolescentes y en hombres entre 15 y 49 años provienen del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2013, 2013b, 2015), quien exploró estos indicadores a través de estudios representativo a nivel nacional en base a encuesta en hogares.

a.1) Mujeres y acceso a métodos anticonceptivos

El siguiente Gráfico N° 16 sintetiza los resultados obtenidos en tres estudios poblacionales realizados en 1985, 2005 y 2012 con mujeres. Si bien los universos de estudio no son estrictamente comparables, permite identificar algunas tendencias en el conocimiento y uso de anticonceptivos en las mujeres uruguayas en los últimos 25 años.

Gráfico N° 16: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos alguna vez según tipo de método en porcentajes. Población Urbana y Suburbana (1986, mujeres 15 a 59 años), Población Urbana y Suburbana (2005, mujeres 15 a 59 años), Población Urbana y Suburbana (2012, mujeres 15 a 49 años).



Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, INE 1986; Proyecto Género y Generaciones, UNFPA, MSP, UR, INE, MYSU, 2005; Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas, MYSU, 2012. (MYSU, 2013)

Si se observa la distribución en el uso de los tres métodos anticonceptivos estudiados, entre 1986 y 2005 hubo un incremento en el uso de DIU, el cual se mantuvo estable con 23% para el 2012. En el uso de los anticonceptivos orales hubo un marcado descenso para 2005 y una recuperación para 2012, asociado probablemente a la disponibilidad gratuita o a bajo costo bolsillo en los servicios de salud en los últimos años. El preservativo masculino es el que presenta una pauta de mayor incremento en el período, de 34 % en 1986 a 83 % en 2012, asociado a una amplia difusión de este recurso en el marco de las campañas de prevención de VIH. Según el estudio realizado por el Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2013), la casi totalidad de las mujeres encuestadas declararon conocer, al menos, dos métodos modernos: preservativo (98%) y pastillas (95%). El DIU fue reportado por 78% de las mujeres y la ligadura tubaria por 18%. En general, las mujeres con menor nivel educativo declararon conocer menos los métodos que las más educadas. La amplia mayoría de las mujeres encuestadas (87%) manifestó haber utilizado un método anticonceptivo en la última relación sexual. Predominó el uso de preservativo (42%), pastillas (32%), DIU (15%) y ligadura tubaria (6,8%). Según el estudio, el acceso a métodos anticonceptivos presenta una pauta deseable aunque no completamente virtuosa, donde los sectores de menores recursos acceden a métodos subsidiados o gratuitos en mayor medida que los sectores medios y altos. El porcentaje de mujeres que accede a métodos en farmacia o comercio

(como proxy de gasto de bolsillo) es notoriamente más alto (casi 70%) en los sectores de mayores recursos y educación, en tanto que el acceso a estos métodos por la vía subsidiada (a través de los servicios del SNIS) crece en los sectores de menores ingresos y educación, alcanzando a casi el 50% de las mujeres en dichos sectores. Casi tres de cada 10 mujeres solicitaron colocación de DIU en su centro de salud y 14% declaró no haber podido acceder a este método en su servicio, fundamentalmente en el sector privado. Según se señala en el estudio, un porcentaje muy importante de mujeres no controla por sí misma el método anticonceptivo. Muchas mujeres dependen del acuerdo con sus parejas sexuales para el uso de métodos anticonceptivos. Al analizar cómo las mujeres refirieron comportarse ante la negativa eventual de sus parejas al uso de preservativo masculino, los resultados muestran que casi 25% de las más jóvenes con menor nivel educativo, mencionaron sentir impotencia a la hora de negociar con sus parejas.

a.2) Adolescentes y acceso a métodos anticonceptivos

Tal como han señalado Varela, Pardo, Lara, Nathan y Teneuman (2014) en base a los resultados de los Censos de Población 1996 y 2011, la fecundidad adolescente disminuyó su nivel, y a pesar de ello, se mantiene una proporción elevada de madres adolescentes. Se destaca que lo más relevante es que el fenómeno se concentra en aquellas jóvenes que viven en hogares con carencias críticas y bajo nivel educativo. La persistencia de esta asociación explica la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente que se observa en el país. A partir de estos resultados, los autores realizan una serie de recomendaciones entre las que se incluye, la necesidad de mejorar el acceso de las y los adolescentes a los programas en salud sexual y reproductiva y profundizar las acciones que contribuyan a superar la desigualdades de género que dificultan la consecución plena de los derechos sexuales y reproductivos.

No se dispone de información de estadísticas oficiales sobre el uso de MAC ni en población general ni tampoco en población adolescente. Se cuenta con estudios que han explorado el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes, si bien estos estudios no son comparables, permiten tener una aproximación al tema (López Gómez, 2015). Varios estudios constatan que las adolescentes con menor nivel educativo se inician más tempranamente que aquellas más educadas. Una encuesta a adolescentes entre 14 y 29 años realizada en el año 2005, mostró que la mayoría manifestó haber

usado método anticonceptivo en su última relación sexual (87%) y que el método más usado fue el preservativo (68%) y las píldoras anticonceptivas (24%). Las adolescentes rezagadas en el sistema educativo usaron este método en menor medida. Poco más de la mitad de las encuestadas declaró que el método utilizado fue una decisión conjunta con la pareja. En cuanto al acceso al MAC, 14% lo obtuvo en forma gratuita en servicios públicos de salud, mientras que una amplia mayoría lo compró en una farmacia o comercio (64%) (Ferré, González, Rossi y Triunfo, 2005).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Juventud 2008, realizada a jóvenes entre 12 y 29 años, mostró que los métodos anticonceptivos más reconocidos fueron el preservativo masculino (95%) y las pastillas anticonceptivas (91%) y en tercer lugar el DIU (58%). Entre quienes se iniciaron sexualmente, 92% declaró uso habitual de MAC, siendo el más común el preservativo masculino (48%) y las pastillas (37%). El uso del preservativo masculino desciende de manera significativa a medida que se avanza en edad (de 86% entre los más jóvenes a menos de la mitad entre quienes tienen entre 24-29 años) y lo utilizan en mayor medida quienes declararon mantener relaciones pasajeras. (MIDES, 2009). Otro estudio realizado por el MSP (2009) con jóvenes entre 15 y 24 años, mostró que la mayoría manifestó haber utilizado MAC en la última relación sexual (83%), siendo el preservativo el más utilizado (51%), aumentando el uso de otros métodos como las pastillas que alcanzó el 29%. Las farmacias parecen ser el lugar más habitual donde acceder al preservativo (52%), seguido por el supermercado o almacén (21%) y a través de un trabajador/a sexual (12%). El servicio de salud no fue referido espontáneamente por los entrevistados/as.

Los estudios más recientes disponibles fueron realizados por el Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU. Uno de ellos tuvo como objetivo general conocer las necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva y el acceso a información y servicios en mujeres adolescentes uruguayas entre 15 y 18 años de edad (MYSU, 2013b). Los resultados muestran que respecto al conocimiento y uso de MAC, el preservativo masculino es referido por 96 % de las adolescentes. Este porcentaje no presenta variaciones por estratos sociales. La gran mayoría declaró saber dónde conseguirlo (95%) y manifiestan haberlo usado alguna vez 91 % de aquellas que se habían iniciado sexualmente. En cuanto a las pastillas anticonceptivas, el conocimiento es alto (94%) y un porcentaje similar manifestó saber dónde conseguirlas (93%). El Dispositivo Intrauterino

(DIU) era conocido por la mitad de las adolescentes y este porcentaje descendió a 42% respecto a saber dónde obtenerlo. En cuanto a las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, más de la mitad de las adolescentes refieren al centro educativo público como espacio principal donde obtienen información (52%); por familiares (32 %) y en el servicio de salud (25 %). La amplia mayoría de las adolescentes reportó utilización de MAC en la última relación sexual para evitar un embarazo no deseado (87%). Más de la mitad prefirieron el uso de preservativo masculino (54%) seguido por las pastillas anticonceptivas (36 %). Es notablemente bajo el uso de la doble protección, con apenas 4 %. Más de la mitad de las adolescentes no acudió a un servicio de salud para acceder al MAC y lo obtuvieron, en su mayoría, a través de farmacias o comercios /MYSU, 2013b).

