

Investigación a cargo a **Lilián Abracinskas** y **Alejandra López Gómez**,
con la colaboración de **Leonel Briozzo** y **Bremen de Mucio**
en los capítulos “Mortalidad Materna “ y “Aborto”.

PROYECTO DAWN
REFORMAS DEL SECTOR SALUD,
MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay un escenario cambiante

© MYSU (MUJER Y SALUD EN URUGUAY)

Diseño: MACA
Impresión: Rosgal
Depósito Legal:

MYSU (MUJER Y SALUD EN URUGUAY)
San José 1436, 11200 Montevideo - Uruguay
tel-fax: (598-2) 901 8782
mysu@adinet.com.uy
www.mysu.org.uy

Montevideo, Junio de 2004

LILIAN ABRACINSKAS
ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ

MYSU
MUJER Y SALUD EN URUGUAY

INDICE

PRESENTACIÓN	9
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS Y SU POBLACION	11
Situación actual	12
Composición étnica y racial	12
Esperanza de vida al nacer por sexo	12
Tendencias sociodemográficas	13
Contexto político, económico y social	16
Pobreza e inequidad	18
Educación	19
Empleo	21
Participación política de las mujeres	23
Indicadores generales de Salud.	25
Salud Sexual y Reproductiva	26
Métodos anticonceptivos	26
VIH - SIDA	28
Cáncer genito-mamario	30
Control de embarazo y atención del parto	32
Derechos sexuales y reproductivos	33
Políticas en salud sexual y reproductiva pre y post Cairo.	35
Vínculo entre políticas en salud sexual y reproductiva y estrategias de reducción de pobreza.	39
SISTEMA DE SALUD Y PROCESOS DE REFORMAS	45
Sistema de salud	45
Descripción	45
Financiación	53
Recursos Humanos	57
Legislación y normas	58
Procesos de reformas	61
Características	61

Actores involucrados	67
Debate público	69
MORTALIDAD MATERNA	77
Indicadores nacionales	77
Principales causas	81
Políticas de reducción de mortalidad materna	84
Políticas de mortalidad materna y aborto	85
Atención post- aborto	87
ABORTO	93
Marco legal vigente	93
Estimaciones	96
Iniciativas políticas para un cambio legislativo	98
Debate público y actores involucrados	99
Estrategias desarrolladas desde las organizaciones de mujeres	104
Papel de los actores contra el Proyecto de Ley	106
Escenarios futuros	107
A MODO DE CONCLUSIONES	113
ANEXOS	
1: Normativa de atención sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.	119
2: Guías clínicas de las normas sanitarias: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.	129
3: Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la sepsis obstétrica.	137
4: Curso de capacitación: "Aborto Inseguro: orientaciones para la atención pre y post."	145
5: Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva.	149

6: Intervenciones de las organizaciones sociales ante las Comisiones de salud del Parlamento Nacional.	155
7: Cartas recibidas desde EEUU en el Parlamento uruguayo.	169
8: Declaración de la Universidad de la República.	175
9: declaración del Sindicato Médico del Uruguay.	177
10: Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; Comisión intergubernamental del MERCOSUR.	181

PRESENTACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en el marco del Programa 2002-2004 sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de la red DAWN (Development Alternatives for Women for a New Era)¹. En América Latina fueron cinco países en los que se realizaron los estudios de caso: Argentina, Bolivia, Brasil, México y Uruguay. Su objetivo es contribuir a la definición y desarrollo de una agenda de investigación que permita comparar el estado de situación de la mortalidad materna, el aborto y las reformas de salud, en la región.

En Uruguay dicho estudio fue realizado desde MYSU (Mujer Y Salud en Uruguay)², instancia de articulación de organizaciones y personas para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Estuvo a cargo de Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez con la colaboración de Bremen de Mucio y Leonel Briozzo en los capítulos sobre Mortalidad Materna y Aborto. La ejecución del mismo fue entre los meses de marzo 2003 a mayo 2004 y para su elaboración se utilizaron fuentes primarias y secundarias: estadísticas nacionales, investigaciones, análisis de documentos públicos, encuestas de opinión y documentación de interés para el objeto del estudio.

Su realización implicó, por un lado, el desafío de relevar y analizar de manera articulada la realidad del sistema de salud, la mortalidad materna y el aborto en Uruguay. Por otro, identificar el recorrido histórico de las políticas públicas en salud, con sus luces y sombras, frente a los desafíos que presenta la salud reproductiva en el país y sus perspectivas de futuro. Coincidió, temporalmente, con uno de los procesos de debate público y político sobre aborto y derechos

sexuales y reproductivos más relevante de los últimos años, en el país, lo que complejizó y enriqueció su elaboración.

En tanto feministas pertenecientes a las organizaciones involucradas en este importante debate, el estudio nos brindó la posibilidad de generar y sistematizar insumos en tanto herramientas útiles para una intervención profesional y calificada en el campo de la conquista de los derechos humanos de las personas, en general, y de las mujeres, en particular.

Uruguay mira al siglo XXI con la imperiosa necesidad de resolver, de forma integral, los importantes problemas que afectan a su población, en el contexto de los desafíos que enfrenta la región. Las agendas políticas y sociales deben hoy, más que nunca, tener la capacidad de articularse para potenciar sus acciones en el proceso de construir sociedades más justas, equitativas y solidarias.

Esperamos que esta publicación sea un aporte para quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en el campo de las políticas públicas; para quienes definen las agendas de investigación y para quienes, desde la sociedad civil, tienen el rol de dar seguimiento y evaluar la gestión política y los retos planteados en este terreno.

*Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez
Montevideo, junio 2004.*

1 DAWN es una red global de académicas feministas y activistas del Sur que, desde 1984, trabajan por la justicia económica, de género y el desarrollo democrático y sostenible.

