

## **Información para la Acción**

# **ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY**

**Diciembre de 2015**

## **Presentación**

Los avances registrados en Uruguay en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos son importantes y se destacan en relación al resto de los países de la región. El marco normativo marca una nueva línea de base en la valoración y respeto de las personas, en particular de las mujeres, en el ejercicio de la ciudadanía sexual y reproductiva. Genera mejores condiciones políticas y sociales para la profundización democrática y la libertad de conciencia en el campo de las orientaciones sexuales, decisiones sobre la vida reproductiva y reconocimiento de las diversas formas de familias. Este panorama valorado positivamente también trae consigo desafíos y dilemas entre los que se incluye la delimitación precisa de los logros, la identificación adecuada de los obstáculos y la superación de las resistencias que genera esta “nueva agenda de derechos”.

La participación ciudadana ha sido fundamental en impulsar estos asuntos a la arena pública y convertirlos en temas insoslayables para los partidos políticos y para los gobiernos. Los cambios exigen, a los diferentes actores, la ampliación y profundización de sus capacidades para mejorar los niveles organizativos, analíticos, propositivos y de movilización de recursos que permitan su consolidación. El acceso a la información y la transparencia de las gestiones son sustantivos para la profundización democrática, la participación social y la organización ciudadana en el proceso de transformación que aún está pendiente.

A partir de este contexto, en el año 2014 Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) y el Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAinfo) se unieron para llevar adelante una experiencia piloto con el objetivo de utilizar la ley de acceso a la información pública como herramienta para el monitoreo social de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva.

La iniciativa se enmarcó en el proyecto *Información para la Acción. El Acceso a la información como herramienta para la exigibilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA)*. Esta propuesta viene siendo implementado desde 2013 por CAinfo y la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) de Argentina, con el apoyo de Human Rights Initiative de Open Society Foundations, y tiene el objetivo de desarrollar metodologías de trabajo para la protección y exigibilidad de los DESCAs a partir del uso de los mecanismos y leyes de acceso a la información pública en cuatro países: Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.

El marco conceptual bajo el cual se realizó esta experiencia en Uruguay reconoce en el derecho humano de acceso a la información pública un presupuesto para el ejercicio de otros derechos, un componente fundamental para la transparencia y la rendición de cuentas

sobre la gestión pública, un factor imprescindible para la elaboración de políticas públicas y una condición habilitante para la participación y monitoreo social.

Desde el año 2008 Uruguay forma parte del elenco de países de la región que cuentan con una regulación legal específica que busca garantizar e implementar el derecho de acceso a la información pública. La ley 18.381 estableció un concepto amplio de información pública (toda la que esté en poder o posesión de los organismos públicos, sean o no estatales) y previó un mecanismo administrativo especial para garantizar el acceso en el plazo máximo de 20 días hábiles, con posibilidad de prórroga dentro de ciertos requisitos, por otros 20 más.

A partir de este supuesto conceptual y legal durante el año 2015 MYSU llevó adelante una importante demanda de información al Ministerio de Salud Pública y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), contando para ello con el apoyo y asesoramiento de CAinfo. En total la organización requirió información sobre 121 ítems a efectos de acceder a datos estadísticos y otras informaciones sobre salud sexual y reproductiva en Uruguay.

En función de la trayectoria de MSYU en la temática y del trabajo en materia de indicadores del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, los objetivos de la experiencia piloto fueron:

- a) Contribuir al diagnóstico del estado de situación y a la identificación de los avances, obstáculos y desafíos de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva en Uruguay, con el propósito de documentar, visibilizar y generar insumos que fortalezcan las capacidades de participación e incidencia de los colectivos que trabajan en la temática.
- b) Mapear las categorías de información sobre salud sexual y reproductiva que actualmente forman parte de los sistemas de información de ambos organismos e identificar los vacíos, a efectos de visibilizarlos y generar acciones para que el Estado garantice la disponibilidad y el acceso a dicha información de manera actualizada y oportuna.
- c) Transversalizar el acceso a la información pública en la metodología de monitoreo e incidencia en materia de defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Este documento presenta los resultados del trabajo desarrollado y aporta una lectura crítica de los hallazgos con el propósito de ser una línea de base a partir de la cual encausar un diálogo con el Estado en torno a la necesidad de mejorar los sistemas de información y avanzar en una política de datos abiertos en materia de salud sexual y reproductiva que fortalezca los procesos de la elaboración de políticas públicas, y generar mayores condiciones para la transparencia, la rendición de cuentas y el monitoreo social sobre la gestión en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

## **Acerca de MYSU**

Mujer Y Salud en Uruguay (MYSU) es una organización feminista para la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de equidad de género y generaciones.

Desde su creación en 1996 implementa estrategias y actividades para dar seguimiento y monitoreo a las políticas públicas en salud y género en Uruguay, con especial foco en salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR). El cometido es identificar y analizar los avances, dificultades, vacíos y retos en el cumplimiento de los compromisos asumidos por el país en el marco del sistema internacional de Derechos Humanos, en materia de políticas de población, desarrollo, salud, derechos de las mujeres y justicia de género. Los hallazgos y evidencias obtenidas en los estudios de monitoreo son puestos a disposición de decisores políticos, organizaciones sociales, población usuaria y medios de comunicación, con la finalidad de que dicha información pueda ser utilizada como insumo para mejorar las responsabilidades de gobierno, así como para que la ciudadanía pueda ejercer de manera más adecuada sus derechos. El cometido es promover el uso de las evidencias científicas en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas.

El acceso a la información es uno de los sustentos de la tarea de monitoreo social y es un derecho fundamental de la ciudadanía por ello el esfuerzo también ha estado no sólo en la búsqueda de datos y la generación de conocimiento sino en desarrollar medios efectivos de poner la información a disposición de diversos públicos.

El **Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva** fue creado en el 2007 como herramienta político-técnica de monitoreo ciudadano con el propósito de identificar y analizar los sesgos en el diseño e implementación de políticas públicas según sexo, género, edad, raza/etnia, religión, orientación sexual, nivel socio-económico y discapacidad. Esto ha permitido determinar avances, retrocesos, vacíos y desafíos en la generación de las condiciones que permitan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Otro de los cometidos institucionales es la articulación con diversos actores para promover la exigibilidad ciudadana y el fortalecimiento de las organizaciones sociales. Se han desarrollado campañas públicas y movilizaciones sociales que impulsaron los cambios legales que ubicaron al país entre los de avanzada en la región y en el mundo. La campaña por la salud sexual y reproductiva, por el aborto legal, el matrimonio entre personas del mismo sexo, el cambio de sexo y género registral, el acceso a la fertilización asistida, el acompañamiento en el parto, por la no violencia contra las mujeres y de género y por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, son algunos de los logros conquistados a partir de la incidencia de los movimientos sociales.

La participación ciudadana en los asuntos del Estado es otra de las dimensiones de la calidad democrática de un país. Uruguay tiene una rica diversidad de organizaciones

sociales<sup>1</sup> de naturaleza distinta. Muchas de ellas involucradas en la implementación de políticas y servicios, otras dedicadas a la promoción de derechos y al control ciudadano. Se han generado distintos mecanismos de diálogo sociedad civil- Estado y MYSU participa en aquellos que competen a los rubros de su área de experticia. Se ha tenido participación en la elaboración del primer plan departamental de igualdad de oportunidades, en la década de los noventa, convocado por la Secretaría de la Mujer de la Intendencia Municipal de Montevideo. En el 2007 se nos convocó a participar del primer plan nacional de igualdad de oportunidades y derechos elaborado por el Instituto Nacional de las Mujeres (Ministerio de Desarrollo Social). MYSU integra la comisión nacional asesora en salud sexual y reproductiva (CNASSR) y la CONASIDA en el Ministerio de Salud y la de igualdad de género en el Ministerio de Relaciones Exteriores. Integramos las organizaciones que conforman la Red de Gobierno Abierto convocada por AGESIC. Hemos participado en las delegaciones oficiales ante el Sistema de Naciones para los procesos de revisión de las conferencias y convenciones de NNUU (Cairo, Beijing, CEDAW, CSW y CPD) desde 1999 hasta la actualidad.

MYSU ha contribuido a la elaboración de las plataformas de la sociedad civil como la Agenda de las Mujeres impulsada por CNSmujeres desde 1999 <sup>2</sup> y la [Plataforma Ciudadana por la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos](#), resultante de la 5ta Jornada por la Salud y los DSR co-organizada por MYSU con el departamento de género, equidad y diversidad del PIT-CNT<sup>3</sup>. Esta plataforma contiene un diagnóstico de situación en el campo de los DSR, así como una serie de recomendaciones y demandas para el quinquenio 2015-2019, con el propósito de fortalecer y avanzar sobre lo logrado.