Respecto a los estudios sobre hombres adolescentes, los resultados muestran que, la mayoría declaró uso de preservativo en la última relación sexual y que el lugar donde obtienen es en farmacias o comercios formales e informales (74%). Al igual que se pudo observar en los resultados de los estudios referidos anteriormente con mujeres adolescentes, los servicios de salud no son espacios de referencia para los hombres adolescentes (MYSU, 2015).

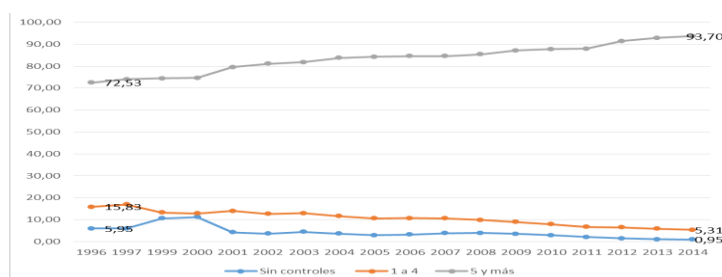
Respecto al conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, algunas cuestiones merecen ser destacadas. En primer lugar, si bien los servicios del SNIS incluyen una canasta básica de MAC gratuitos o a bajo costo, los distintos estudios relevados muestran que las mujeres acceden a los métodos en farmacias o comercios y no en los servicios de salud, aspecto éste de la política de salud que amerita ser evaluado. Esto es especialmente relevante si se considera a la población adolescente y joven. Los Espacios de Salud Adolescente, como una estrategia sanitaria para el desarrollo de servicios amigables y específicos para este sector de la población, no parecen haberse constituido en espacios de referencia, cuestión que también merece ser discutida en clave de futuro. Los estudios evidencian barreras de acceso a métodos anticonceptivos en la medida que la oferta es limitada y que en algunos casos, como ligadura tubaria y DIU, se observan barreras institucionales importantes. En suma, si bien el país avanzó en la instrumentación de servicios en salud reproductiva con acceso a métodos anticonceptivos, y ello se refleja en los indicadores de conocimiento y uso de métodos, también se observan limitaciones que requieren ser corregidas para garantizar plenamente el derecho de las personas a elegir el método anticonceptivo que mejor se

adecúe a sus necesidades y requerimientos. En particular si se considera que, según datos del SIP 2015, casi 3 de cada 4 mujeres manifestaron que el embarazo no había sido buscado (MSP, 2016).

b) Atención del embarazo, parto y nacimiento.

En Uruguay se registra cada año unos 48.000 nacimientos según las estadísticas vitales. La atención institucional del embarazo, parto y puerperio está protocolizada y las guías clínicas se actualizan en base a las evidencias disponibles (MSP, 2008, 2010, 2014). La casi la totalidad de los partos y nacimientos ocurren en hospitales y sanatorios, no existen casas de nacer y el nacimiento planificado en el hogar es bajo (Magnone, 2013). Según el MSP, los datos disponibles sobre atención del embarazo muestran que se han mejorado los indicadores de número de controles, captación temprana y se descendió en el número de embarazos sin control.

Gráfico N° 17: Número de controles prenatales. Total país (1996-2014)

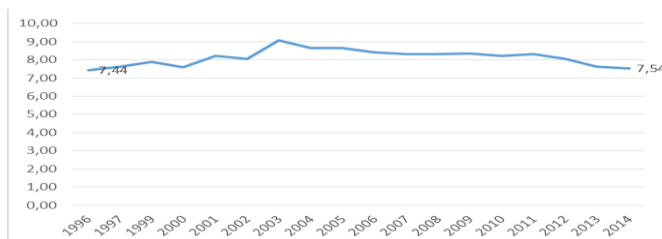


Fuente: elaboración propia en base a Sistema de Información Perinatal, MSP.

Para el año 2014, casi 94% de las mujeres embarazadas tienen 5 o más consultas de atención (**control prenatal**), 5,3% tuvieron entre 1 y 4 consultas y menos del 1% no tuvo ninguna. Estos indicadores han tenido una evolución favorable desde 1996, en consonancia con las políticas que se han implementado, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

El país tiene, en general, buenos indicadores sanitarios en esta materia, si bien se pueden identificar nudos críticos en grupos específicos asociados a condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, como principales determinantes sociales. Por ejemplo, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer se mantiene estable desde 1996, con un porcentaje de 7,54% sobre el total de nacimientos. Este indicador es ilustrativo de los nudos críticos a los que hacíamos referencia, asociados a determinantes sociales y económicos.

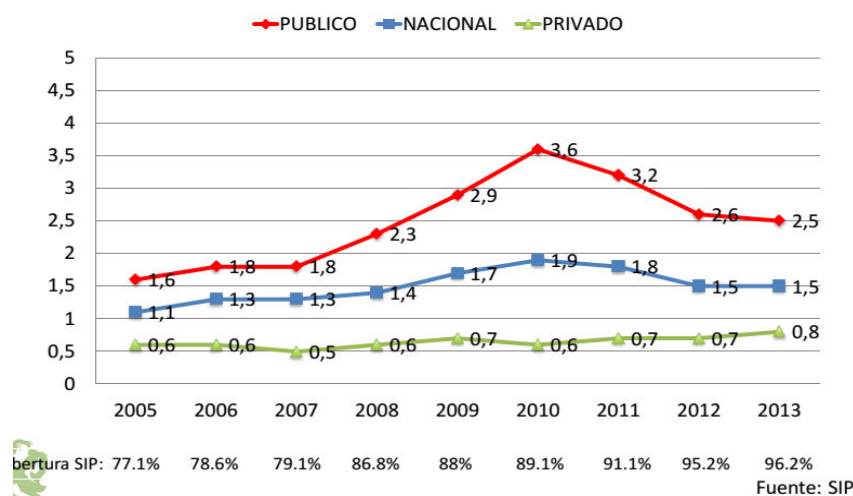
Gráfico N° 18: Porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Total país (1996-2014).



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Información Perinatal, MSP.

Algo similar ocurre con la **sífilis gestacional y sífilis congénita**, que han cobrado especial atención en la última década en Uruguay y en la región. Configuran un problema de salud pública por la afectación directa a las mujeres y los recién nacidos, siendo una enfermedad para la cual se dispone de tratamientos asequibles, eficaces y de bajo costo. El imaginario social predominante en el sector sanitario y en la población, la visualiza como una enfermedad erradicada, lo cual refuerza las barreras para su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno (López Gómez, Aleman, Benia y Vázquez, 2011). Su presencia interpela los modelos de atención en salud y la necesidad de implementar estrategias integrales en salud sexual y reproductiva para la promoción de una vida sexual placentera y responsable; la prevención de infecciones de transmisión sexual y la promoción de maternidades y paternidades elegidas. La sífilis gestacional y la congénita son la constatación de la existencia de una mujer embarazada con sífilis que no fue oportunamente diagnosticada y tratada y/o cuyo embarazo no fue atendido tempranamente o no lo fue de manera adecuada. Denuncia que el vínculo sexual en las parejas (ocasionales o estables) no se basa en acuerdos de cuidado mutuo y en relaciones igualitarias entre mujeres y varones en el campo de la sexualidad. Las consecuencias de la sífilis gestacional son conocidas. Entre un 50 % y un 80 % de los embarazos con infección por sífilis sin adecuado tratamiento culminarán en forma adversa, pudiendo producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita. Uno de los determinantes más importantes asociados a la sífilis gestacional y la congénita es la intersección de la desigualdad económica y la desigualdad de género en las mujeres (López Gómez, Aleman, Benia y Vázquez, 2011).