2. La coordinación de MYSU está integrada por personas pertenecientes a: Cotidiano Mujer, Casa de la Mujer de la Unión, Mujer Ahora y la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología - Universidad de la República.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS Y SU POBLACIÓN

La esperanza de vida al nacer es de 74.75 años. Tasa bruta de natalidad, 15.86. Tasa bruta de mortalidad, 9.40. Tasa global de fecundidad: 2.4. La tasa anual media de crecimiento total de la población es de 5,8 por mil.

El PBI per capita en el 2002 se ubicó en USD 2.887. La tasa de desempleo se ubica en 17 para el 2003. Tasa de analfabetismo de 3.1 para el total de la población.

Uruguay es un país democrático con un estado laico. Sistema presidencialista, con un gobierno nacional y 19 gobiernos departamentales. Sistema bicameral: Cámara de Senadores (31 miembros) y Cámara de Diputados (99 miembros).

La población total del país se calcula para el año 2002 en 3.360.000 habitantes, fundamentalmente urbana (92 %). La capital Montevideo, concentra el 42 % de la población total, 1.237.000 habitantes.

SITUACIÓN ACTUAL

POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO DE 2004, POR SEXO Y POR GRANDES GRUPOS DE EDADES.

Grupos de edades	Población			Distribución porcentual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	3,399,438	1,645,225	1,754,213	100.0	100.0	100.0
0- 4	264,761	134,625	130,136	7.8	8.2	7.4
5-9	279,342	142,240	137,102	8.2	8.6	7.8
10-14	272,945	139,191	133,754	8.0	8.5	7.6
15-19	269,166	136,698	132,468	7.9	8.3	7.6
20-24	262,774	132,925	129,849	7.7	8.1	7.4
25-29	245,210	122,830	122,380	7.2	7.5	7.0
30-34	230,065	114,301	115,764	6.8	6.9	6.6
35-39	224,393	110,513	113,880	6.6	6.7	6.5
40-44	216,409	105,616	110,793	6.4	6.4	6.3
45-49	198,703	96,489	102,214	5.8	5.9	5.8
50-54	179,670	86,509	93,161	5.3	5.3	5.3
55-59	160,855	76,323	84,532	4.7	4.6	4.8
60-64	142,447	66,001	76,446	4.2	4.0	4.4
65-69	130,403	58,071	72,332	3.8	3.5	4.1
70-74	118,488	49,812	68,676	3.5	3.0	3.9
75-79	94,644	37,085	57,559	2.8	2.3	3.3
80-84	59,471	21,250	38,221	1.7	1.3	2.2
85-89	31,344	9,833	21,511	.9	.6	1.2
90-94	13,036	3,600	9,436	.4	.2	.5
95+	5,312	1,313	3,999	.2	.1	.2
Grupos especiales						
0-14	817,048	416,056	400,992	24.0	25.3	22.9
15-64	2,129,692	1,048,205	1,081,487	62.6	63.7	61.7
65+	452,698	180,964	271,734	13.3	11.0	15.5
14+	2,636,431	1,256,635	1,379,796	77.6	76.4	78.7

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la Población Total por Sexo y Edad 1996 - 2010.

Uruguay, según la tipología elaborada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE – CEPAL) (1992) para América Latina, se ubica entre los países del grupo IV, que incluye a aquellos de transición avanzada cuyas características principales son natalidad y mortalidad moderada o baja, con un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Este grupo incluye a Argentina, Chile y Cuba siendo básicamente Argentina y Uruguay los países que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un período largo y que por lo tanto tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de los países desarrollados (BID/CEPAL/CELADE, 1996)¹.

En cuanto a la distribución espacial de la población, la misma es **altamente urbanizada** (92.4 %), y se concentra en un 42 % en la capital del país, Montevideo. En la población urbana el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres (52.2 % a 47.8 %, respectivamente), situación que se invierte a nivel de la población rural (43.8 % de mujeres en relación a 56.2 % de hombres).

Composición étnica y racial

La sociedad uruguaya es de descendencia principalmente de inmigrantes españoles, italianos y otros europeos. Investigaciones históricas y genéticas recientes tienden a demostrar que una parte importante de la población también tiene ascendencia indoamericana. La población afro-uruguaya se calcula en el 10 % del total de habitantes del país. La lengua principal hablada es el español, y en la frontera con Brasil se ubican influencias de idioma portugués en territorio uruguayo.

Esperanza de vida al nacer por sexo

Según la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida al nacimiento para el año 2001 se ubicó en 74.75 años para el total de la población, siendo de 78.79 años para las mujeres y 70.85 años para los hombres. Las mujeres alcanzan una longevidad de 8 años promediales más que los hombres, lo que no se traduce necesariamente en una mejor calidad de vida durante la vejez para las mujeres.

Tendencias socio-demográficas.

El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió exhibir ya en la primera década del siglo XX, niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a las de los países industrializados. Uruguay redujo la natalidad en un 60%, entre 1900 y 1940. Este fenómeno tuvo la característica de ser lento y continuo, para alcanzar en 50 años un nivel bajo de fecundidad (Tasa Global de Fecundidad: 2.4). Como consecuencia el país tiene una estructura de población envejecida y un bajo crecimiento vegetativo.

Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina, asimilable a los países desarrollados: la mitad de la población tiene más de 31 años, el 13% tiene más de 65 años y hay 2 menores de 15 años por cada persona de 65 años y más.

Según el Informe de ERT – ICD - FESUR sobre Mujer y Seguridad Social² en el Uruguay (2003): *“el envejecimiento de la población es un desafío político y es previsible. La mayoría de las personas mayores son mujeres; la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres; la mayoría de las personas mayores con problemas de salud son mujeres; la mayoría de las personas vulnerables son mujeres, y la mayoría de las personas mayores solas son mujeres.”*

Según Varela y Paredes (2001) *“En términos globales, en las últimas 4 décadas³ la tasa global de fecundidad se mantiene prácticamente sin cambios y el reemplazo de la población continúa siendo apenas un tanto superior al necesario para evitar el descenso de la población⁴.”⁵*

De acuerdo a las tasas específicas de fecundidad por edad y a la estructura de la fecundidad en el país, Varela y Paredes sostienen que a lo largo de los cuatro períodos censales se pueden destacar tres cuestiones:

1. las adolescentes incrementan de forma sostenida su aporte a la fecundidad total (10 a 14 años y 15 a 19),
2. las jóvenes lo disminuyen, (la pérdida mayor es para las mujeres entre 20 y 24 años) y,
3. las mujeres adultas (30 a 34 años) tienden a aumentarlo levemente.