MYSU con el apoyo y asesoramiento de CAINFO ha hecho uso del recurso de la ley de acceso a la información pública (AIP) con dos acciones de similar importancia. Por un lado se utilizó la ley para solicitar información ante el MSP y ante la Administración de los servicios de salud de estado (ASSE). El objetivo fue obtener datos para conocer el estado de situación de la SSR y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Las respuestas obtenidas a través del recurso dan cuenta de la necesidad de mejorar el sistema de información porque los datos disponibles no permiten

---

<sup>1</sup> EL mapeo realizado por el Instituto de Comunicación y Desarrollo releva 2.169 organizaciones en todo el país <http://www.mapeosociedadcivil.uy/organizaciones/>

<sup>2</sup> La Comisión Nacional de Seguimiento, mujeres por democracia equidad y ciudadanía (CNSmujeres) se constituyó a partir de la participación de las organizaciones sociales uruguayas en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (Beijing, 1995). Esa instancia se constituyó en la principal articulación de organizaciones de mujeres y feministas del país que comenzó a monitorear los compromisos asumidos en la Plataforma de Acción de dicha conferencia para el avance de los derechos de las mujeres. Desde 1999 ha elaborado la Agenda de las Mujeres documento de consenso con los avances, vacíos y dificultades en las políticas de igualdad convirtiéndose en la plataforma de reivindicaciones de las organizaciones de mujeres que se actualiza y presenta desde entonces en cada año electoral (1999, 2004, 2009, 2014).

<sup>3</sup> Desde 2012, dos veces por año MYSU junto con el PIT\_CNT co-organizan estas Jornadas en las que participan representantes de organizaciones que trabajan en VIH, trabajadoras sexuales, de la diversidad sexual, de jóvenes, de personas trans, de mujeres y de gremios y profesionales de la salud y la educación, de todo el país. Para las últimas elecciones nacionales desde la 5ta Jornada se acordó la Plataforma ciudadana por la salud y los DSR (2014) con demandas y acciones para los próximos cinco años. Esta información está disponible en [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)

evaluar el impacto de las políticas implementada ni el estado de situación de la salud de la población en este campo.

La otra línea de acción conjunta ha sido la difusión de la ley de AIP y su uso como herramienta de incidencia social. Con tal cometido CAINFO ha participado de las Jornadas Nacionales por la Salud y los DSR. Se organizó un taller específico en la 6ta. Jornada realizada en abril de 2015 en el cual las doscientas personas participantes en la actividad, pertenecientes a organizaciones sociales de todo el país, pudieron ejercitar solicitudes de información vinculadas a preocupaciones específicas en el campo de la salud, la educación y las políticas públicas en el campo de los DSR.

La comunicación en MYSU transversaliza todas sus líneas de trabajo con el propósito de democratizar la información y generar incidencia política. Se ha incursionado en el uso de las tecnologías de la información con el fin de mejorar los canales de contacto, intercambio y difusión de la información así como para la elaboración de los productos comunicacionales. La Plataforma Interactiva “Hacé click”, por ejemplo, contiene material para educación sexual útil para adolescentes, docentes y familias.<sup>4</sup> La aplicación “Sexualidapp”<sup>5</sup> contiene el mapa de todos los servicios públicos de salud sexual y reproductiva del país, información sobre métodos anticonceptivos, aborto, adolescentes, mecanismos de denuncia y de contacto para mayor información.

El trabajo de defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos se sustenta en la información, el monitoreo social, la comunicación y la incidencia política, como ejes de trabajo de MYSU y en la articulación con otros actores y movimientos sociales. Estos elementos han sido sustantivos en la ampliación de base social en esta agenda y en la gestación de los cambios obtenidos en este campo.

## **Estado de situación de la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay**

El campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) ha sido reconocido en los instrumentos internacionales del sistema de las Naciones Unidas, en particular por la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación hacia las mujeres (CEDAW, 1979)<sup>6</sup>, el Plan de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994) y sobre la Mujer (CMM; Beijing 1995), en sus procesos de revisión cada cinco años, en los objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y, recientemente, en la Conferencia regional de población y desarrollo que aprobó el Consenso de Montevideo<sup>7</sup> (CEPAL, 2014).

---

<sup>4</sup> <http://www.mysu.org.uy/hace-click/>

<sup>5</sup> Aplicación que se encuentra disponible gratuitamente en las tiendas para sistema ios y android

<sup>6</sup>Uruguay ratificó esta convención en el año 1981 a través de la ley 15.146 y aprobó el Protocolo Facultativo en el año 2001 a través de la ley 17.338.

<sup>7</sup>Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, ONU-CEPAL, celebrado del 12 al 15 de agosto del 2013, disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso\\_montevideo\\_pyd.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf)

El estado uruguayo ha sido signatario de todas estos compromisos adoptando la responsabilidad de generar las garantías y condiciones para que las personas puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva de forma libre, informada y sin injerencias ni violencias así como tener acceso a la información y a los servicios de educación y salud que le permitan ejercer dichos derechos, sin discriminaciones.

El desarrollo del paradigma de la SDR como DDHH en Uruguay fue un paso significativo impulsado por los movimientos de mujeres y feminista y de la diversidad sexual, que fue integrado progresivamente por el movimiento sindical y por un amplio espectro de organizaciones defensoras de DDHH. En el último decenio, el sistema político formal ha debido incorporar en sus debates el reclamo por el respeto y reconocimiento de “una nueva agenda de derechos” impulsada por estos movimientos sociales. El marco normativo alcanzado ahora debe transitar hacia la implementación correspondiente de políticas públicas, programas y servicios que aseguren las condiciones para el ejercicio de estos derechos, sin discriminaciones.

Desde la promulgación de la [Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva \(SSR\)](#) en 2008, donde se reconocen los DSR como DDHH, el gran cambio se produjo en el sistema de salud con la incorporación de los servicios de SSR en el SNIS. Además se produjeron una batería de leyes y reglamentaciones ampliando el reconocimiento e inclusión de los sujetos respetados en su ciudadanía sexual y reproductiva. En el período 2010-2014, la coyuntura política y social permitió la aprobación de leyes entre las que se destacan la [Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo \(IVE\)](#) y la [Ley N° 19.075 de Matrimonio Igualitario](#) como las más reconocidas, particularmente, en el escenario internacional.

Pero otras normativas también representan cambios significativos en la generación de reconocimiento y garantías para el ejercicio de los DSR. Estas son: la regulación del cambio sexo registral por identidad de género ([Ley N° 18.620](#) del 2009); el acceso y regulación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida ([Ley N° 19.167](#) del 2013), la extensión de licencias laborales de maternidad/paternidad y para el sector privado ([Ley N° 19.161](#)) y del Poder Ejecutivo ([Ley N° 19.121](#)) aprobadas en 2013.

Varias de las leyes promulgadas fueron reglamentadas con bastante celeridad y se implementaron los servicios que creaban, con efectividad dado que rápidamente fueron incorporados a los procesos de reforma institucional. Es el caso del [decreto N° 293/010](#) del Poder Ejecutivo de septiembre del 2010 que reglamentó la Ley del derecho a la salud sexual y reproductiva (18.426) y organizó la incorporación –por primera vez en la historia sanitaria del país- de los servicios de salud sexual y reproductiva en todas las instituciones de salud públicas y privadas del país, afiliadas al SNIS.

Los servicios creados deben asegurar el acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, reversibles e irreversibles. Deben dar tratamiento a las infecciones de transmisión sexual, trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen

reproductivo y prevenir la morbilidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Deben crear las condiciones para que el parto institucional sea humanizado, y promover la participación y el acompañamiento de parejas, u otras personas a elección de la mujer, en el momento del parto. También deben atender las situaciones de violencia física, psicológica y sexual desarrollando acciones de prevención y reducción de daños. Estos servicios se inscriben en el proceso de la reforma de salud donde se entiende que la salud es un derecho y se trabaja para universalizar el acceso a la atención integral y humanizada como medio de promoción del bienestar y calidad de vida de la población.