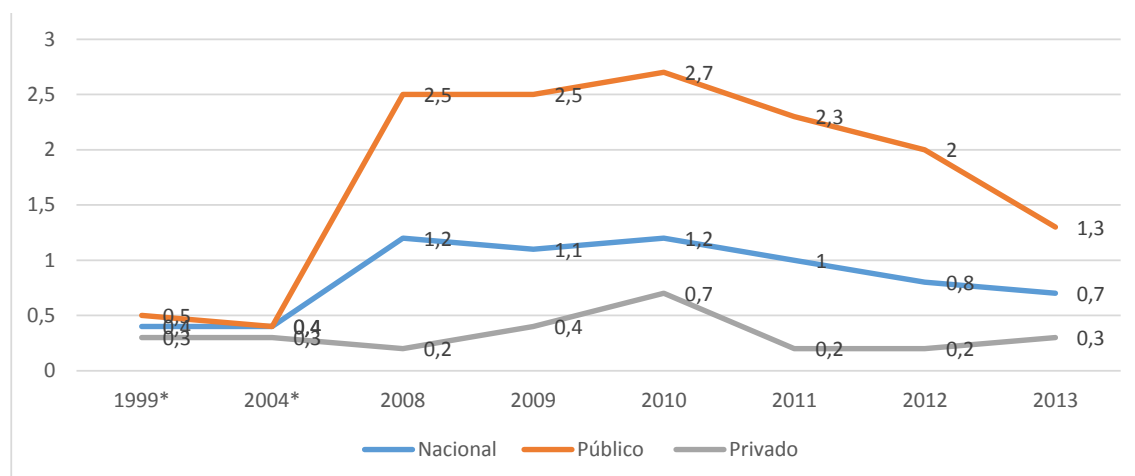
Gráfico N° 19: Serología reactiva de sífilis en mujeres embarazadas por sector de atención. Total país (2005-2013).



Fuente: Sistema de Información Perinatal, MSP.

La cobertura del SIP aumentó progresivamente desde 1999 al 2013. Se observa una tendencia ascendente en la incidencia de VDRL+ en sangre de cordón del recién nacido de 0.4% en 2004 a 1,3% en 2010 a 0,7% en 2013. Debe señalarse que la meta planteada por la OPS es de 0,5 casos por cada 1000 nacidos vivos. Para el caso de sífilis gestacional, se observa una diferencia significativa según sector de atención, donde las mujeres del sector público triplican a las del sector privado. El problema de la sífilis gestacional y congénita adquiere creciente visibilidad en este período, particularmente hacia el año 2008, producto de la evidencia disponible del incremento sostenido de casos. Se definen y comienzan a ponerse en marcha un conjunto de medidas de tipo prestacional en el SNIS, elaboración y/o actualización de guías clínicas, medidas de vigilancia epidemiológica, de registro y notificación obligatoria, comunicados al cuerpo médico, campañas de sensibilización a la población, entre otras, con el cometido de revertir esa tendencia. Los resultados del impacto de estas medidas parecerían aún no reflejarse en los indicadores al año 2013.

Gráfico N° 20: Serología reactiva en sangre del cordón. Total país (1999-2013).



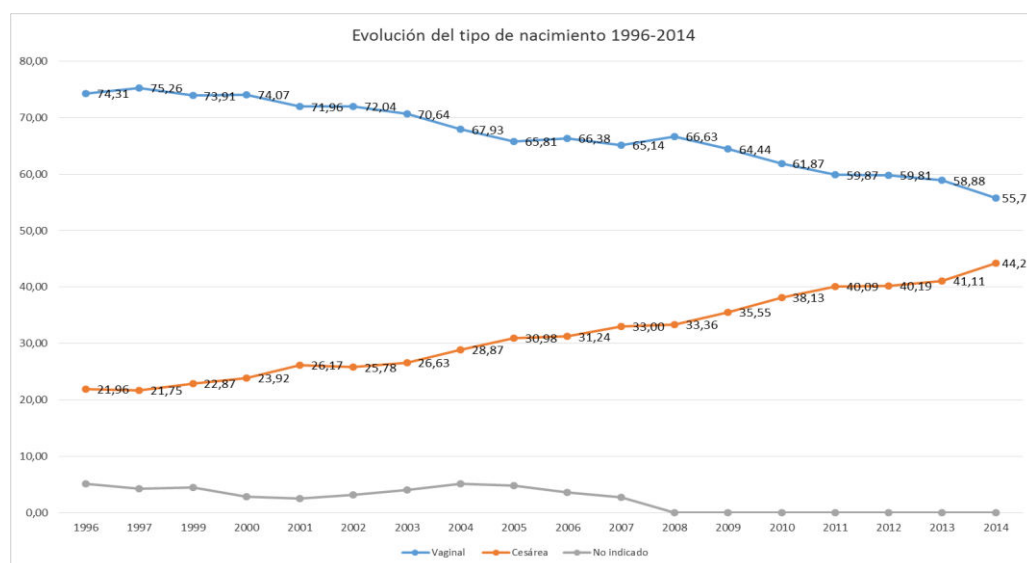
Fuente: elaboración propia en base a Sistema de Información Perinatal, MSP.

El país dispone de leyes que garantizan los derechos de las mujeres y su familia con respecto a la atención durante el embarazo, **parto y puerperio**. En particular, la ley N° 17.386 del año 2001 establece el derecho de toda mujer a estar acompañada por persona de su elección durante el trabajo de parto y parto. Las profesiones legalmente autorizadas para asistir partos son la medicina ginecológica y la partería. Sin embargo, estas últimas no participan de los partos de riesgo, los que deben ser atendidos por obstetras ginecólogos/as. La OMS (1996) recomienda en el caso de partos de bajo riesgo que las intervenciones sean mínimas y atendidas por las obstetras parteras. De acuerdo a estas orientaciones debe haber un motivo válido para que se intervenga el proceso natural-fisiológico y éste debe estar ligado a complicaciones de la mujer o del bebé. En Uruguay, los partos ocurren a nivel institucional. Si bien es incipiente la opción por el parto domiciliario, aproximadamente unos 300 partos del total de nacimientos por año ocurren en ese ámbito (MSP-SIP, 2014).

El tipo de parto es un indicador importante en salud reproductiva. La realidad de la alta incidencia de la **cesárea** en Uruguay, desde hace ya varios años, debe motivar un análisis minucioso de los determinantes que están implicados en la tendencia incremental sostenida de los últimos años. Según el Sistema de Información Perinatal, en el año 2014 la cesárea alcanzó el 50% del total de nacimientos. La mayor incidencia se produce en los servicios del sector privado de la capital (55,3%) y del interior (47,6), aunque el sector público también presenta indicadores muy por encima de las recomendaciones internacionales. Según la OMS, no se justifica en ninguna zona geográfica tener

porcentajes superiores al 10-15% en lo que atañe a estos procedimientos, indicándose que tras ese umbral no es posible relacionar el aumento de las cesáreas con mejores resultados neonatales (Cóppola, 2015). Como puede observarse en el siguiente gráfico, la tendencia al incremento de la cesárea desde 1996 a la fecha es notable, se ha duplicado pasando de 22% a 44%. El incremento en la incidencia de la cesárea se observa en prestadores públicos y privados, si bien estos últimos presentan porcentajes significativamente superiores durante todo el período, tal como se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfico N° 21: Evolución del tipo de nacimiento. Total país (1996-2014).