Tasas específicas de fecundidad por edad (por mil)				
Total País – años censales				
	1963	1975	1985	1996
10 a 14	1,09	1,20	1,19	1,80
15 a 19	53,08	65,69	58,50	70,57
20 a 24	153,53	159,44	131,21	122,30
25 a 29	155,67	157,79	135,72	129,43
30 a 34	109,61	109,80	96,09	97,39
35 a 39	60,63	62,25	54,00	52,22
40 a 44	21,51	19,83	16,90	15,61
45 y más	4,73	2,92	1,49	1,04
TGF	2,80	2,90	2,50	2,50

Fuente: Estadísticas Vitales y Censos de Población,
Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Estructura de la fecundidad – Total País años censales				
	1963	1975	1985	1996
10 a 14	0,19	0,21	0,24	0,37
15 a 19	9,48	11,35	11,82	14,39
20 a 24	27,42	27,54	26,50	24,94
25 a 29	27,81	27,26	27,41	26,39
30 a 34	19,58	18,97	19,41	19,86
35 a 39	10,83	10,75	10,91	10,65
40 a 44	3,84	3,43	3,41	3,18
45 y mas	0,84	0,50	0,30	0,21
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Estadísticas Vitales y Censos de Población,
Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales – Udelar

La fecundidad global (TGF) en el país, desde mediados del siglo XX a la actualidad, si bien mantiene el promedio de hijos, cambian las tasas específicas de fecundidad en los distintos grupos de edad. Es decir que estaría cambiando el momento en que las mujeres uruguayas tienen sus hijos durante su ciclo de vida fértil. Estos momentos aparecen vinculados con la adolescencia y la edad adulta revelando modificaciones en las pautas de comportamiento reproductivo.

La tasa global por departamento en el país tiene una variación que oscila entre 2.3 y 3.1 hijos por mujer siendo los departamentos que se localizan al sur del río Negro los que presentan los valores más bajos. La población del norte del país tiene una fecundidad más elevada, fenómeno que ya se visualizaba en el Atlas demográfico realizado en base a los datos del Censo de Población de 1985 por el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Pellegrino et. Al, 1995).

“El rango de variación que presenta la fecundidad adolescente es bastante mayor que la observada en la tasa global de fecundidad. Florida aparece con el valor más bajo (59.29 hijos cada mil mujeres) y Artigas con el más elevado (122.06 hijos cada mil mujeres). La dimensión que adquiere el fenómeno es relevante, si se tiene en cuenta que el promedio de la fecundidad adolescente para América Latina es de 80 hijos cada mil mujeres. Sólo seis de los diecinueve departamentos en Uruguay tienen un promedio menor.” (Paredes, M., Varela, C., 2001)

Merece especial atención el incremento de embarazos y partos en mujeres adolescentes y pertenecientes a los sectores más pobres. Esta situación deja de manifiesto que las políticas dirigidas a la población adolescente y juvenil en salud sexual y reproductiva – las cuales son de muy reciente data en el país – surgieron como respuesta al agravamiento de esta problemática y no como una política de reconocimiento de derechos y de promoción en el ejercicio de los mismos.

Contexto político, económico y social

Uruguay es un país que conformó durante la primera mitad del S XX, un fuerte sistema democrático representativo con políticas sociales de avanzada en la región. El Estado uruguayo está constituido por tres poderes: Legislativo (bicameral: cámara de diputados y cámara de senadores), el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial (independiente del gobierno). Desde su conformación como

Tasa de Fecundidad Adolescente (por mil) – Tasa Global de Fecundidad – Uruguay –1996.		
	Tasa Fecundidad Adolescente	Tasa Global de Fecundidad
Montevideo	61,61	2,3
Artigas	112,06	3,2
Canelones	67,81	2,3
Cerro Largo	98,51	3,1
Colonia	66,65	2,5
Durazno	89,53	3,0
Flores	77,56	2,6
Florida	59,29	2,7
Lavalleja	74,19	2,5
Maldonado	88,50	2,8
Paysandú	95,09	3,2
Río Negro	108,85	3,0
Rivera	103,77	3,1
Rocha	86,25	2,7
Salto	103,15	3,3
San José	86,67	2,5
Soriano	96,74	3,2
Tacuarembó	95,60	3,1
Treinta y Tres	90,73	2,8

Fuente: Estadísticas Vitales y Censos de Población, Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales

Estado independiente en el año 1825 y, desde su primera constitución en el año 1830, el país sufrió dos períodos de dictaduras militares; la primera de ellas entre los años 1934 y 1938 a través del golpe del General Duvimioso Terra, y posteriormente la de los años 1973 y 1985.

Desde el fin de la última dictadura militar, el país se vio enfrentado al desafío de reconstruir y profundizar la democracia y fortalecer un aparato productivo desvastado durante los años del gobierno militar. Sin duda, también formó y forma parte de la agenda, el esclarecimiento de los hechos acontecidos durante ese período de violación a los derechos humanos.