Desde el 2012, la aprobación de la Ley N° 18.987 de IVE y su reglamentación a través del [decreto N° 375/012](#) incorpora a los servicios de SSR la prestación del aborto legal. La inclusión de esta prestación en el SNIS, a través de equipos multidisciplinarios de atención directa, supone una nueva dimensión en la atención en SSR y en DSR. Sin embargo la ley no modificó el delito de aborto en el código penal sino que amplió la exención de la pena cuando la mujer que lo solicite cumpla con los requisitos administrativos estipulados por ley. Estos requisitos comprenden: la intervención de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la ginecología, la psicología y la asistencia social, que deben informar a la mujer sobre “(...) *las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.*” (Art. 3º). Luego de esta consulta la mujer deberá tener, por lo menos, cinco días de reflexión ante de acceder a la interrupción legal del embarazo. El plazo habilitado es de 12 semanas de gestación, que se extiende a 14 semanas cuando el embarazo es producto de una violación. No se establece plazo para la interrupción cuando exista una malformación fetal incompatible con la vida o cuando el embarazo ponga en riesgo la salud o la vida de la mujer. La ley limita el acceso a estos servicios a mujeres extranjeras con menos de un año de residencia en el país. Las menores de 18 años deberán tener el consentimiento de padres o tutores. La mujer declarada incapaz judicialmente requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente. El contenido de la ley, luego de la negociación legislativa, no reconoce el derecho pleno de las personas a decidir sino que opta por una visión tutelante y controladora del ejercicio de estos derechos.

En otra dimensión de los derechos, el reconocimiento del matrimonio entre personas del mismo sexo introdujo cambios al código civil que también incluyen la posibilidad de que las parejas homosexuales como heterosexuales elijan el orden de los apellidos de los hijos y el reconocimiento de la diversidad sexual y de los distintos modelos de familia. También se han registrado modificaciones a los criterios de adopción habilitando la posibilidad a las parejas del mismo sexo ([Ley N° 18.590](#)) con modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia. La aprobación del matrimonio entre personas del mismo sexo ha permitido que un importante número de parejas gay, lesbianas y de personas trans haya podido casarse y las familias que han constituido sean reconocidas formalmente con los mismos derechos y obligaciones.

Sin embargo, y a pesar que las situaciones de estigma y discriminación por orientación sexual e identidad de género, han tratado de ser combatidas a través de una serie de políticas que buscan promover la inclusión y la igualdad de oportunidades, la problemática continúa. El Ministerio de Desarrollo Social ha generado acciones afirmativas de inclusión laboral y de acceso a subsidios por situaciones de vulnerabilidad socio-económica y educativa de la población trans. El Ministerio de Salud Pública ha elaborado guías clínicas para la atención de los requerimientos específicos de esta población, fomentando algunas experiencias piloto para la atención en salud libre de homo y transfobia. Se han desarrollado cursos para el personal de salud<sup>8</sup>. El Programa de Educación Sexual del Sistema Educativo ha coordinado con diversos actores para incorporar materiales y guías didácticas que incluyen el abordaje de los derechos de la diversidad sexual en las acciones educativas<sup>9</sup>. El país obtuvo el apoyo del Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, para fortalecer las políticas de prevención en VIH dirigidas específicamente a los sectores más afectados como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas trans. El proyecto no alcanzó su segunda fase y se perdió un monto importante de dinero que hubiera permitido profundizar, particularmente, en las acciones iniciadas para fortalecer a las organizaciones de las personas directamente involucradas<sup>10 11</sup>.

La ampliación de la licencia por maternidad a catorce semanas para mujeres trabajadoras del sector privado es también un avance. El único inconveniente es que la modificación no equiparó a las del sector público que quedaron con trece semanas de licencia para ejercer el mismo derecho. Los varones, por su parte, han tenido una ampliación de la licencia por paternidad y progresivamente se irán incorporando más días para que puedan hacerse cargo del cuidado del recién nacido.

A estos esfuerzos en materia legal se suman otras políticas públicas y acciones implementadas por distintas instituciones del Estado como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el Programa de Educación Sexual (PES) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). El cometido común es el difundir, promover y reconocer derechos sexuales y reproductivos a través de guías, manuales, programas y capacitaciones a los recursos humanos incluidos en los equipos profesionales encargados de brindar os servicios. También ha habido actividades de

---

<sup>8</sup> Estas experiencias fueron desarrolladas por el colectivo Ovejas Negras a través de talleres de capacitación a equipos de salud y elaboración de material audiovisual.

<https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpxQY&list=TLh8M2sxeQNgQ>

<sup>9</sup> Entre esas experiencias está la plataforma interactiva “Hacé click para conocer sobre sexualidad”, desarrollada por MYSU en acuerdo con el PES y dirigida al personal docente, al estudiantado y las familias

<http://www.mysu.org.uy/haceclick/>; y la guía didáctica sobre Educación y diversidad elaborada por Ovejas Negras junto al MIDES y el PES, disponible en

[https://drive.google.com/file/d/0B3xksL\\_pufurME00ck41NVdsRVk/view](https://drive.google.com/file/d/0B3xksL_pufurME00ck41NVdsRVk/view)

<sup>10</sup> El proyecto del fondo mundial tuvo dos receptores principales: el MPS y la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) y su periodo de ejecución fue entre el 2012 y 2014.

<sup>11</sup> La conformación de UTRU, la UnionTrans del Uruguay fue uno de los resultados más positivos de este proyecto y la realización del primer encuentro nacional concluyó con una documento de reivindicaciones sumamente importante. <http://www.mysu.org.uy/Primer-Congreso-Nacional-de-353>

difusión hacia la población y algunas campañas informativas aunque éstas han sido esporádicas y los dispositivos de información son débiles y no bien articulados entre los operadores a cargo de llevarlas adelante.

Esta serie de cambios posicionan al Uruguay en un lugar destacado en relación a los otros países de la región, en especial teniendo en cuenta que hay realidades en donde la situación de la SSR es preocupante y donde se registran retrocesos en materia de reconocimiento de los derechos humanos, incluidos los DSR.

El Consenso de Montevideo<sup>12</sup>, incluye muchos de los cambios que Uruguay ha procesado y que procuró impulsar en la región a través de la Primera Conferencia Regional Sobre Población y Desarrollo desarrollada en 2013. El documento de acuerdo regional es de avanzada y logra lo que a nivel del sistema internacional de NNUU aún no se ha podido conseguir: el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como parte constitutiva de los derechos humanos y el respeto a la diversidad de orientaciones sexuales e identidad de género de las personas, entre otros asuntos de importancia en el campo de las políticas de población y desarrollo.

Si bien la libertad y autonomía sobre la vida sexual y las decisiones reproductivas, en particular de las mujeres, constituyen dimensiones del ejercicio pleno de la ciudadanía, se registran preocupantes situaciones de vulneración de derechos a nivel del país, de la región y del mundo. Las desigualdades entre hombres y mujeres se registran en todas las realidades y pueden evidenciarse de acuerdo a edad, etnia/raza, clase social, nivel educativo, orientación sexual e identidad de género. Las desigualdades por la inequidad y la subordinación de género permiten evidenciar una dimensión específica de la injusticia y el impacto diferenciado de la vulneración de los derechos económicos, políticos y culturales.

El nuevo marco legal en Uruguay, que ha sido el producto de un complejo trayecto de negociación política y de participación ciudadana, genera un nuevo contexto que desafía a responsables de la gestión pública y a quienes realizan incidencia social y política. Implementar servicios, universalizar su acceso, asegurar la calidad de las prestaciones y adecuar las respuestas a los requerimientos específicos de toda la población en materia de salud sexual y reproductiva, son algunos de estos desafíos. Por lo tanto el país necesitaría mejorar su capacidad para definir prioridades, organizar las instituciones del sistema, capacitar los recursos humanos, fortalecer la implementación de las políticas y la prestación de los servicios. También se debería desarrollar y robustecer el sistema de información para que las decisiones políticas sean informadas, la ciudadanía conocedora de sus derechos y las organizaciones sociales capaces de monitorear y desarrollar control ciudadano.

## **Información disponible y generación de conocimiento en SyDSR**

---

<sup>12</sup>Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, ONU-CEPAL, celebrado del 12 al 15 de agosto del 2013 en Uruguay, disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso\\_montevideo\\_pyd.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf)

Los estudios del Observatorio de MYSU realizados anualmente<sup>13</sup> ofrecen evidencias construidas con criterios de profesionalidad y autonomía que son de utilidad social, política y científica para actores con distintos roles en esta agenda. Decisores políticos, parlamentarios, investigadores, operadores judiciales, organizaciones sociales, profesionales de la salud y medios de comunicación son los públicos a los cuales se hace llegar la información producida. El [sitio web](#) del Observatorio contiene los resultados de estos estudios, los datos de fuentes oficiales con indicadores socio-demográficos y en diversos tópicos relativos a la salud sexual y reproductiva, así como el vínculo a estudios de otros estudios académicos. El trabajo del Observatorio fue reconocido en el año 2012 con el premio “Concha Colomer a Observatorios sobre Género y Salud”, otorgado por OPS-OMS entre más de 40 iniciativas de América Latina y El Caribe.