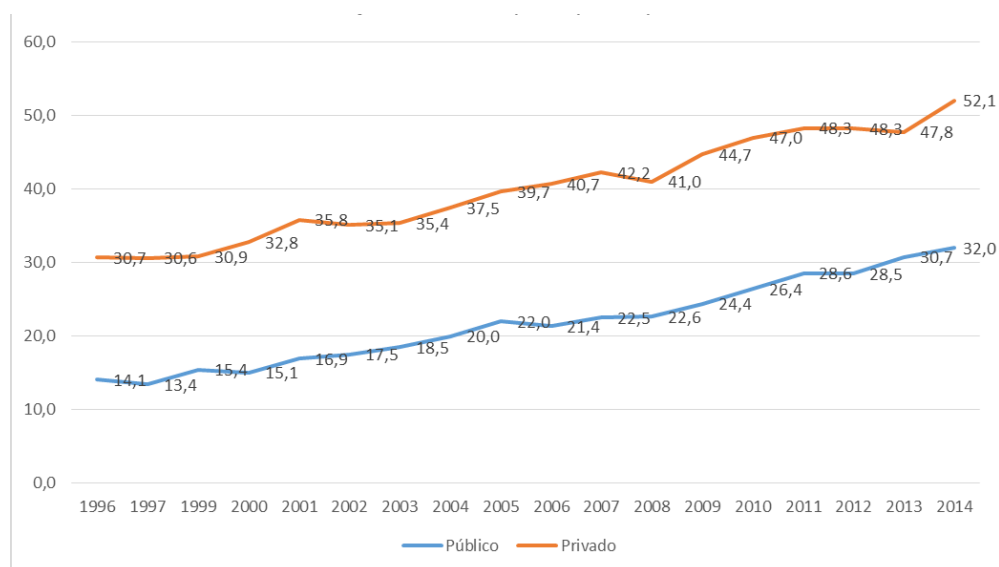
Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Información Perinatal, MSP.

Dado que las complicaciones de las mujeres gestantes son mayores en la cesárea que en el parto (como es el caso de paro cardíaco, hemorragia que necesite histerectomía, complicaciones anestésicas, trombo embolismo e infección puerperal mayor) y que a la vez esta práctica presenta mayores complicaciones de distrés pulmonar fetal, el incremento en la tasa de cesárea debe ser considerado un problema de salud pública (Cóppola, 2015).

El avance tecnológico y científico en obstetricia y la institucionalización del parto, han sido importantes para la atención a las mujeres embarazadas y al parto de alto riesgo, sin embargo el exceso de intervenciones puede provocar daños a la salud de las mujeres por causa de la propia iatrogenia de las excesivas intervenciones. Si bien prácticas tales

como el rasurado y el enema están desaconsejados por la OMS, y el MSP no los recomienda, existen estudios que demuestran que las mismas no han sido del todo eliminadas de la atención sanitaria. Del mismo modo, la episiotomía sigue siendo la práctica más rutinaria empleada en las maternidades, en particular en mujeres primíparas, aún con la evidencia científica disponible que demuestra que su uso rutinario es más perjudicial que beneficioso (Wolff & Waldow, 2008; Blazquez, 2009, MYSU, 2009, Magnone, 2013). Estudios realizados arrojan datos preocupantes con respecto al trato recibido por las mujeres durante el parto, identificándose actitudes como malos tratos, atención poco humanizada y violencia obstétrica, entre otros (MYSU, 2015b).

Gráfico N° 22: Porcentaje de cesárea por tipo de prestador. Total país (1996-2014).



Fuente: Elaboración propia en base a Sistema de Información Perinatal, MSP.

Algunos autores ubican este tipo de prácticas rutinarias no beneficiosas como parte del fenómeno de la violencia obstétrica (Almaguer, 2010) y otros como expresiones de la violación de derechos reproductivos en el ámbito de la salud (Castro y Erviti, 2015). La violencia obstétrica es un concepto en discusión que refiere a toda conducta, de acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecta tanto al cuerpo como a los procesos reproductivos de las mujeres. Estas prácticas se traducen en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y, la patologización de los procesos naturales (Medina, 2009; GIRE, 2013; Magnone, 2010; Blazquez, 2009).

c) Atención del aborto voluntario y prevención de aborto inseguro

Entre 1938 y hasta octubre de 2012 el aborto fue considerado un delito en toda circunstancia, tipificado por la Ley N° 9.763. La Ley N° 9.763 definió causas atenuantes y eximentes de la pena del delito mediante la intervención de un juez, siempre y cuando el aborto hubiera sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, con consentimiento de la mujer y mediando circunstancias especiales. Este marco normativo restrictivo no impidió, sin embargo, que las mujeres acudieran a la práctica del aborto voluntario en condiciones de inseguridad y riesgo. En los más de 70 años de vigencia de esta ley quedó demostrada su ineficacia jurídica, en la medida que el aborto fue una práctica extendida en el país —dirimida en la clandestinidad—, la condena penal fue escasamente aplicada y la opinión pública uruguaya fue procesando una postura favorable a su despenalización (Abracinskas y López Gómez, 2007; Johnson et al., 2011; Bottinelli, 2010; López Gómez, 2015).

El debate social y político sobre la necesidad de despenalizar el aborto y reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva se planteó a partir de la recuperación democrática en 1985, reconquistada luego de 12 años de dictadura militar (1973-1985). Su presencia pública fue más intensa en el inicio del nuevo milenio, en particular debido al incremento de la muerte de mujeres por abortos inseguros, un problema que tuvo una repercusión mediática y social sin precedentes. Las feministas y el movimiento amplio de mujeres fueron actores centrales para que, en el marco del nuevo escenario democrático, fuera posible tejer alianzas entre distintos sectores sociales, académicos, profesionales, políticos y sindicales¹⁴ que permitieran construir una demanda ciudadana sobre la necesidad de despenalizar la práctica como un asunto relevante para la vida democrática, la justicia social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades en el país (Johnson, López Gómez y Schenck, 2011). Desde 1985, se presentó en cada legislatura una iniciativa parlamentaria que buscó resolver el conflicto que se generaba entre el marco normativo y la práctica social del aborto. Durante décadas, los servicios de salud no incorporaron la atención a mujeres en situación de aborto voluntario ni la prevención del aborto inseguro y sus consecuencias. En el año

¹⁴ En particular, merece destacarse el papel que jugó la Coordinación de Organizaciones Sociales por la Salud Sexual y Reproductiva impulsada inicialmente por CNS Mujeres, MYSU y Cladem Uruguay. Se destaca el rol que jugó el PIT-CNT, las declaraciones del CDC de la UdelaR y la participación de grupos académicos de esta casa de estudios; la FEUU, el SMU, sectores del Frente Amplio, expresiones religiosas como la Iglesia Metodista y el Comité de Ética de la Iglesia Valdense, entre otros

2004, a impulso de un grupo de profesionales de la salud se elaboró una estrategia para la prevención del aborto de riesgo, basada en un modelo de atención por parte de los servicios de salud, en el antes y en el después del aborto (Briozzo, 2003). Esta estrategia fue posteriormente aprobada como normativa sanitaria por parte del Ministerio de Salud Pública, “Medidas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, ordenanza N° 369/004, la cual implementada en algunos servicios de salud de ASSE sin alcanzar una cobertura nacional.

La persistencia durante décadas del problema social de la práctica insegura del aborto, con sus consecuencias en riesgos de vida y de salud, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que imponía la clandestinidad, fueron asuntos que progresivamente adquirió visibilidad y consideración pública. El aborto salió del ámbito privado para colocarse como un tema relevante de equidad y justicia social, salud pública y derechos humanos, que requería del tratamiento y el debate político y social sobre el significado y las consecuencias del marco legal restrictivo para las mujeres y la convivencia democrática (Carril y López Gómez, 2008; Sanseviero, 2003 y 2008; Briozzo, 2003 y 2007; Abracinskas y López Gómez, 2004, 2006 y 2007).