A partir de 1985, las transformaciones económicas de corte neoliberal, presentaron en Uruguay características propias. Una pauta gradualista y amortiguadora en la implementación de reformas estructurales hizo que, hasta fines de los años 90, sus efectos negativos no alcanzaran la dimensión que caracterizó a sus pares en la región. Macropolíticas económicas que estuvieron además mediatizadas, por la participación ciudadana (ejercicio de la democracia directa mediante “referendum”). Lo que en parte explica, tanto aquel gradualismo, como la no privatización de empresas públicas y el mantenimiento de la inversión en el gasto social. Esos rasgos del proceso de reconversión productiva, junto con el control de la inflación y un moderado crecimiento del PBI, a partir de 1986, permitieron que Uruguay presentara Índices de Desarrollo Humano (IDH) altamente favorables para la región hasta el año 2000. (Abracinskas, Dufau, Filgueira, López Gómez, Rostagnol, 2003)⁶

Ello no impidió que las vulnerabilidades y problemas que acompañaron ese proceso (estancamiento productivo y recesión) se empezaran a manifestar con crudeza, particularmente, luego del importante impacto sufrido por la economía uruguaya a raíz de la crisis brasileña y la posterior crisis argentina (período 2000-2002).

Pobreza e inequidad.

Según el Informe de Desarrollo Humano en el Uruguay – 2001 (PNUD) se establece que: “El indicador de uso más extendido en el ámbito internacional corresponde a la medición de la pobreza a partir de la definición de un valor (o línea) que separa los hogares pobres del resto. Al año 2000 la línea de pobreza arroja un valor de USD 216 por persona por mes para Montevideo, y USD 134 para el interior urbano. En el año 2000 el 16.4 % de los hogares (25.2 % de las personas) en el país urbano percibía un ingreso per cápita inferior a los valores mencionados (...) registrándose un importante incremento de hogares y de personas en situación de pobreza.(...) Cabe resaltar la composición de la población menos favorecida, que pone de manifiesto la sobre representación infantil. Casi el 50 % de niños y niñas entre 0 y 4 años pertenecen a hogares bajo la línea de pobreza en el país urbano. El porcentaje resulta levemente superior al 50 % para Montevideo.”⁷

En el Informe presentado en el año 2003, en la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Representantes, el Soc. Renato Opertti⁸, afirma: “La pobreza está más acentuada en las edades de 0 a 5 años; inclusive, las últimas mediciones hechas en

el país -que corresponden al 2002- indican un valor por encima del 50% en las edades de 0 a 5 años. En las edades de 6 a 11 años la pobreza baja un poco, disminuye más en la franja de 12 a 14 años y comienza a haber una línea descendente a partir de los 18 años (...) los datos tienen que ver con la forma en que se mida la línea de pobreza. El fenómeno que parece importante señalar en primer lugar es el cambio de magnitud, que significa que la pobreza pasa de ser un quinto o un tercio a ser casi una media. Históricamente, la pobreza infantil en el Uruguay ha estado entre el 20% y el 25%, según se tome en cuenta el índice de necesidades básicas o el índice de línea de pobreza. El segundo aspecto que parece importante marcar tiene que ver con el surgimiento de un sector dentro de los pobres que Uruguay históricamente no había tenido; la población indigente. Cuando se comparaban las estimaciones de indigencia en el Uruguay con las cifras de nivel internacional, según datos de CEPAL, la indigencia en el país estaba en valores de 1%, 1,5% o cero con algo. Se habla de indigencia cuando el ingreso del hogar dividido por el número de integrantes no logra satisfacer ni siquiera el mínimo de una canasta básica alimentaria, es decir que no logra satisfacer ni siquiera las necesidades alimentarias básicas. Según se tome una línea u otra, en el 2002 la indigencia en el Uruguay estaría entre el 3% y el 6% en la población de 0 a 18 años. La indigencia tiene también un fuerte componente etario; llega a valores del 7% u 8% en la población entre 0 y 5 años.” (Opertti, 2003)

El mencionado autor refiere que “El perfil del indigente en el Uruguay es un hogar con 6 o 7 integrantes, fundamentalmente con mujeres jefas de hogar que no han alcanzado más que el nivel primario, que tienen 2 o 3 niños en sus casas y, generalmente, con problemas laborales, porque están en situación de precariedad laboral o no están trabajando. (...)según datos del 2002, en el Uruguay, **una de cada dos mujeres jefas de hogar en las edades activas, con niños de 0 a 5 años, son pobres.** Esto quiere decir que, indudablemente, **la pobreza está más concentrada en los hogares con mujeres jefas con hijos.** Entonces, **a los fenómenos de infantilización de la pobreza y del surgimiento de la indigencia agregamos el de la feminización de la pobreza, que tiene dos elementos asociados: las madres jefas de hogar con hijos y las madres adolescentes.**”

Educación

La tasa de analfabetismo adulto (población de 15 años y más) según el último Censo de Población de año 1996, se ubicó en 3.2, siendo de 2.7 para las mujeres y de 3.8 para los hombres.

El promedio general de años de estudio aprobados por la población de 12 años y más, excluyendo la enseñanza preescolar, es de 8 años. El desafío que tiene el sistema educativo nacional es la retención de la matrícula estudiantil, especialmente en el nivel secundario.

La universalización y obligatoriedad de la educación inicial pública a partir de los 4 años - introducidas en el año 1996 - ha constituido un avance en la cobertura educativa del país brindada por el Estado nacional.

El acceso de las niñas y las adolescentes a la educación se produjo a comienzos del siglo XX, y los niveles de alfabetización no presentan indicadores de discriminación por sexo.