Los estudios del Observatorio se basan en tres criterios metodológicos:

- Recolección, sistematización y análisis de datos secundarios de acuerdo a la información disponible en organismos públicos, centros de investigación y organizaciones no gubernamentales que cuenten con datos pertinentes y consistentes en la materia.
- Generación de datos primarios con investigaciones sobre funcionamientos de los servicios y niveles de conocimiento y ejercicio de derechos por parte de la población. Incluye la realización de encuestas de opinión pública y encuesta de hogares.
- Creación, recolección y sistematización de indicadores cuanti y cualitativos que permitan monitorear programas y normativas sanitarias, legislación y mecanismos de coordinación intra-gubernamental y entre Estado y sociedad civil.

Desde la aprobación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la SSR y la Ley N° 18.987 de IVE el Observatorio está abocado al seguimiento y monitoreo de la implementación de los servicios en SSR e IVE incorporados al Sistema Nacional Integrado de Salud desde 2010 y 2013, respectivamente. A través de los distintos estudios realizados se han identificado nudos críticos y barreras para el acceso a los servicios y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR).<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Los estudios del Observatorio de MYSU están disponibles en informes publicados anualmente desde el año 2007 y disponibles en el sitio web [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)

<sup>14</sup> MYSU (2015) “Asegurar y Avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.” Monitoreo 2010-2014. Este informe recoge el relevamiento de leyes y decretos reglamentarios, el funcionamiento de los servicios de SSR incluidos los de interrupción voluntaria del embarazo, la percepción de mujeres y varones sobre la calidad y eficacia de estos servicios en función de sus necesidades, así como el funcionamiento de los mecanismos de participación de las organizaciones sociales en el proceso de instalación de estas políticas. Disponible en [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)

Hasta el momento, se han monitoreado los servicios de los departamentos de Salto<sup>15</sup>, Paysandú, Río Negro y Soriano<sup>16</sup> buscando relevar la calidad de las prestaciones en salud sexual y reproductiva en los distintos centros de salud, públicos y mutuales, así como las dificultades en las rutas de acceso a los mismos por parte de mujeres de dichos departamentos. Estos estudios revelaron numerosas dificultades en el funcionamiento de los servicios.

El alto porcentaje de ginecólogos/as que ha recurrido a la objeción de conciencia, es un obstáculo de acceso en muchas localidades estudiadas donde la totalidad de los profesionales son objetores. Las condiciones impuestas por ley para interrumpir el embarazo inhiben a las mujeres de recurrir a los servicios. La falta de información sobre estas prestaciones no colabora a universalizar el acceso a las mismas. El estigma asociado a la práctica, que recae tanto sobre las mujeres como sobre los/as profesionales que brindan la atención, es también un obstáculo a enfrentar.

La mayoría de los prestadores de estos departamentos no cuentan con equipos referenciales en SSR -tal y como está estipulado por ley<sup>17</sup>-, por lo que no existe un trabajo para asegurar la atención integral y transversal de la salud sexual y reproductiva a lo largo del sistema de salud. Tampoco están los mecanismos de contralor para garantizar que la atención sea de calidad y acorde a normas y guías clínicas establecidas. La falta de equipos referenciales, o la limitación de éstos a un rol meramente prestacional y de atención directa atenta contra ambas funciones, las de contralor y organización adecuada de los servicios.

La difusión y promoción de los servicios y del propio marco normativo no han sido los más adecuados, lo que genera una clara brecha entre la oferta creada y el uso de estos servicios por parte de mujeres y varones. Es así, que algunos estudios realizados por MYSU indican que *“apenas la mitad de las mujeres conocen la existencia de los marcos normativos que protegen y garantizan sus derechos, mientras que un tercio de ellas los desconoce y 15,6% responde no saber”*<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup>MYSU (2014) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2013-2014: [“Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto”](#). Montevideo, MYSU.

<sup>16</sup>Documento inédito. Primeros resultados disponibles en: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/folleto/estado-de-situacion-y-desafio-en-ssr-y-aborto-en-paysandu-rio-negro-y-soriano/>

<sup>17</sup>**Decreto Nº 293/010, reglamentario de Ley Nº 18.426, artículo Nº 3, literal f):** Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.  
*Artículo Nº 9, inciso 2:* Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar. El equipo de referencia podrá ser propio del prestador o por convenio con otros prestadores que actúen en el territorio. Por razones fundadas, vinculadas a la cantidad de población usuaria y características de la localidad en que preste servicios el prestador, el Ministerio de Salud Pública podrá autorizar excepcionalmente una integración distinta del equipo de referencia.

<sup>18</sup>MYSU (2013) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: [Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas](#). Montevideo: MYSU. p. 52.

A su vez, si se realiza un análisis por edad, nivel educativo, área de residencia y tipo de cobertura se encuentra que: “(...) *las adolescentes son las que menos conocen la existencia de leyes (32%), frente a las más añosas (54%). (...) se observan diferencias de casi veinte puntos porcentuales entre las mujeres con enseñanza primaria (44,5%), frente a las universitarias (63%). Las montevideanas reportan mayor conocimiento que las mujeres del interior, al igual que las que cuentan con cobertura mutual frente a las que se asisten en ASSE*”<sup>19</sup>.

En el caso de los varones, se registra algo similar donde “*poco más de la mitad (...) manifestó conocer los derechos sexuales y los derechos reproductivos (56%) y un porcentaje menor (36%) conoce los marcos normativos que los protegen*”. La relación entre edad y nivel educativo se corresponde una vez más, con mayor conocimiento a mayor edad y mayor nivel educativo. Los varones de entre 15 y 19 manifestaban conocer los DSR en un 28,05% frente al 51,66% de los de 35 a 49. En el caso de los menos educados este porcentaje asciende al 35,32% frente al 57,19% de los más educados<sup>20</sup>.

## **La DSR y el Acceso a la Información Pública.**

Los datos aportados por el Ministerio de Salud Pública sobre la situación de las prestaciones en SSR han sido deficitarios. Hay dificultades con la naturaleza de la información difundida y por la forma de hacerla pública. No es posible acceder a bases de datos que sustentan la información brindada por el MSP y la disponibilidad de los datos no es accesible. Por ejemplo, la cifra de 30% de profesionales de la ginecología objetores de conciencia brindada por las autoridades sanitarias al año de implementación de la ley de IVE, no tiene medios de verificación y difiere notoriamente con los hallazgos obtenidos por los estudios del Observatorio de MYSU donde se han identificado departamentos y localidades del interior con 100% de objetores.

También ha habido una creciente negativa de las autoridades ministeriales y de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) –prestador público de salud- a poner a disposición la información sobre los servicios creados en SSR y el resultado de su funcionamiento.

Con el objetivo de contar con un listado de indicadores y datos oficiales de la salud sexual y reproductiva del país, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU ha acudido a guías y protocolos de actuación del Ministerio de Salud Pública, páginas web de organismos del Estado, así como de publicaciones de instituciones rectoras en políticas en salud. Algunas de estas instituciones para el relevamiento de información han sido:

---

<sup>19</sup> *ibídem*.

<sup>20</sup> MYSU (2015)- “[Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos](#)”. Un análisis de resultados del estudio 2012-2013. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva - MYSU, Montevideo. pp. 56-57.

- MSP (Estadísticas Vitales, Informes Epidemiológicos de VIH/SIDA, Indicadores Básicos de Salud)
- INE (Uruguay en Cifras, Anuarios Estadísticos, Encuesta Nacional en VBBG)
- INMUJERES (Sistema de Información de Género (SIG), Estadísticas de Género)
- MI (Observatorio en Violencia y Criminalidad)
- Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) del BID (Estadísticas de Violencia Sexual)
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (Registro Nacional de Cáncer)
- OPS (Tratamiento Antirretroviral bajo la Lupa, 2013)

Por otra parte, en los relevamientos realizados por el Observatorio en los departamentos del litoral, se solicitaron datos como: número de profesionales de salud según disciplina, número de ginecólogos/as objetores/as sobre el total de ginecólogos/as, cantidad e integrantes de equipos en SSR, cantidad e integrantes de equipos IVE, número de IVE realizados hasta la fecha y/o promedio mensual, número de ligaduras tubarias realizadas, cantidad de DIUs colocados, relación parto/cesárea, porcentaje de acompañamiento en parto, cantidad de mujeres que se realizaron el estudio del PAP y número de mamografías, entre otros.