Luego de más de 20 años de debate social y político, el 22/10/2012, el parlamento uruguayo aprobó la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud Pública y posteriormente puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de enero de 2013. La nueva ley, con sus controversias y limitaciones, significa un avance importante que coloca a Uruguay junto a otros países de América Latina y el Caribe como Cuba, Puerto Rico, México D.F, entre los primeros de nuestra región en garantizar acceso a servicios legales de aborto en el sistema de salud (Bohórquez Monsalve, 2015).

La ley aprobada recibió críticas desde distintos sectores y perspectivas. Quienes históricamente abogaron en contra de cualquier cambio en el marco normativo sobre aborto (en particular grupos religiosos católicos, evangelistas y neopentecostales, asociaciones civiles relacionadas a grupos religiosos y conservadores, sectores políticos de los partidos Nacional y Colorado y activistas autodenominados “provida”)¹⁵, la

15 Entre los actores que abogaron en contra de la ley IVE se destacan la Coordinadora por la Vida, las jerarquías de la Iglesia Católica, grupos afroumbandistas, la Iglesia Dios es Amor y otras de tipo pentecostal, la Lista 40 del Partido Nacional, grupos del Partido Colorado,

consideraron un retroceso e iniciaron un proceso para su derogación por parte de la población mediante el mecanismo constitucional de la consulta ciudadana, que apenas contó con el concurso del 9% de los habilitados para votar¹⁶. Este resultado puede ser interpretado como un indicador de la despenalización social del aborto voluntario.

Para quienes habían trabajado por la despenalización del aborto y el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, la Ley IVE aprobada generó controversias y disconformidad con los actores políticos. Las principales críticas desde la mirada feminista fueron que la ley no destipificaba el delito de aborto, sino que suspendía la pena establecida en el Código Penal vigente, siempre y cuando se cumplieran ciertas condiciones y requisitos. Se señaló que la ruta crítica que las mujeres deben transitar dentro del servicio de salud para acceder al aborto legal responde más a un modelo de tutelaje profesional que a un enfoque de reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida reproductiva. A su vez, desde un primer momento la puesta en marcha de los servicios IVE instaló discusiones sobre sus características, sobre la objeción de conciencia de los ginecólogos —prevista por la ley para la instancia de IVE 3— y sobre la objeción por ideario institucional para los efectores de salud —que también establece la norma. Estos cuestionamientos son relevantes tanto desde el punto de vista de las limitaciones jurídicas de la ley como respecto de su legado simbólico (López Gómez, 2014).

El nuevo escenario de legalidad y legitimidad de la práctica, a pesar de sus limitaciones, debería favorecer la disminución de las prácticas clandestinas e inseguras del aborto. Sin embargo, la ocurrencia de casos de muerte de mujeres por aborto que tuvieron lugar luego de que la ley fuera puesta en marcha en el SNIS, es un indicador de las dificultades que se registran en su implementación y en el acceso a los servicios para las mujeres. Estudios realizados por organizaciones de la sociedad civil sobre distintas dimensiones vinculadas a la implementación de la ley, dan cuenta de una serie de barreras para el acceso de las mujeres a los servicios de aborto: objeción de conciencia y escasez de recursos humanos, falta de conocimiento sobre la normativa y el funcionamiento de los servicios; y la presencia de un fuerte estigma en la comunidad, entre otras circunstancias (MYSU, 2014; MYSU, 2016; Mujeres en el Horno, 2014).

16 La consulta tuvo lugar el 23 de junio de 2013. Para habilitar el plebiscito la consulta ciudadana debía convocar a las urnas, por lo menos, al 25% de los ciudadanos habilitados para votar, pero apenas alcanzó un 9%. Ello dejó sin efecto la posibilidad de que la ley fuera revocada.

No se dispone de estadísticas nacionales sobre acceso a aborto en SNIS, excepto los informes brindados por el MSP en conferencias de prensa. El último informe sobre el período diciembre 2013- noviembre 2014, revela que el número total de interrupciones voluntarias de embarazo reportadas en el SNIS fue de 8.500 (27,32% más que en igual período del año anterior) y que no se registraron muertes maternas por aborto en el período. Los datos muestran que no hay diferencias significativas en los abortos realizados en efectores públicos o privados; y que el 60% tuvo lugar en Montevideo y el 40% en el interior del país. A su vez, 18% fueron de mujeres menores de 20 años y 9% del total de mujeres que consultó por IVE decidió continuar con el embarazo luego de la consulta. Una interrogante respecto a los datos mencionados es sobre los registros disponibles. Si bien no es posible comparar registros con estimaciones, éstas últimas se ubicaban entre los 16.000 y los 33.000 abortos en los años previos a la aprobación de la ley. Surgen interrogantes acerca de las prácticas clandestinas de aborto, las condiciones, circunstancias y consecuencias que derivan de ello.

Otro dato relevante es el alto porcentaje de profesionales de ginecología objetores de conciencia. El último reporte del MSP indica que el 33% de los ginecólogos del país son objetores (MSP, 2014). No obstante, existen indicios de que esa cifra podría ser mayor: un relevamiento de MYSU indica que en Río Negro hay un 43% de objetores, mientras que en Soriano esa cifra es de 82%, y en Paysandú de 87% (MYSU, 2016). Por su parte, la Red de Atención en el Primer nivel Metropolitana (RAP-Metropolitana) de ASSE, cuenta con un 52,9% de objetores. En cuanto a la objeción de conciencia, según Cópola (2013) los profesionales de la salud expresaron confusión al respecto. Uno de los aspectos más visibles es que muchos de los ginecólogos realizan desobediencia civil bajo el respaldo de la objeción de conciencia, y cuando ésta existe se da un antagonismo de derechos entre el derecho de la usuaria a recibir asistencia médica amparada en la ley y por otro lado, el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales (Cópola, 2013). En este sentido, el fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) es un hecho que limita el acceso de las mujeres a los servicios al consagrar el derecho de los profesionales a la objeción de conciencia durante todo el proceso de atención y no sólo en la instancia de IVE 3. El nuevo decreto reglamentario de la ley aprobado por el Poder Ejecutivo (Dec. N°242, 22/04/2016) ante el fallo del TCA, establece modificaciones al decreto 375/012. Este nuevo escenario exige vigilancia sobre las limitaciones para el acceso de las mujeres a los servicios legales de aborto.

d) Reproducción humana asistida

Uno de los derechos consagrados en la ley n° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva es el reconocimiento del derecho a decidir si tener o no tener hijos, cuantos y con qué espaciamiento y a contar con las condiciones para que ello sea posible. Luego de varios años sin resolverse un marco normativo en reproducción humana asistida, en el año 2013 se aprobó la Ley n° 19.167 que establece que el Estado debe garantizar que las técnicas de reproducción humana asistida sean ofrecidas por el SNIS. A su vez, establece la regulación de estas técnicas y los requisitos para las instituciones públicas y privadas autorizadas para desarrollar dicho procedimiento. Estas técnicas de reproducción “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, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley” (Art.2). El concepto de maternidad subrogada también está incluida en la ley habilitando la participación de otra mujer para llevar adelante la gestación. La reglamentación de la ley se realizó a través de los decretos 69/014, 311/014 y 84/015 y por la Ordenanza 462 del MSP del 26 de agosto de 2014 a través de la cual se estipuló la integración de Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida prevista en el Artículo 29 de la Ley 19.167. En el Decreto 69/014 se establece las condiciones de funcionamiento para centros y servicios del país que realicen las técnicas. Con respecto a la financiación, serán de cobertura obligatoria por parte de los prestadores integrales del SNIS cuando la mujer no supere los 40 años. A partir de esa edad, el costo bolsillo para la mujer será el total del coste. Se establecen las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad con cobertura a cargo del Fondo Nacional de Recursos (FNR). La financiación de las técnicas de alta complejidad, así como el sistema de copagos a cobrar por parte del FNR, podrá variar en función del número de intentos y del ingreso promedio de la pareja. (Arts. 32 y ss.). La puesta en marcha de la ley en los servicios del SNIS es de reciente data y no se dispone de información que permita valorar los resultados de su implementación en esta primera fase.(MYSU, 2015b).