En los últimos 20 años, la educación en el Uruguay se ha expandido fuertemente. En 1985 –año de retorno a la democracia- en la educación pública (educación inicial, primaria, media secundaria, media técnica y formación de profesores y maestros) habían 547.000 alumnos; en el 2003 hubo 741.000. Uno de los fenómenos que explica el crecimiento de población en la educación es la escolarización en la educación inicial. Uruguay pasa de tener 40.000 alumnos en educación inicial en 1995, a tener 90.000 en el 2003. De esos casi 50.000 nuevos alumnos, la mitad pertenece al quintil de más bajos ingresos. La expansión de la educación inicial, provocó que ingresaran a la educación integrantes de una cantidad de familias que antes no tenían educación hasta la primaria. La proporción de jóvenes que no estudian, no trabajan ni buscan trabajo es del orden del 10%, porcentaje que no ha variado en los últimos años. En las edades ubicadas entre los doce y quince años, hay 12.000 jóvenes que no estudian ni trabajan; los cuales se distribuyen en 6.000 hombres y 6.000 mujeres. Pero, en las edades ubicadas entre los dieciséis a diecinueve años, de los 18.000 que no estudian, no trabajan ni buscan trabajo, 12.000 son mujeres. Es decir que **el fenómeno del abandono de la educación asociado al no trabajo, particularmente penaliza más a las mujeres adolescentes que a los hombres adolescentes, aún cuando las mujeres tienen un mejor desempeño que los hombres en el sistema educativo.** (Operti, 2003)

Empleo

Porcentaje de mujeres ocupadas en cada tipo de ocupación. Año 2001				
Tipo de ocupación				
Total	Personal Directivo	Profesionales y técnicos	Personal Administrativo 1/	Vendedores y Trabajadores manuales 2/
43.2	37.8	52.5	59.9	38.1

1/ Empleados de oficina
2/ Incluye trabajadores de los Servicios . Vendedores y Fuerzas Armadas.
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Porcentaje de mujeres ocupadas en cada categoría de ocupación. Año 2001				
Categoría de ocupación				
Total	Empleadores 1/	Asalariados	Cuenta Propia	Trabajador no remunerado
43.2	37.8	46.1	36.2	75.3

1/ Incluye Miembros de Cooperativas de Producción.
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Tasa de desempleo por grupos de edad según sexo. Año 2001						
Sexo	Grupos de edad					
	Total	14 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años
Total	15.3	34.3	14.2	9.9	8.6	8.5
Mujer	19.7	41.7	18.9	15.3	11.5	10.4
Hombre	11.5	28.7	10.2	4.8	6.1	7.3

Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Tasa de desempleo por años de estudio según sexo. Año 2001						
Sexo	Años de estudio					
	Total	0 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12	13 y más
Total	15.3	11.4	15.4	18.5	15.7	11.6
Mujer	19.7	16.2	21.6	25.8	11.5	13.3
Hombre	11.5	8.9	11.1	13.6	6.1	9.3

Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Distribución porcentual de la población desocupada por grupos de edad según sexo. Año 2001						
Sexo	Grupos de edad					
	Total	14 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años
Total	100.0	44.9	20.7	14.9	15.1	4.3
Mujer	100.0	40.2	21.5	18.9	16.0	3.4
Hombre	100.0	51.8	19.6	9.0	13.9	5.7

Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

El desempleo y la desocupación se han incrementado sensiblemente en el país a partir del año 2000 y, fundamentalmente, este proceso se aceleró en el año 2002 con la crisis económica y financiera que afectó a la región y que generó, a nivel nacional, la profundización de la crisis social y económica. Estimaciones oficiales ubican el desempleo en el 16 % de la población. Otras estimaciones señalan que el 46 % de la fuerza de trabajo está constituida por trabajadores desalentados, desocupados, precarios y subempleados. Para el 2001 se calculaba que el 58,4 % de la población económicamente activa tenía problemas de empleo. El Instituto Nacional de Estadística estimó la tasa global de desempleo para el trimestre setiembre-noviembre de 2002 en 19, 8.

Según el informe Mujer y Seguridad Social en el Uruguay (ERT – ICD – FESUR, 2003), los problemas de empleo (desocupación, precariedad, informalidad y subempleo) han registrado un crecimiento constante en la última década (en especial desempleo y subempleo), y en particular perjudican más a las mujeres en el mercado de trabajo y en la seguridad social.

El mencionado informe señala también que “los trabajadores dependientes, indebidamente transformados en empresas unipersonales, son un fenómeno creciente en el sector privado y en el público”.

Y finalmente agrega que “el crecimiento económico que se registró durante la década del 90, si bien impulsó cierto aumento en el empleo femenino, no impulsó cambios muy fuertes en la división del trabajo entre mujeres y hombres. (...) Las mujeres pertenecientes a los estratos más bajos tienen dificultades para incorporarse a la fuerza de trabajo. Las razones se vinculan tanto a la carencia de medios para ceder las responsabilidades domésticas y el cuidado de los hijos a terceros como al hecho de que los roles de género y las responsabilidades domésticas adscriptas a las mujeres, por diversos motivos, se encuentran fuertemente instaladas.”

Participación Política de las Mujeres

Uruguay se ha caracterizado por ser un país que la literatura política ha clasificado como un caso “exitoso” de democracia por su altísima participación electoral. Se extendió el sufragio masculino en 1916 y se habilitó el voto femenino en 1932. Se lo considera un país con una representación política efectiva vehiculizada a través del sistema de partidos y con un control de la ciudadanía a los ejercicios de gobierno.

En cuanto a las mediciones de cultura política, Uruguay continúa siendo el país más democrático de América Latina (Moreira, Johnson, 2003) en función de la percepción y valoración que hacen los ciudadanos de la democracia y las instituciones políticas (Latinobarómetros 1996-2002). Tiene una tradición republicana que supuso la incorporación de una serie de mecanismos destinados a favorecer e incrementar la participación ciudadana en la vida política. El voto obligatorio y la consulta popular (plebiscitos y referéndum) son mecanismos específicos del sistema uruguayo que no sólo existen sino que se cumplen y utilizan, lo que indica el alto involucramiento de los y las ciudadanos/as en la vida política del país y la existencia de una sociedad fuertemente organizada.

Siguiendo a Moreira y Johnson, estas autoras identifican que: “El reconocimiento de los derechos sociales en la Constitución también forma parte de esta tradición republicana y se incorpora a una cierta “cultura uruguayo” que es lo que se ha dado en llamar el “igualitarismo uruguayo”, o dicho de otra manera, la intolerancia que los uruguayos han manifestado siempre a la desigualdad.”⁹

Sin embargo, la participación de las mujeres en la vida política es sorprendentemente baja y no se corresponde con la historia de un país pionero en la integración política y social de las mujeres.