Sin embargo, hubo dificultades para obtener la información solicitada llegando a la negativa de brindarlas por parte de algunos prestadores. Los datos solicitados son información pública y debería ser accesible para cualquier ciudadano/a del país que lo solicitara. Tal y como lo reconoce la [Ley N° 18.381 de Derecho de Acceso a la Información Pública](#) el acceso a la información pública es un derecho ciudadano, *“sin discriminación por razón de nacionalidad o carácter del solicitante, y que se ejerce sin necesidad de justificar las razones por las que se solicita la información”* [Artículo N° 3, fragmento].

En marzo del 2015, con asesoramiento de CAINFO, se realizó una solicitud de información a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) Central y al Ministerio de Salud Pública (MSP), haciendo uso del recurso habilitado por la ley.

### **Respuesta del Ministerio de Salud Pública (MSP)**

En la petición al MSP<sup>21</sup> se solicitó información respecto a unos 69 ítems para el periodo 2010-2015. Se pidieron datos sobre natalidad y mortalidad; infertilidad; embarazo, parto y postparto; cáncer génito-mamario; acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva; aborto; e infecciones de transmisión sexual.

De los 69 indicadores solicitados solo 7<sup>22</sup> fueron brindados y de forma parcial. Con respecto al resto del pedido, el organismo respondió remitiendo a su sitio web y señaló que se encontraban disponibles algunos de los indicadores solicitados. Previo al pedido de información, MYSU ya había buscado, sin éxito, la información en el sitio web del MSP. A la

---

<sup>21</sup> Ver Anexo 1

<sup>22</sup> Ver Anexo 2

fecha, no todos los indicadores solicitados se encuentran disponibles por vía web, y muchos de los que sí se encuentran no están actualizados.

Por otra parte, el MSP afirmó en su respuesta a nuestra solicitud que uno de los lineamientos para este quinquenio es la elaboración de un “*potente Sistema de Información en Salud*” y que para ello “*se encuentra abocado a la reorganización de sus sistemas de información a efectos de hacer más accesible y oportuno el acceso a los datos*”. Debe entenderse que este argumento no es suficiente para hacer excepción a la respuesta, según lo previsto en la ley<sup>23</sup>. Pero, de todas formas, valoramos como muy positivo el reconocimiento del déficit por parte de las autoridades y la intención de subsanarlo con el desarrollo y mejoramiento del sistema de información.

Sin embargo, importa resaltar que el MSP no cumplió con lo estipulado por la ley de AIP en varios asuntos que son de vital importancia para el estado de situación de la población. Tal es el caso del indicador **Mortalidad Materna** del cual se recibió la razón de mortalidad materna para el 2013, siendo que se había solicitado para los últimos cinco años en número absoluto y en tasa, desglosada por año y departamento, según antecedentes obstétricos y según número de controles del embarazo.

Fue requerida también la **tasa de mortalidad infantil por sexo y por causa** del 2010 al 2015, desglosada por año y departamento, así como el número absoluto de muertes. No se obtuvo la respuesta sobre el número absoluto de muertes ni el desglose por departamento.

En cuanto a la **relación parto/cesárea** para el mismo período, desglosada por año y departamento, así como en número absoluto de partos y cesáreas, solo se respondió con el *índice de cesáreas*, en el *total del porcentaje de partos*, y el *total de los embarazos con bajo riesgo*, y la tasa según subsector del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Fue brindado el dato de prevalencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer y el de la tasa de mortalidad por cáncer de mama en el país en los últimos cinco años, pero no su desglose por departamento y sus números absolutos.

En cuanto a la distribución porcentual de recién nacidos VDRL+ (*VenerealDiseaseResearchLaboratory*) la información no registraba el departamento de ocurrencia del parto, entre los años 2010 – 2015 y su número absoluto tal como fue solicitado.

Respecto al ítem sobre anticoncepción se había solicitado la cantidad de partidas de anticonceptivos distribuidos en el país y se proporcionaron datos que refieren a la compra realizada por parte del MSP y el consumo anual promedio. La información, además de no ser la solicitada, resulta incompleta.

A su vez, el MSP brindó datos no solicitados y que no se inscriben dentro del interés del relevamiento de MYSU por constituir indicadores que exceden a la salud sexual y

---

<sup>23</sup> **Ley N° 18.381 de Derecho de Acceso a la Información Pública, Artículo 8º.** (*Excepciones a la información pública*): Las excepciones a la información pública serán de interpretación estricta y comprenderán aquellas definidas como secretas por la ley y las que se definan seguidamente como de carácter reservado y confidencial.

reproductiva. Tal es el caso de la Tasa Bruta de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en menores de 70 años, para el periodo 2009-2014.

Entre la información disponible en el MSP pero que no están actualizada se encuentra:

- Número de muertes maternas ([Estadísticas de mortalidad, MSP](#)).
- Número de muertes maternas por aborto inseguro ([Balance 1er año de implementación de Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Decreto 375/012 Reglamentación de la Ley de IVE, MSP, 2014](#)).
- Mortalidad infantil por causa (como parte de Mortalidad infantil por causa según momento) ([Estadísticas de mortalidad, MSP](#)).
- Porcentaje de partos realizados con personal especializado ([Indicadores Básicos de Salud, Uruguay 2013, MSP-OPS](#)).
- Número acumulado de casos de VIH y SIDA hasta la fecha (Inf. Epidemiológicos VIH/SIDA, MSP, [2010](#), [2011](#), [Diciembre 2012](#), [2013](#)).
- Número de casos de personas con VIH y personas con SIDA por sexo y tramos de edad (Inf. Epidemiológicos [Diciembre 2012](#) y [2013](#), datos transmitidos al INE y publicados en [Uruguay en Cifras, 2014](#)).
- Mortalidad por VIH (Inf. Epidemiológicos VIH/SIDA, MSP, [2010](#), [2011](#), [Diciembre 2012](#) y [2013](#)).
- Tasa de mortalidad por SIDA en el país por departamento ([Inf. Epidemiológico VIH/SIDA Diciembre 2012, MSP](#)).
- Inicios y adherencia al TARV por sexo (Encuesta Nacional de uso de ARV, Programa ITS-VIH, MSP, 2012. Información brindada a MYSU por Susana Cabrera del Programa ITS-VIH).
- Cantidad de pesquisas de violencia doméstica realizadas a mujeres mayores de 15 años en el país (a través de [Informe CEDAW, INMUJERES, 2014](#)).
- Porcentaje de situaciones de violencia doméstica detectadas en el centro de salud a través de la pesquisa ([Informe CEDAW, INMUJERES, 2014](#)).
- Tasa de mortalidad por cáncer de útero en el país del 2010 al 2015 ([Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Registro Nacional de Cáncer](#). Disponible hasta el 2012).
- Tasa de mortalidad por cáncer de ovario en el país del 2010 al 2015 ([Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Registro Nacional de Cáncer](#). Disponible hasta el 2012).
- Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en el país del 2010 ([Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Registro Nacional de Cáncer](#). Disponible hasta el 2012).

**Respuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)**

La solicitud de información realizada a ASSE<sup>24</sup> consistió en un total de 52 ítems en materia de salud sexual y reproductiva, para los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano, que a la fecha estaban siendo estudiados desde el Observatorio de MYSU<sup>25</sup>.

Se pidieron datos acerca del diseño institucional para la prestación de servicios; anticoncepción; ITS y VIH; diversidad sexual; violencia basada en género; aborto y atención en embarazo y parto.

MYSU, en su labor por monitorear los servicios de salud sexual y reproductiva, se encontró con barreras en algunos lugares. Notable resulta el caso del departamento de Soriano donde en una primera etapa resultó imposible acceder a cualquier tipo de información desde el prestador público de salud. Esta dificultad, sumada a las encontradas en otros departamentos con algunos datos (principalmente con IVE), motivaron la solicitud de la información a través del recurso de la ley AIP.

La respuesta obtenida<sup>26</sup> llegó mucho más tarde de los tiempos que estipula la ley y aunque fue considerablemente extensa, fue incompleta. La información más completa fue la que refiere aborto, embarazo y parto, y anticoncepción, mientras que datos sobre ITS y VIH, diversidad sexual o violencia basada en género no fueron brindados.

Este énfasis en los aspectos netamente reproductivos de la atención en SSR podría estar dando cuenta de dos problemas importantes. En primer lugar, resulta preocupante que no haya registros oficiales (o que éstos sean mínimos) en materia de ITS y VIH o violencia basada en género, cuestiones sensibles y que forman parte de las prioridades en materia de SSR establecidas por la propia Ley N° 18.426<sup>27</sup>. En segundo lugar, los registros disponibles (o que fueron brindados) se remiten a los aspectos netamente reproductivos de la SSR, lo que da cuenta del desfasaje entre el cambio de modelo de atención y la información que se colecta.