2.4 Salud y diversidad sexual

Uruguay avanzó en los últimos años en el reconocimiento de los derechos de las personas LGTBI mediante la consagración de una serie de leyes y medidas

programáticas. En este escenario han sido clave las estrategias de incidencia desarrolladas desde el movimiento por la diversidad sexual en alianza con otros movimientos sociales, en particular el movimiento feminista. La primera ley aprobada fue la Ley N°. 17.817 de Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación (2004), la cual significó un avance pero tiene importantes limitaciones si se considera que a la fecha no se han realizado procesamientos mediante el uso de esta herramienta (Sempol, 2014). Posteriormente, se aprobaron las leyes de unión concubinaria (Ley N° 18.246, 2008), la adopción para parejas homoparentales (Ley N°. 18.590 Modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia, 2009), el cambio de nombre y sexo registral (Ley N°. 18.620 Derecho a la Identidad de Género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios, 2009) y el matrimonio igualitario (Ley N°. 19.075, 2013) Si bien esto representa un gran avance, persisten barreras institucionales, culturales y sociales para el ejercicio de los derechos consagrados en el marco normativo. Como señala Suárez (2012), disponer de políticas públicas y orientaciones claras en las prestaciones de salud, en las políticas sociales y educativas son centrales para garantizar derechos pero que éstas deben incorporarse en las prácticas sociales y profesionales para que se traduzcan efectivamente en relaciones de nuevo tipo basadas en el reconocimiento y respeto por los derechos de todas las personas.

En materia programática, en el año 2012, el MIDES diseñó y puso en funcionamiento una política inclusiva para población trans, extendiendo los beneficios de la Tarjeta Uruguay Social (TUS) a esta población. Se trata de una medida reparadora de las vulnerabilidades padecidas por la población trans que permite vincular a este colectivo al sistema de protección social. Al año 2015, se han otorgado más de 1.088 TUS y, con esto, se ha generado la base de datos sobre población trans más importante del país. En materia de salud y atención sanitaria, se han dado los primeros pasos para incorporar un enfoque de diversidad sexual a los servicios de salud. En el año 2009, el MSP publicó la guía en Salud Sexual y Reproductiva en base a los lineamientos que establece la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, la cual contiene un capítulo específico sobre diversidad sexual y salud. Se ha impulsado la capacitación de los profesionales, funcionarios y personal de salud para mejorar la atención específica y disminuir las barreras asociadas al estigma y discriminación. En el año 2012, en ASSE se definió al Centro de Salud de la Ciudad Vieja como un centro libre de homo-lesbo-transfobia. Participaron en este proceso de instalación de un servicio “amigable”, el

Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina (UdelaR), el Colectivo Ovejas Negras, ASSE, el MSP, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En 2013, comenzaron a funcionar cinco Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (Centros EDISA) ubicados en Artigas, Maldonado, Colonia, Melo y Montevideo y dos centros móviles, que se desarrollaron como parte del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y que tienen como objetivo promover el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y la atención del VIH” (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2014). A su vez, el Centro Hospitalario "Gustavo Saint Bois" cuenta con un servicio donde se atiende población trans donde se puede acceder a hormonas y a la derivación para cirugías de reasignación de sexo. (Forrisi y Gelpi, 2015).

Según un estudio realizado por MYSU sobre requerimientos en salud y respuestas del sistema de salud para las personas Trans, se pudo observar que si bien existen políticas, normas y guías clínicas para la atención de este colectivo, no se observa una adecuada organización de los servicios ni una estrategia sostenida de formación de los recursos humanos que garantice su pleno cumplimiento. Entre los resultados el informe destaca que la amplia mayoría de las personas trans cuenta con cobertura de salud y se asiste, principalmente, en los servicios públicos. De las entrevistas realizadas surge que los servicios de salud no son percibidos como lugares de referencia para los procesos de transformación de sus cuerpos, así como tampoco para los requerimientos en salud mental o ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas. La causa de consulta más mencionada en las entrevistas fue la realización de controles de VIH e ITS, especialmente entre quienes realizan trabajo sexual debido, entre otras razones porque así lo determina la reglamentación para que su ejercicio sea legal. El estigma y la discriminación percibidas como barreras para el acceso y uso de los servicios (MYSU, 2012).

4. Principales tendencias y factores explicativos

El estudio de los determinantes de la salud y en particular, la generación de evidencias que permitan analizar en profundidad la intersección del género, el nivel socioeconómico, la etnia-raza y otras dimensiones, es una agenda en plena construcción en nuestro país. La incorporación del enfoque de género en las políticas públicas de salud es un proceso que se inició tímidamente hacia comienzos de la década de los 90 y que está lejos de transversalizar todas las políticas del sector. Se trata de una tendencia que merece

destacarse en la medida que progresivamente se ha instalado en las políticas públicas, en particular a través de la creación de mecanismos institucionales para la incorporación del enfoque de equidad de género en todos los campos de la salud.

La discusión y puesta en marcha de la reforma del sector salud con la creación del SNIS dio señales de la necesidad de ubicar el campo de la salud desde una visión integral y como producción social directamente relacionada con determinantes estructurales e intermedios que afectan el bienestar de la población. Sin embargo, aún predomina tanto a nivel social como en el elenco político, una visión reduccionista que ubica a la salud en el campo de la atención médica, limitando la incorporación de un paradigma de integralidad que involucre el desarrollo de políticas intersectoriales.

Si bien el sistema de información en salud ha mejorado en los últimos años, igualmente el déficit de información continua, desagregada y de calidad es un elemento que dificulta tener un diagnóstico más robusto del impacto de las desigualdades de género en el campo de la salud. Esto entorpece la identificación, vigilancia y transformación de las brechas de género y un análisis interseccional con otras desigualdades sociales.

El análisis de los indicadores disponibles que hemos presentado en el apartado anterior permite identificar algunas tendencias consolidadas en las últimas décadas respecto al estado de salud de la población analizado desde un enfoque de género.

La mortalidad y morbilidad en nuestro país presenta un patrón relativamente estable concentrado en las enfermedades crónicas no transmisibles que se asocian, entre otras cuestiones, a factores de riesgo como la obesidad, tabaquismo, el sedentarismo y el consumo de drogas legales e ilegales. El peso de la división sexual del trabajo como un determinante de la salud y en particular, las tareas de cuidado a cargo de las mujeres, es un asunto que comienza a ser visibilizado pero que requiere de investigación sistemática que permita identificar cómo se expresa y afecta su salud y bienestar.

Respecto a las muertes violentas relacionadas con accidentes, suicidios y homicidios se observa una tendencia consolidada que muestra diferencias claras en los comportamientos de hombres y mujeres, relacionados con los mandatos y estereotipos de género. Asimismo se observan diferencias por edades, siendo los hombres jóvenes quienes están más expuestos a estas situaciones. Por su parte, son las mujeres de diferentes edades quienes están más expuestas a intentos de autoeliminación si se

compara con los hombres. La incorporación de un enfoque de género en las políticas de salud mental y de siniestralidad es un déficit que dificulta atender estos problemas y sus consecuencias.