El ritmo y los niveles de incorporación de las mujeres a los cargos electivos y no electivos del sistema político uruguayo es retardado y llamativamente bajo. De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano del PNUD, 2002, Uruguay ocupa el lugar 40 en el Índice de Desarrollo Humano, el 37 en el de Desigualdad de Género, el lugar 36 en el Índice de Potenciación de Género (que mide la participación de las mujeres en la toma de decisiones) y un 11,5% de escaños ocupados por mujeres en las Cámaras Legislativas, le da el lugar 53 en el ranking mundial.

Como resultados de datos comparativos, Uruguay tendría una posición en materia de Desigualdad de Género muy buena (Moreira, Johnson, 2002) compartiendo el lugar 37 junto con los primeros países de más alto desarrollo humano del mundo. Sin embargo, esa igualdad relativa de género no se condice con la desigualdad política que hace que Uruguay baje hasta el puesto 53 en el ranking político por baja representación de las mujeres en los cargos legislativos.

En las últimas elecciones un total de 15 mujeres ingresaron al Parlamento, representando el 11,5% del total de parlamentarios. Este porcentaje ubica al Uruguay por debajo de 10 países de América Latina, muchos de los cuales carecen de una trayectoria democrática y sistemas políticos menos consolidados. De acuerdo a las analistas políticas, el factor decisivo de estas tasas femeninas tan bajas se debe a que las mujeres ocupan lugares muy bajos en las listas electorales porque los procedimientos para la confección de las listas son no formales, poco transparentes y estandarizados. El otro factor determinante refiere a cuestiones culturales.

“A nivel de la sociedad uruguaya las encuestas de opinión pública muestran que las normas culturales no relegan a las mujeres exclusivamente a la esfera doméstica, ni implican una división de trabajo completamente rígida; tampoco se rechaza en principio el valor que pueda tener no sólo una mayor participación sino un protagonismo político de las mujeres –en una encuesta de 1995 un 64% estuvo de acuerdo con que no vendría mal una mujer como presidenta. Sin embargo, se les sigue asignando a las mujeres una mayor responsabilidad por las actividades relacionadas con la reproducción social.

Y, el histórico dominio del mundo de la política por parte de los hombres hace, primero, que el liderazgo siga siendo fuertemente codificado con signos de masculinidad y, que el funcionamiento diario de la política esté estructurado según normas y valores masculinos y organizado en base al supuesto que los actores son hombres sin responsabilidades domésticas.”¹⁰

Este déficit de la democracia uruguaya se ha identificado como un problema político que requeriría de respuestas políticas. Desde 1985 los dirigentes hombres han manifestado que sería importante que más mujeres estuvieran en política, sin embargo, se han desarrollado pocas acciones institucionales que fomenten y apoyen la mayor representación de mujeres en lugares de decisión y representación política. Las acciones afirmativas logradas fueron resultado de las iniciativas de las propias mujeres políticas o de organizaciones sociales de mujeres o feministas.

Un proyecto de ley de cuotas se debatió durante el año 2003 en Cámara de Representantes y fueron sorprendentes las resistencias registradas por parte de legisladores y legisladoras. Muchos argumentos que se oponían a la aprobación sostenían que el cargo obtenido por cuota era de “menor calidad” por no ser obtenido por “méritos propios”. Este proyecto fue aprobado en Cámara de Diputados en ese mismo año pero con restricciones y se encuentra en Comisión de la Cámara de Senadores.

Indicadores generales de Salud

La mortalidad por causas ha mostrado, a lo largo del siglo XX, cambios estrechamente ligados a las medidas y acciones puestas en práctica en el área de la salud tanto pública como privada; a los adelantos del conocimiento científico y de la ciencia médica, al desarrollo económico y social del país.

La transición epidemiológica se caracterizó por el desplazamiento de la presencia y letalidad de enfermedades infecciosas y agudas hacia una situación en que prevalecen enfermedades crónicas y degenerativas. Hacia principios de siglo XX, en lo que respecta a las enfermedades infecciosas y parasitarias, las muertes por enfermedades epidémicas se habían reducido en el periodo 1882-1907 en un 60%. Exceptuando la viruela, la disminución del resto de esas enfermedades (fiebre tifoidea, sarampión, difteria, etc.) antecede a la aplicación de técnicas de prevención y curación. Con la aparición de los antibióticos, las

enfermedades infecciosas se redujeron drásticamente, con lo cual aumentó la vida media así como las enfermedades cardiovasculares pasaron al ser el principal riesgo de muerte. Hacia fines de la década de los '40 la incidencia de la tuberculosis pulmonar como causa de muerte comienza a disminuir. El descenso pronunciado que se observa a partir del año 1948 coincide con la salida a la calle de los Dispensarios Móviles de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Estos llevaron una campaña de prevención y profilaxis extendida a todo el territorio nacional, que se sostuvo hasta el año 1964. Sin embargo, esta enfermedad no desapareció y su incidencia tiende a ser mayor en la población de edad avanzada. (Instituto Nacional de Estadística, 2002).

Las muertes por enfermedades del aparato cardiocirculatorio constituyen, desde la segunda mitad del siglo XX, el primer lugar entre las causas de muerte en el Uruguay. Su tasa de mortalidad presenta una tendencia creciente que se acentúa notablemente a partir de 1950. En el período siguiente (1989-2000) la tendencia se revierte, descendiendo un 18%. En el año 2000 se registran 308 muertes cada 100.000 habitantes y su peso en el total de las defunciones representa el 33%. Las investigaciones respecto a estas enfermedades, ponen énfasis en el estudio de los factores de riesgo relacionados con la alimentación, el sedentarismo y los hábitos sociales (tabaco y alcohol).