La información obtenida por el recurso de AIP no permite saber si los datos existen pero no se ponen a disposición de la población, si no existen o cuáles existen pero no están actualizados.

## Preocupaciones ante la información obtenida:

---

<sup>24</sup> Ver Anexo 3

<sup>25</sup> **Informe inédito:** Estado de Situación de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano, MYSU, 2015.

<sup>26</sup> Ver Anexo 4

<sup>27</sup> **Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la SSR, Artículo 3º.** (Objetivos específicos), incisos h) y k): Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;

k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual.

## **Índice de Cesáreas.**

### **MSP**

El dato brindado por el Ministerio es preocupante ya que supera ampliamente los porcentajes esperables estimados por OPS-OMS. Mientras el dato oficial establece que un 43.8% de los partos termina en cesárea y que el 16.9% de las cesáreas es en embarazos de bajo riesgo, la OPS-OMS estima que solo el 15% de los partos deberían ser mediante cesárea.

La brecha que separa el porcentaje recomendado por los organismos internacionales y el que se registra en el caso uruguayo no hace sino cuestionar si existen partos que podrían haber sido naturales y terminan en cesárea. Debe tenerse en consideración el hecho de que la cesárea es un acto médico en Uruguay, por el que los profesionales de la ginecología reciben una remuneración aparte de su salario habitual.

### **ASSE**

Dentro de la información recibida, se encuentra el *total de partos naturales y por cesárea* de los años 2013-2014, por mes según departamento, región y unidad para Paysandú, Río Negro y Soriano.

Paysandú registra un total de 615 partos naturales para el 2013 y 648 partos naturales el 2014 contra 259 partos por cesárea en 2013 y 308 en 2014. Río Negro, por su parte, tiene un registro de 337 partos naturales en 2013 y 358 partos naturales en 2014 contra 170 partos por cesárea en 2013 y 172 en 2014. Soriano tiene un total 351 partos naturales en 2013 y 311 partos naturales en 2014 contra 130 partos por cesárea en 2013 y 146 en 2014.

Si se analizan los datos antes mencionados, se encuentra que para Paysandú el porcentaje de cesáreas en el total de partos en ASSE es de alrededor del 42% en 2013 y del 47,5% en 2014. En el caso de Río Negro (debe tenerse en consideración que en Young se encuentra instalado un Centro de Atención en Parto Humanizado) este porcentaje asciende al 50% en 2013 y 48% en 2014. Finalmente, para el caso de Soriano la cifra es de un 37% en 2013 y un 47% para el año 2014. Al contrastar estos datos con el porcentaje nacional de cesáreas en el total de partos, es posible vislumbrar que aun con variaciones, la realidad de los departamentos no se aleja demasiado de la nacional.

Es alarmante la aparente falta de control sobre esta situación por parte del ente rector en salud. MYSU entiende que si se cuenta con estos datos, corresponde tomar medidas para contrarrestar la tendencia de mantenimiento y hasta aumento del porcentaje de cesáreas. Estas cuestiones ponen en debate las condiciones reales para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres para tomar decisiones sobre número y espaciamiento de los hijos a tener, así como sobre las prácticas asociadas al parto y al trato humanizado

## **Número de abortos realizados y registrados por mes**

### **ASSE**

Respecto al número de abortos, el estudio de litoral relevó que hasta el 31 de julio de 2014 se habían realizado un total de 169 abortos, lo que estaría dando un promedio de ocho abortos legales por mes. Si se hace el mismo cálculo para dicho periodo, según la información oficial, el resultado es de 140. Existiría una diferencia entre el registro oficial de ASSE y la información brindada por las autoridades y profesionales locales en las entrevistas realizadas para el estudio realizado por MYSU.

De acuerdo a la información obtenida durante el relevamiento el promedio de realización de abortos en Río Negro es de aproximadamente treinta y cinco por mes, oscilando entre unos treinta y cuarenta según los/as profesionales. De acuerdo a los datos oficiales, el total de abortos para el año 2014 es de 242, lo que da un promedio de unos veinte por mes. Este número es notoriamente inferior a la estimación que encontrara MSYU durante el relevamiento. Para el año 2013, con un registro de 168 abortos realizados, la diferencia se agranda aún más.

## MSP

Sólo está disponible la información presentada por el viceministro de Salud en febrero de 2014 que está en formato power point y que no habilita el acceso a base de datos. En reunión mantenida con las autoridades de la nueva administración asumida en febrero de 2015, no es claro quien colecta los datos de aborto legal dentro del MSP y por lo tanto esa información no está disponible, lo que particularmente impide conocer la incidencia del aborto legal en el sector privado.

### **Objeción de conciencia**

Según región y departamento se encuentran algunas inconsistencias respecto a la información brindada por ASSE y lo relevado por MYSU en los departamentos de Río Negro, Paysandú y Soriano.

La respuesta a la solicitud de información enviada por ASSE informa que cuenta con cuatro ginecólogos en la RAP Río Negro, de los cuales ninguno es objetor de conciencia (lo cual se corresponde con lo relevado), pero además menciona la presencia de cuatro ginecólogos, todos objetores, en el Centro Auxiliar Young. A pesar de que esta información refuerza la idea de que todos los objetores y no-objetores se concentran en ciudades diferentes, la información oficial incluye a un ginecólogo extra del cual no se informó a MYSU durante el relevamiento.

Desde ASSE Paysandú se informa que diez de los doce ginecólogos son objetores de conciencia, mientras que la información desde ASSE central indica la presencia de nueve ginecólogos, de los cuales son objetores un total de ocho.

En el caso de Soriano, el 100% de los profesionales de ginecología presentes en su capital, Mercedes, han hecho objeción de conciencia. Según lo relevado, se cuenta con un total de cinco profesionales de la ginecología. Si bien el porcentaje de objetores se mantiene en la información obtenida por ASSE central, nuevamente, el número de ginecólogos es de 3 con

Importa resaltar que más allá de las inconsistencias con el número de profesionales (tanto objetores como no objetores), la cantidad de profesionales objetores de conciencia resulta alarmante. La barrera que la objeción de conciencia supone para el correcto ejercicio de los derechos de las mujeres en el acceso a la prestación de IVE, es de considerar ya que está generando situaciones de vulneración de derechos y sobrecarga del sistema. Siendo pocos/as profesionales quienes están a cargo de brindar la prestación no extrañaría que los servicios pudieran llegar a colapsar. Hay profesionales que se sienten agotados por la sobrecarga al hacer la tarea que otros se niegan a hacer y por el estigma al que están expuestos por ser los profesionales que realizan IVE.

La falta de un control riguroso por parte de las autoridades rectoras y por las instituciones de salud sobre las razones para la objeción de conciencia, es alarmante y preocupante. Del relevamiento realizado se pudo dar cuenta que algunos profesionales no objetan por razones religiosas y filosóficas sino por otros asuntos que no son, estrictamente, motivos para recurrir a la excepción establecida por la ley. No estar de acuerdo con la norma, o no sentirse capacitado para escuchar y asesorar a las mujeres sobre otras alternativas al aborto, o el hecho de que participar de estos servicios les quita tiempo para otras prestaciones que sí tienen compensación económica, son algunas de las manifestaciones esgrimidas por profesionales que han hecho objeción para brindar el servicio.

Hasta agosto del presente año el excusarse de cumplir con la ley sólo implicaba la manifestación verbal ante la institución que trabajan por lo tanto no se contaba con registros por escrito donde se exprese claramente las razones que impidan realizar el servicio de aborto. Las propias autoridades de salud desconocen el número real de profesionales objetores en todo el país, lo que además les impide controlar que éstos se excusen de dar la atención en un subsistema y lo brinden en el otro o en su práctica particular. Tampoco las usuarias de los servicios cuentan con esta información para evitar recurrir a estos profesionales cuando se enfrentan a un embarazo no deseado.

Esta situación se ha visto agravada, por el fallo del Tribunal de lo Contencioso-Administrativo cuya resolución fue comunicada en agosto del 2015, ante la demanda de veinte profesionales de la ginecología que recusaron artículos del decreto reglamentario de la ley, esgrimiendo que atentaban contra el ejercicio de la libertad de conciencia. El fallo dio lugar a que sean anulados aquellos artículos del decreto que intentaban implementar los servicios en base a la situación real de las instituciones en función de los recursos humanos disponibles que la ley estipula que deben intervenir. El TCA, además, no sólo dio lugar al recurso para la veintena de profesionales demandantes sino que estipuló que la decisión abarca a todo el cuerpo médico de la ginecología del país. El MSP está analizando las medidas que deberán asumirse para cumplir con la ley al mismo tiempo que establecer las garantías que respalden a las usuarias que requieren de esta atención como a los profesionales que la brindan. Una de las primeras medidas del Ministerio fue solicitar a cada prestador del país el listado de médicos objetores de conciencia y el registro por escrito de objeción, información que aún se encuentra en proceso de sistematización.