La reforma del sector salud mediante la creación del FONASA y del SNIS es un hito en el proceso de garantizar el derecho a la salud y el acceso a las prestaciones. Sin embargo, el cambio en el modelo de atención que promueve la reforma hacia uno centrado en la atención primaria en salud y en el primer nivel de atención requiere de esfuerzos mayores. Allí se juega el desarrollo de las políticas de promoción y prevención en salud las cuales deben articularse con otros sectores de las políticas públicas para atender los determinantes sociales implicados. El cambio del modelo médico hegemónico -de cuño patriarcal- centrado en lo materno-infantil es uno de los imperativos para modificar las tendencias actuales. Ello implica, entre otras cuestiones, incorporar el enfoque de género en la formación de los RRHH en salud y en la organización de la atención sanitaria que favorezca procesos de calidad de atención centrada en los derechos de las personas.

Algunos indicadores identificados parecen ser indicativos de las principales tendencias que se pueden observar en el período considerado:

1. Los patrones de mortalidad y morbilidad no han tenido modificaciones significativas así como tampoco su distribución en hombres y mujeres en todo el territorio nacional. Las enfermedades crónicas no transmisibles predominan en la morbilidad y mortalidad. Hace ya varias décadas que esta tendencia está consolidada. En promedio, los uruguayos tenemos una alta esperanza de vida al nacer y padecemos enfermedades crónicas que requieren de políticas intersectoriales que atiendan los determinantes asociados y sus consecuencias. El envejecimiento de la población ha ingresado en la agenda pública siendo materia de políticas y de investigación a nivel nacional.
2. Estudios recientes identifican el peso de los factores de riesgo para la salud asociados a los comportamientos individuales de las personas. Allí se puede observar que las mujeres realizan menos actividad física que los hombres, que el consumo de tabaco en hombres y mujeres muestra una tendencia al descenso y que se incrementa el peso de la obesidad y el sobrepeso en la población. Estos comportamientos muestran diferencias por edades siendo las personas más jóvenes quienes realizan más ejercicio diariamente y fuman en menor medida que

las personas adultas. Sin embargo en materia de trastornos de la alimentación los más jóvenes muestran un panorama poco alentador. El nivel micro de los comportamientos es una expresión de cómo operan los factores estructurales, entre ellos el sistema sexo-género, el mundo del trabajo y el nivel socioeconómico, en la producción de las condiciones de vida y sus efectos en la salud.

3. Las muertes violentas en particular accidentes y suicidio se han ubicado, en los últimos años, como un problema social relevante que requiere de políticas específicas. Las diferencias en los comportamientos de hombres y mujeres son significativas y marcan una tendencia consolidada. Sin embargo, las políticas no han incorporado hasta ahora un enfoque de género que permita dar visibilidad y tratamiento a este diferencial que muestran las tendencias.
4. El papel de las mujeres en el cuidado de las personas dependientes es un asunto que ingresó en la agenda pública en los últimos años. Sin embargo, el efecto que tiene para la salud y el bienestar de las mujeres, la sobrecarga laboral y emocional que implica el cuidado de la salud en las familias, es un aspecto que amerita mayor dedicación de la investigación nacional. La literatura internacional es orientativa en este sentido. El estudio de los datos disponibles sobre mayor consumo de psicofármacos y depresión en las mujeres y la baja dedicación a la actividad física pueden permitir establecer su relación con el costo de la sobrecarga laboral y afectiva.
5. La salud sexual y reproductiva se ha instalado en la agenda pública desde mediados de los años 90. La aprobación de la ley n° 18426 y su implementación a partir del año 2010¹⁷ robusteció una política nacional y refleja una tendencia en la consolidación de la incorporación de la SSR en los servicios de salud del SNIS. La construcción de una institucionalidad que impulse la política de salud sexual y reproductiva en la órbita del MSP se fue legitimando en los últimos años y actualmente se disponen de programas y prestaciones incorporadas en la oferta de los servicios del SNIS. Esto ha generado no sólo la organización de la oferta de los servicios sino que ha impactado en las demandas de atención de la población, en

¹⁷ En setiembre de 2010 el MSP aprueba el decreto reglamentario de la ley n° 18426 la cual se pone en funcionamiento en todos los servicios del SNIS a partir de enero de 2011.

particular de las mujeres en edad reproductiva, hacia quienes se han concentrado estas políticas. Los factores explicativos de esta tendencia se relacionan fundamentalmente con la incidencia de la participación de los movimientos sociales que han impulsado esta agenda, en particular el movimiento feminista y las agencias del sistema de las Naciones Unidas en la consecución de la política. Los problemas sociales asociados a este campo fueron progresivamente ocupando un lugar importante en las políticas de salud, si bien la salud y los derechos sexuales y reproductivos son una agenda atravesada por controversias y disputas que se traducen en dificultades para su pleno reconocimiento e incorporación en los servicios de salud y otras políticas públicas.

En base a estos elementos, consideramos que para robustecer el desarrollo de políticas en salud transformadoras de las desigualdades de género como determinante estructural de la salud-enfermedad-atención, es necesario incorporar el enfoque de equidad de género y derechos humanos en los distintos planos del proceso de formulación de la política pública, incluyendo los sistemas de información, la organización de los servicios, el monitoreo y seguimiento de la calidad de las prestaciones, las prácticas profesionales y la formación de los RRHH de la salud.

5. Factores de cambio y sus implicancias

Algunos problemas de salud han cobrado visibilidad en los últimos años. Se han instrumentado políticas que buscan atender estos problemas pero su impacto diferencial en hombres y en mujeres no puede ser evaluado en el corto plazo. Por ejemplo las políticas de reducción del tabaquismo que se iniciaron hace una década muestran resultados positivos en la disminución del consumo en la población pero ello es dispar en hombres y en mujeres, siendo en estas últimas en quienes se registra un menor descenso. Otro ejemplo de ello son las políticas de siniestralidad vial que buscan impactar en los indicadores de mortalidad y morbilidad derivadas de accidentes de tránsito.

A nivel nacional, las políticas de igualdad de género han cobrado relevancia en los últimos 10 años. La institucionalidad de género, si bien aún es débil, ha logrado permear distintos campos de la política pública. En el caso de las políticas de salud se puede observar una mayor visibilidad del efecto de las desigualdades de género en distintos componentes de la salud de la población, aunque este enfoque no ha logrado permear la visión de las

políticas que atienden asuntos específicos del estado de salud de la población y sus determinantes. Es el caso por ejemplo de las políticas de salud mental o de aquellas relacionadas con los patrones de morbilidad como las enfermedades crónicas no transmisibles.

Algunos factores de cambio que se pueden registrar tienen que ver con la visibilidad que ha cobrado en el ámbito de las políticas de salud de la necesidad de incorporar un enfoque de género en las políticas. Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 definidos por el MSP son producto de una política que busca centrar su foco en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales, tal como lo enuncia el propio documento¹⁸: “Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.” (pp: 7 2015)

Los Objetivos Sanitarios definidos son cuatro: 1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población. 2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud. 3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud. 4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud. A su vez se identifican 15 áreas críticas en las que se busca intervenir. A saber: 1. Embarazo no deseado en adolescentes. 2. Prematurez y Bajo Peso al Nacer. 3. Elevado índice de cesáreas. 4. Transmisión vertical de sífilis y VIH. 5. Alteraciones del desarrollo en la primera infancia. 6. Problemas nutricionales críticos en la primera infancia. 7. Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica. 8. Morbimortalidad por cáncer. 9. Morbimortalidad por VIH/Sida. 10. Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental. 11. Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral. 12. Violencia de género y generaciones. 13. Dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables. 14. Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas. 15. Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.

En la misma dirección, el papel que juega el Consejo Nacional de Género, en su Eje 3 sobre Políticas de Salud y Género, con el liderazgo de las autoridades del MSP y el MIDES y la participación de actores intersectoriales en la definición de estrategias y

18 Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/LIBRILLO%20OBJETIVOS%20NACIONALES%20imprensa.pdf

acciones, es ilustrativo del proceso que busca impulsar una política transformadora de las desigualdades de género en la salud.