En cuanto a la **mortalidad infantil** (TMI) las tasas se ubicaron en el año 2001 para el total del país, en 14 por 1.000, siendo de un 12 por 1.000 en niñas y de un 15.5 en varones, según División Estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP). La tasa de mortalidad en la niñez (TMM5) por 1.000, se ubicó en un total de 16.3, siendo de 14.4 en niñas y de 17.7 en varones para el mismo año. El carácter promedial de estos indicadores no explicita las diferencias importantes que se registran en los distintos departamentos. Al igual que con las tasas de fecundidad en adolescentes, en el caso de la mortalidad infantil, hay notables diferencias si se observa el país comparativamente al norte o al sur del Río Negro.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Métodos Anticonceptivos

Uruguay no ha participado de las iniciativas internacionales de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y de Prevalencia en el uso de Métodos

Anticonceptivos. La última Encuesta Nacional de Fecundidad data del año 1986, y en ella se recogía información sobre conocimiento y uso de métodos.

Los datos más recientes sobre uso de métodos anticonceptivos son aportados por dos estudios parciales:

1. Año 2001, estudio realizado por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) en su capítulo Uruguay, sobre una base muestral de 361 casos.
2. Período 2001 – 2002, encuesta a usuarias de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en Montevideo, en el marco de la investigación realizada por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, sobre el Programa de Salud Integral de la Mujer del MSP. El estudio fue sobre una base muestral de 683 casos.

Según el **estudio de CELSAM**, el método anticonceptivo más posicionado entre las mujeres de Uruguay son los anticonceptivos orales (54%), seguido por el preservativo masculino (30%) y el DIU (16%). En cuanto a los métodos mencionados espontáneamente por la encuestadas, el informe señala que:

- ◆ la gran mayoría dice conocer tanto a las pastillas (96%) como al condón (93%).
- ◆ Casi dos de cada tres uruguayas identifica espontáneamente a los dispositivos intrauterinos (69%).
- ◆ El resto de los métodos anticonceptivos son poco o nada conocidos por las mujeres de Uruguay.

En cuanto a la **valoración de los métodos anticonceptivos** el estudio señala que un 54.5 % de la población encuestada la define como muy buena, un 31.3 % como buena, un 7 % como mala y muy mala, y a un 7 % le es indiferente.

Las opiniones **favorables (85%)** hacia los métodos anticonceptivos son más consistentes a mayor edad de las entrevistadas, particularmente quienes tienen un nivel socioeconómico más alto.

Entre quienes juzgan a los anticonceptivos de manera **negativa (7,1%)** se observa una ligera tendencia hacia mujeres con religiosidad activa.

La **indiferencia (7%)** es mas constante entre quienes dicen no haber tenido relaciones sexuales, y por lo tanto no haber usado método alguno.

El estudio mencionado señala que *“la farmacia es donde más uruguayas han recurrido para obtener un método anticonceptivo (41%); otras opciones, aunque con menor frecuencia es a través de Clínicas y Hospitales Públicos (23%), lo consigue su pareja (17%), o con un médico (14%)”*.

Según el **segundo estudio mencionado**¹¹, la encuesta a usuarias (683 casos) de los servicios públicos de salud de Montevideo, revela que:

- ◆ Del total de mujeres encuestadas no embarazadas al momento del estudio, el 78 % usaba algún método anticonceptivo.
- ◆ La distribución según el uso de MAC fue la siguiente: un 78 % de usuarias no embarazadas encuestadas señaló usar algún método anticonceptivo, frente a un 22 % que expresó no usar ningún método.
- ◆ El principal método anticonceptivo utilizado según lo declarado por las mujeres es el preservativo masculino, seguido del DIU y finalmente las ACO. Importa subrayar que la muestra corresponde a usuarias del MSP en Montevideo, siendo esta población de escasos recursos económicos, mientras que la muestra utilizada en el estudio de CELSAM corresponde a un perfil socio-económico más alto.

Si bien **no existen estudios sobre barreras para la accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos**, algunos elementos significativos merecen ser mencionados: la inexistencia de Educación Sexual a nivel de la Enseñanza Pública, la escasa difusión de los servicios de anticoncepción a nivel del sector público, la reciente incorporación de estas prestaciones en los servicios de salud pública, la no incorporación de algunos métodos (en particular el DIU) a nivel del sub-sector privado de la salud. Todos estos elementos actúan dificultando la accesibilidad de las mujeres a las opciones anticonceptivas.

VIH - SIDA

En Uruguay los primeros casos de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se detectaron en el año 1983 y correspondían a uruguayos/as residentes en el exterior que ingresaban al país en etapa terminal. Desde entonces la epidemia VIH/SIDA no solamente ha crecido sino que se han sucedido cam-

bios en el perfil epidemiológico que ha ido pasando del tipo I del inicio al actual tipo I/II.

Desde la detección del primer caso al 30 de abril de 2003 se han notificado al Programa Nacional de SIDA (PNS-MSP) un total acumulado de **7.018 personas positivas: 4.855 personas portadoras (VIH+) y 2.163 enfermos de SIDA**.

En nuestro país es una epidemia concentrada en “poblaciones vulnerables”, con una prevalencia igual o mayor del 5% (PNS-MSP, 2001). Los estudios centinelas¹² que se realizan anualmente desde 1991, mostraron a partir de 1996 un enlentecimiento del crecimiento de la epidemia, un aumento de la infección en las mujeres y una disminución en la edad de las personas positivas.

La tasa de prevalencia que venía manteniendo cierta estabilidad, haciendo pensar que se había alcanzado una fase de meseta en el crecimiento de la epidemia, experimentó en el estudio centinela del 2002 un salto significativo. La prevalencia de 0.23 del año 2000, llegó al 0.36 en el 2003. De 2 personas infectadas por VIH cada 1000 habitantes, se pasa a casi 4 personas cada 1000, en población laboral activa (Meré, 2003).