## **Conclusiones**

## **Sobre el estado de la salud sexual y reproductiva.**

El avance legislativo de los últimos años significó que el Estado asuma jurídicamente la responsabilidad de reconocer y respetar los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, promoviendo las condiciones necesarias para su ejercicio.

Sin embargo, la implementación de las leyes aprobadas se vio en algunos casos obstaculizada debido a diversos factores, entre los que se encuentra el carácter reglamentarista de los textos legislativos. Un ejemplo es la dificultad de implementación de los servicios IVE debido al alto porcentaje de ginecólogos/as objetores de conciencia, siendo estos especialistas los únicos que pueden prescribir la medicación para inducir abortos, según lo estipulado por ley. Esto supone una barrera al acceso del servicio para aquellas mujeres que residen en localidades donde la disponibilidad de profesionales no objetores es reducida o que alcanza el 100% (como son los casos de Salto, Young y Mercedes). Estas dificultades territoriales se ven potenciadas en los casos de mujeres residentes en el medio rural, ciudades pequeñas o alejadas de las capitales departamentales. Deben trasladarse desde sus lugares de origen hasta la localidad donde sí se brinda el servicio, implicando algunas veces varios viajes para poder cumplir con todas las consultas determinadas por la ley. A su vez, el requisito de que la usuaria deba pasar por todas esas instancias supone un obstáculo no sólo para las que viven alejadas del servicio sino también para aquellas trabajadoras que pierden varias jornadas laborales para poder asistir, y con ello el presentismo en su lugar de trabajo. Por otra parte, las mujeres migrantes con menos de un año de residencia en el país no tienen derecho a los servicios y para las menores de 18 años o las mujeres con incapacidad severa debe mediar la autorización de padres o responsables legales.

En las entrevistas a mujeres del litoral del país los relatos de violencia obstétrica son frecuentes, lo cual resulta preocupante ya que refleja formas de relacionamiento donde el abuso de poder y la violencia son ejercidas por parte de profesionales de la salud en diversas situaciones (embarazo, parto, puerperio, aborto o consulta ginecológica). Una de sus formas es el no respeto a la autonomía de la mujer de decidir sobre su salud y su cuerpo. En este marco se inscriben prácticas como los partos deshumanizados o el incentivar cesáreas innecesarias. Esto se ve reflejado en el nivel de cesáreas del país, que llega a ser más de la mitad de los partos en muchos centros asistenciales, particularmente del subsector privado, superando largamente los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

La atención de los servicios de salud en situaciones de violencia hacia las mujeres, sexual o de género es insuficiente. Se debería contar con un protocolo de atención en casos de violencia sexual y mejorar la articulación interinstitucional para brindar una respuesta más sólida. A su vez, es necesario promocionar estos servicios ya que la población no los considera como lugares de referencia en atención. Sucede lo mismo con el asesoramiento y distribución de anticonceptivos. Un alto porcentaje de usuarias y usuarios recurren a farmacias o comercios para la obtención de métodos, no considerando a los centros de salud como referentes.

Con la implementación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo se utilizaron los equipos creados por la ley de defensa de salud sexual y reproductiva para brindar atención directa en aborto, corriendo el riesgo de reducir su intervención a esta prestación y dejando de lado su rol de equipo coordinador y referente. Esto implica que no existe un equipo encargado de la transversalización de la salud sexual y reproductiva en las prestaciones de salud, y no puede garantizarse un abordaje integral a las demandas en salud de las usuarias y usuarios. Se debe contar con equipos referenciales en salud sexual y reproductiva en todos los prestadores tal como lo determina la ley para que puedan cumplir con dicha tarea.

El trabajo con varones en el campo de su salud sexual y reproductiva es escaso. El traspaso del modelo materno-infantil al de salud sexual y reproductiva trató de transformar el abordaje que se realizaba en salud hacia la mujer pero no incorporó como usuarios a los varones, por lo cual no se promueve que esta población acuda a los servicios. El estudio de MYSU sobre sus necesidades en salud sexual y reproductiva da cuenta de datos alarmantes, como que la mayoría de los encuestados nunca asistió a una consulta por temas vinculados a su vida sexual o reproductiva, tanto porque manifiestan no haber sentido la necesidad de hacerlo, porque no lo consideran un asunto de varones, o hasta algunos que manifestaron no conocer servicios que realicen este tipo de atención. Se hace fundamental la promoción y difusión de los derechos sexuales y reproductivos para varones y los servicios existentes.

Otro tanto sucede con las necesidades específicas de las personas de la comunidad LGTTBI. Las demandas de la población trans en salud no han resultado en acciones que mejoren los servicios. La discriminación y el estigma sobre esta población continúa siendo un tema a trabajar con los funcionarios de salud, tanto por situaciones de vulneración de derechos como por representar una barrera para que acudan a los servicios. El no llamar por el apellido o por el nombre de acuerdo a la identidad de género, el asumir que ser trans es sinónimo de trabajador/a sexual y/o que se vive con VIH, o no querer realizar algunas tareas de atención con esta población, son solo algunas de las situaciones con las que se enfrentan cotidianamente las y los trans.

Si bien han existido esfuerzos institucionales y de organizaciones sociales para incorporar las demandas de la diversidad sexual en la prestación de servicios de salud, resta mucho aun para lograr una atención inclusiva, integral, sin discriminaciones y de calidad. Lo mismo sucede con las personas que realizan trabajo sexual que demandan ser atendidas en todas sus necesidades en salud, más allá del control periódico de ITS al que están obligadas/os para ejercer la prostitución en forma legal-

Este panorama presenta los principales desafíos a superar luego de lo conquistado en materia de legislación en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La revisión de aquellas leyes que presenten límites o barreras para el ejercicio pleno de derechos debe ser una de las tareas primordiales. Los derechos sexuales y reproductivos deben ser "legitimados, promovidos y respetados social, cultural, legal y políticamente asegurándose desde el Estado la igualdad de condiciones para que toda persona pueda desarrollar sus capacidades y vivir con libertad y autonomía sin sufrir violencia ni

discriminación por edad, sexo, clase social, condición, orientación e identidad sexual o de género” (MYSU 2014: 39). Se hace necesario contar con mecanismos de control y evaluación de la implementación de estas políticas y donde la sociedad civil organizada debe ser partícipe. Para ello, el acceso a información pública sobre los servicios de salud, sus prestaciones e indicadores nacionales son sumamente necesarios como insumos de incidencia en dichos espacios.

### **Sobre el acceso a la información sobre SSR:**

En lo que concierne al acceso a la información sobre SSR identificamos numerosas dificultades. La información brindada por ASSE difiere de la relevada por sus dependencias locales, dando cuenta de graves problemas de sistematización de la información. En otros casos, la información no se ha generado o sistematizado, representando un obstáculo no solo para el monitoreo ciudadano sino también para conocer el estado de la población en esta dimensión de la salud y la toma decisiones informadas por parte de las autoridades rectoras de las políticas de salud, en general, y de la salud sexual y reproductiva en particular. Un eficiente sistema de registro de indicadores permite valorar cómo se está llevando a cabo la política pública y los resultados obtenidos a partir de ésta, por lo cual resulta una herramienta fundamental a la hora de planificar, implementar y evaluar.

Como ya se mencionó, cuando realizábamos el monitoreo de los servicios de SSR y aborto en Paysandú, Río Negro y Soriano nos enfrentamos a situaciones en las cuales la información existía pero no fue posible acceder a ella. No fue sino hasta la utilización de la Ley N° 18.381 de Derecho de Acceso a la Información Pública que se nos brindaron algunos de los datos requeridos.

De todas formas existieron numerosos incumplimientos por parte de las instituciones públicas a lo determinado por la ley de AIP que da cuenta del camino que queda por transitar hacia un real acceso de información pública por parte de la ciudadanía.

Los plazos de respuesta, tanto de ASSE como del MSP se extendieron en relación a los estipulados por la norma. Ninguna de las instituciones cumplió con un pedido formal de prórroga, sino simplemente dilataron los tiempos para brindar la información y fue necesario insistir reiteradamente para que la entregaran. Frente a este tipo de situaciones las instituciones deberían explicitar las razones de la demora y realizar un pedido formal de prórroga tal y como lo establece la ley.