En el campo específico de la salud sexual y reproductiva, se pueden señalar algunas políticas recientes que son portadoras de cambios en la agenda de derechos y en la atención sanitaria: la implementación de la ley IVE desde 2013, la implementación de la ley de reproducción asistida desde 2014 y la incorporación del enfoque de género y diversidad sexual en las políticas y servicios de salud desde 2013. Se tratan de asuntos que han atravesado controversias múltiples y cuya incorporación y reconocimiento enfrenta dificultades y barreras sociales, políticas, institucionales, económicas y culturales. Sin embargo, la aprobación de marcos normativos y su asunción por parte de las autoridades sanitarias como asuntos relevantes para la garantía del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos debe considerarse un factor de cambio importante en este proceso.

6. Referencias

Alan Guttmacher Institute (2015) *Facts on induced abortion worldwide*. Recuperado de <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>

Alan Guttmacher Institute, UNFPA. Latin America and the Caribbean (2010): *Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. Updated November 2010. USA.

Almaguer, J., García, H., Vargas, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y salud en cifras*, 8(3), pp. 3-20.

Artreta, Z. (2015). Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual. En *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Montevideo: Universidad de la República, MSP, ASSE, Ovejas Negras, UNFPA.

Batthyany, K., Genta, N., Perrota, V. (2015). Aportes de las familias y las mujeres al cuidado del trabajo no remunerado en salud en Uruguay. Serie Asuntos de Género N° 127. CEPAL, Santiago de Chile.

Benia W., Macadar, D., Niedworok N. (2005): *Reproducción biológica y social de la población uruguaya, una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones*. Informe estudio cuantitativo Proyecto Género y Generaciones UNFPA, INE, MSP, UDELAR, IMM, MYSU, Montevideo (Inédito).

Blazquez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. (Tesis inédita de Doctorado). Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.

Bohórquez Monsalve, V. (2015) –Normativas y aborto. De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe en Ramos S, (comp.) *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: CEDES, pp. 153-172.

Bottinelli, O., Buquet, D. (2010): *El aborto en la opinión pública uruguaya*. Cuadernos Aportes al Debate en salud, ciudadanía y derechos. Epoca 1 No.2, Montevideo: MYSU.

Cabella, W. (coord.) (2012): *Análisis de situación en población, Uruguay*. Montevideo: Comisión Sectorial de Población, OPP.

Cabella, W. (coord.) (2012), *Análisis de situación en población*, Uruguay. Montevideo: Comisión Sectorial de Población, UNFPA.

Castro, R. (2013), *Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva*, en A GOFF , M.C., L. C ASIQUE y R. C ASTRO (coords.) *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*, México: Editorial Porrúa y CRIM-UNAM, pp. 145-165.

CEPAL (2013): *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Montevideo. (Referido como CM en el documento).

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2007): *Estrategias y procedimientos*. Montevideo: Programa Nacional De Cáncer de Cuello Uterino.

CIPD. (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción*. El Cairo.

Cóppola, F. (2013). *Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay*. *Revista Médica del Uruguay*, 29 (1).

Cóppola, F. (2015). *Cesáreas en Uruguay*. *Rev. Méd. Urug.* [online]. 2015, vol.31, n.1 [citado 2016-05-29], pp. 07-14 . Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1688-0390.

Esteban, M.L (1999), *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*. Donostia-San Sebastián: Gakoa-Tercera Prensa.

Fernández Galeano, M. y Benia W. (2014) *Salud. Serie Bicentenario*. Montevideo

Ferré, González, Rossi y Triunfo (2005): *Los jóvenes en Uruguay: salud y redes sociales*. Uruguay 2004. Documento de trabajo No. 05/05. Montevideo: Departamento de Economía de la FCS-UDELAR.

Filardo, V (2011): *Transiciones a la adultez y educación*. En: Filgueiras y Mieres (ed) *Jóvenes en tránsito. Oportunidades y obstáculos en las trayectorias hacia la vida adulta*. Montevideo: UNFPA, Rumbos.

gestacional y sífilis congénita en Uruguay: 2000 – 2009; Montevideo: CLAP/SMR.

López Gómez A, Carril E. (2010) Los profesionales de la salud frente al aborto voluntario. En: En López, A; Castro, R. Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional (pp 137-155). Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar; CRIM-UNAM.

López Gómez, A. (2016) Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto en Salud Colectiva, 12(1), pp. 23-39.

Magnone, N (2013) Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana sobre cuerpos, emociones y sociedad*. Vol 5, N 12, agosto-noviembre. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2732/273229906007.pdf> <http://www.redalyc.org/pdf/2732/273229906007.pdf>

Magnone N. (2010) Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización. Tesis inédita de Maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, UDeLaR. Montevideo

Medina, G. (2009) Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62I>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

MSP (2008) *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Capítulo: Normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio*. Montevideo.

MSP (2014) *Conferencia de prensa sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Febrero de 2014. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/www.msp.gub.uy>

Mujeres en el Horno (2014). *Avance de informe de sistematización. Línea Aborto información segura*. Montevideo: Mujeres en el Horno. Disponible en: <http://mujeresenelhorno.org/sites/default/files/Informe%20Mujeres%20en%20el%20Horno%200800%208843.pdf> <http://www.msp.gub.uy/>

Munhoz, M., Araujo, C. (2002). O nascimento: ¿um ato de violencia ao recém-nascido?

Revista gaúcha de enfermagem, 23(1), 132-145.

MYSU (2008). *Informe Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo.

MYSU (2009). *Informe Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo.

MYSU (2012): Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013): Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013b): Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo, MYSU.

MYSU (2014) Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto. Informe de investigación. Montevideo: MYSU

MYSU (2015) Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud. Montevideo, MYSU.

MYSU (2015b) Avanzar sobre lo logrado. Montevideo: MYSU

MYSU (2016). *Informe Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estado de situación de los servicios en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Montevideo: MYSU.

Obaid T. (2009) Fifteen years after the International Conference on Population and Development: what have we achieved and how do we move forward? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 106:102–05

Odent, M. (2006). *La Cesárea*. Barcelona: Editorial La Liebre de marzo

Olza, I., Lebrero, E. (2006). *¿Nacer por cesárea?*. Colombia: Edición para América Latina, Grupo Editorial Norma.

OMS. (1996). Cuidados en el parto normal, una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

Recuperadode:http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdfhttp://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdfhttp://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

OPS (1996) –Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género, Washington, D.C.

Peri, A. y Pardo, I. (2008): Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada? Cuadernos del UNFPA, Año 2, No2. Montevideo, UNFPA.

Ramos –Lira, L. (2014) ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Rev.Salud Mental* 2014;37:275-281

Sedgh, G. (2007). Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*.(33) 106-116.

Sempol, D. (Coord.) (2014). Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Montevideo: MIDES.

Suárez, M. (2008). Hacia una igualdad sustantiva. Realidades y perspectivas de la normativa vigente para la inclusión social de la diversidad sexual. Montevideo: MYSU.

UNFPA. (2010). Informe Estado de la Población Mundial. Nueva York.

UNFPA. (2012). Informe Estado de la Población Mundial. Nueva York.

Varela, C.; Pardo, I.; Lara, C.; Nathan, M.; Tenenbaum, M. (2014). La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 3. Editorial Trilce. Montevideo.

Varela, C. (2009). Maternidad y fecundidad en el Uruguay: a quince años de –El Cairo. Serie documento de trabajo N° 77. *Unidad Multidisciplinaria* . Montevideo.

Varela, C., Fernández, M., Fostik, A. (2012). Maternidad en la juventud y desigualdad social. Cuaderno N°6. UNFPA. Montevideo.

World Health Organization (WHO). (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*,

326(8458), pp. 739-792 Doi: 10.1016/S0140-6736(85)90673-7.

World Health Organization (WHO/RHR). (2001) *Transforming Health Systems: gender and sexual and reproductive rights*. Geneva: WHO. WHO/RHR/01.29