A su vez, la calidad de las respuestas obtenidas es baja dado que la información fue incompleta e insuficiente. No sólo no se brindó toda la información disponible sino que, además, no se especificó la información que no se disponía o la que pudiera ser de carácter confidencial.

La respuesta brindada por el MSP fue particularmente insuficiente e inadecuada. No respondió en base a lo solicitado, envió información que tenía disponible independiente que correspondiera o no con el pedido, y no brindó explicaciones de la información faltante. Si bien demostró tener disponibilidad de generar espacios de diálogo con las organizaciones que realizamos la solicitud y expresó que había dificultades en la institución para relevar y

sistematizar los datos solicitados, no se ajustó al cumplimiento de lo establecido por la ley de acceso a la información.

En el caso de ASSE, las demoras se debieron aparentemente a los trámites burocráticos, a la sobrecarga de tareas de los responsables de elaborar la respuesta y –de acuerdo a lo expresado verbalmente- a la falta de personal requerido para cumplir con estas solicitudes, en tiempo y forma.

Buena parte de la información solicitada, a su vez, no se encuentra actualmente disponible en los sitios web de ambas instituciones. Por lo tanto, el esfuerzo y el tiempo destinado de los funcionarios o responsables de responder a lo solicitado no redundaron en contribuir a la actualización y mejora de la difusión de información para que ésta quede accesible a todas las organizaciones o personas que pudieran tener interés en ella.

Si no se optimizan los mecanismos de rendición de cuentas y se generan los medios más efectivos y eficientes para cumplir con el acceso y transparencia de la información, se requerirá –una y otra vez- del tiempo de los recursos humanos destinado constantemente a responder solicitudes, en lugar de mejorar los medios para facilitar el acceso a los datos. A su vez, se recomienda que la información solicitada sea respondida en un formato reusable (puede considerarse el formato digital para ello), ya que la utilización de las bases de datos, por parte de quien solicita, es uno de los fundamentos posibles de solicitarlos. Particularmente cuando es con fines de investigación o monitoreo. Por lo expuesto, resulta necesario que los organismos públicos avancen en una política de transparencia activa y de datos abiertos.

Si la información es pública y el acceso a ella es un derecho, asegurar la mayor facilidad y multiplicidad de vías de acceso a ésta resultaría lo más conveniente.

Uno de los principales desafíos a superar por parte de las instituciones es completar la información sobre campos de la salud donde actualmente se encuentran vacíos.

En el caso de ASSE es particularmente preocupante la ausencia de información (o la no disposición a brindarla) sobre ITS y VIH, diversidad sexual, violencia basada en género y cáncer gínico mamario y esto supone diversas dificultades para evaluar cómo funciona el servicio y las posibilidades de mejorarlo. Conocer las dependencias donde se realizan los test de detección de ITS, qué mecanismos existen para garantizar la privacidad y confidencialidad sobre los resultados así como la cantidad y tipos de campañas sobre este tema, resulta fundamental para identificar las rutas de acceso al diagnóstico, remediar situaciones de vulneración de derechos y difundir información sobre las ITS y los servicios existentes.

Sobre diversidad sexual, no se cuenta con información referida a los tratamientos de hormonización y reasignación de sexo, ni tampoco las acciones tendientes a mejorar el trabajo de los centros de salud con respecto a la población LGTB. Disponer de esta información supone identificar si la demanda de necesidades en salud para la población trans está cubierta, y si se están desarrollando acciones para mejorar la atención a gays, lesbianas y trans por parte de los funcionarios médicos y no médicos.

De la atención de violencia basada en género es imprescindible contar con los datos sobre equipos de atención existentes, como se detectan casos, cuántos son y en que consiste la atención. Sin estos datos es imposible difundir el servicio –tan poco conocido por las usuarias- y mejorar la atención de la prestación.

Por otra parte, los datos vinculados a atención de cáncer génito mamario nos permite conocer la cobertura de las prestaciones así como la calidad de la detección. Es por tanto necesario llenar los vacíos de información con respecto a la cantidad de mujeres que se realizaron el PAP y mamografías, el listado de centros donde se realizan estos exámenes, y la antigüedad y frecuencia de calibrado de los mamógrafos.

La ausencia de información sobre indicadores y datos de salud sexual y reproductiva por parte del Ministerio de Salud Pública resulta alarmante. Es preciso disponer de más información con respecto a las tasas de mortalidad materna siendo que la gran mayoría de los casos son evitables.

Frente a la nueva implementación de la Ley N°19.167 de Técnicas de Reproducción Humana Asistida el conocer la prevalencia de infertilidad en mujeres del país resulta de suma importancia para conocer la demanda de la prestación, dato no disponible hasta la fecha.

Si bien el MSP cuenta con indicadores de embarazo, parto y posparto, resta información referida a porcentaje de partos atendidos por profesional especializado, siendo este uno de los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud para describir la situación de la salud reproductiva de un país. El único dato disponible en este sentido es el porcentaje de 99,5%<sup>28</sup> de parto institucional, pero no se encuentra el registro en números absolutos ni desglosado por variables como subsistema de salud, departamento y año.

Tampoco es realizado el relevamiento de aquellas prácticas que dan cuenta de una atención humanizada en el parto. Porcentaje de partos con acompañamiento así como porcentaje de prácticas no recomendadas durante el parto son indicadores que dan cuenta de la calidad de la atención y la vulneración de derechos durante el parto.

También es menester contar con información actualizada sobre cáncer génito mamario sobre todo el porcentaje de hombres y mujeres con este tipo de cáncer, la tasa de mortalidad por cada tipo y la cantidad de mamógrafos existentes en el país. Los datos sobre controles y exámenes de detección son necesarios si se quiere contar con un panorama de la utilización de los servicios de detección de cáncer. Estos serían: proporción de varones que se han realizado control de próstata y de mujeres que se han realizado PAP y examen de mama.

Sobre diversidad sexual se debe contar con la información respecto a número de personas en tratamiento hormonal y de cirugías de reasignación de sexo, así como de número de

---

<sup>28</sup> Disponible en

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/OPS%20INDICADORES%202013.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/OPS%20INDICADORES%202013.pdf)

centros de salud capacitados para prestar servicios libre de homolebotransfobia, por las mismas razones que se plantearon para el caso de ASSE.

En el tema de aborto, el MSP presenta anualmente unos cuadros con una serie de datos básicos en torno a los servicios IVE de todo el país. Aún resta contar con los números absolutos de abortos a nivel nacional por subsistema de salud, localidad y otras variables de corte, y el porcentaje de objetores de conciencia. Resulta imposible monitorear y evaluar la implementación de un nuevo servicio y las dificultades a su acceso si no se cuenta con esta información.

En lo que respecta a VIH y ITS es necesario actualizar la información existente y contar con los datos según variables como sexo, edad y localidad. Indicadores tales como número de personas con VIH, número de personas con Sida, porcentaje de personas que reciben TARV, que tienen acceso a pruebas de Carga Viral y recuento de CD4 según estas variables resulta fundamental para conocer la situación diferenciada. A esto debe agregarse la falta de datos que vinculan la violencia hacia las mujeres con VIH. Hace falta la construcción de datos tales como: número de mujeres y niñas con VIH como consecuencia de una violación; número de mujeres que adquirieron VIH en situaciones de emergencia, y cantidad de partidas de kits de actuación en caso de violación. Los datos existentes sobre sífilis y otras ITS es casi nulo y de necesario registro.

El Ministerio de Salud Pública también debería contar con la información de partidas de anticonceptivos distribuidas en el país, por tipo de anticonceptivo, prestador y departamento, para conocer como distribuye los insumos con los que cuenta entre los distintos centros de salud del país. Además debería tener el dato sobre prevalencia en el uso de métodos de acuerdo a edad de la persona.

Por último y para los casos de violencia, resultaría efectivo conocer cómo se conforman los servicios, su funcionamiento y que mujeres acuden a los mismo, para ello es preciso contar con: cantidad de equipos de referencia en violencia doméstica, porcentaje de situaciones de violencia doméstica en el centro de salud a través de la pesquisa, cantidad de derivaciones a los equipos de referencia, número de situaciones de violencia detectadas en el centro de salud en mujeres, embarazadas y discapacitadas, y número de procesos judiciales iniciados a partir de una detección.

La política de transparentar la gestión requiere aún de un fuerte esfuerzo para generar estos datos, sistematizarlos y difundirlos, así como mejorar la política de comunicación sobre derechos y responsabilidades de la población en base al cuerpo de leyes promulgadas, particularmente en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos donde el país ha avanzado en estos últimos años.