De acuerdo al PNS-MSP en la **infección de VIH** predomina la transmisión sexual (69.5%), sobre la sanguínea (21.3%), seguida por la transmisión perinatal (1.6%). La transmisión sexual es fundamentalmente heterosexual (63.8%), seguida por la categoría de exposición homosexual (21.6%) y luego la bisexual (14.6%). Respecto al sexo, el 69.2% son hombres y el 30.8% mujeres, siendo éstas últimas casi un tercio del total de los VIH + acumulados en el país y en permanente aumento. La franja etaria más afectada está entre los 15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad. El 31% de los VIH+ adultos del país se halla en la franja etaria de 15 a 24 años de edad (PNS-MSP, 2003). Si bien se registran casos en todas las edades, la mayor incidencia del VIH se observa entre los 15 y 34 años.

Las características de la etapa SIDA de la enfermedad, presenta un patrón epidemiológico tipo I/II, también con un claro predominio de la transmisión sexual (68.9%). Dentro de ella la población heterosexual representa el 48.2%, seguidos por la población homosexual con un compromiso del 31.9% y la bisexual que representa el 19.4%. Por la vía de transmisión sanguínea (23 % de los casos), hay un predominio entre los usuarios de drogas inyectables (96.2%),

seguido por los transfundidos (2.2%), y hemofílicos (1.6%). La transmisión vertical de madre a hijo a través del embarazo, parto o lactancia ocupa el tercer lugar y representa el 1.4% de los casos notificados. Este modo de transmisión está disminuyendo significativamente desde 1997 con la implementación del Decreto de Ley N° 158/97, que determina la exploración del VIH en toda embarazada y el tratamiento con drogas antirretrovirales a toda portadora y al recién nacido. Su aplicación logró reducir la transmisión madre-hijo del 28% en el año 1996 al 4% en el 2000.

Respecto al ámbito geográfico el departamento de Montevideo concentra el 78% de los casos acumulados. Respecto al sexo, el 76.8% son hombres, frente a un 23.2% de mujeres; observándose un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados (PNS-MSP, 2003).

La tasa bruta de mortalidad por SIDA observa una tendencia fuertemente creciente hasta el año 1996 en que desciende notoriamente determinada por la obligatoriedad del tratamiento con drogas antirretrovirales.¹³ La mayoría de las patologías asociadas al SIDA son las: Infecciones oportunistas predominando las alojadas en el aparato respiratorio (neumonía por Pn. Carini, candidiasis orofaríngea, neumatías, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, etc.). Los tumores malignos representan el 11.4% del total de casos de SIDA acumulados.

Cáncer Genito Mamario

Los tres tipos de cáncer relacionados al aparato reproductivo (de mama, cérvix y útero), en la última década del siglo XX, causaron más de 9.330 muertes de mujeres. Los datos sobre el comportamiento de las mujeres con relación a las prácticas preventivas se obtienen de tres fuentes de información que, aunque desfasadas en el tiempo, dan una idea al respecto.

La primera es la referida Encuesta Nacional de Fecundidad (1986), que aporta información sobre exámenes preventivos de la población en edad fértil (15 a 49 años). Según los datos recogidos, el 58.7% de las mujeres encuestadas declaró que nunca se realizó alguno de los exámenes (PAP, examen ginecológico y práctica autoexamen de mama); sólo el 19 % se había practicado una citología oncológica. El porcentaje total de las mujeres en edad fértil que declaró haber sido examinada ginecológicamente fue del 41%.

La segunda fuente es la ENEVISA 5¹⁴ (1999), que recoge información de las mujeres de 55 años o más; los datos mostraron que más de la mitad de la población urbana, en este rango de edad, nunca se había realizado una mamografía. La tendencia observada muestra una disminución en la frecuencia de consulta al médico ginecólogo a medida que la edad avanza. La práctica del auto-examen de mama es más frecuente entre las mujeres más jóvenes.

La tercera fuente es el estudio “Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas” (2003) entre usuarias de salud pública el cual reveló que el 48 % nunca se practicó un autoexamen de mama y 27 % nunca se realizó un Papanicolao. El estudio señala que las mujeres declaran en un 41 % no haber sido examinadas por el profesional en la consulta ginecológica, así como tampoco haber recibido información sobre el auto examen de mama.¹⁵

Es importante señalar que desde el año 1998 se registra el cáncer de mama como una causa más de defunción masculina; en el año 2000, 10 hombres fallecieron a causa de padecer tumores malignos de este origen.

El cáncer de cuello de útero se encuentra en tercer lugar de prevalencia entre los cánceres de la mujer, siendo la tasa bruta de incidencia calculada para el total del país de 29.87. Cabe destacar que la del Interior es significativamente mayor que la de Montevideo (35.91 y 22.15 por 100.000 habitantes, respectivamente). Existe una relación directa entre el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y la paridad elevada, así como con procesos infecciosos del tracto genital inferior, por lo cual los factores de riesgo están ligados, en parte, a las prácticas sexuales.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte de mujeres por cáncer en el país, ocupando Uruguay el primer lugar en Latinoamérica y el quinto lugar en el mundo. A pesar de las acciones que desarrolla la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer mediante la donación de mamógrafos a centros de salud y la realización gratuita de examen de mamografía a mujeres de 40 años y más, a través de las Unidades Móviles, el cáncer de mama tiene una alta prevalencia entre las mujeres uruguayas.

Control del Embarazo y Atención del Parto

A lo largo del siglo XX, la atención del embarazo ha mostrado un progreso importante, mejorándose la calidad de su seguimiento a través del número de controles efectuados y de la atención profesional recibida. Con este fin, el MSP ha desarrollado a partir de la década de los '80, diversos programas tales como: Vigilancia Nutricional Familiar (PROVINFA), Programa de Atención del Embarazo y Parto vinculado a los subprogramas ADUANA de seguimiento del recién nacido y durante su primer año de vida, IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), de Inmunizaciones y de Complementación Alimentaria. Desde el año 2001, se desarrolla el Programa Setiembre para el seguimiento del embarazo en adolescentes.

El porcentaje de embarazos controlados se mantuvo en los últimos años del siglo XX alrededor del 87%. Pese a los intentos de una rápida captación de las embarazadas, en el año 1999 existe un espacio sin cobertura (que se incrementa respecto a años anteriores) de un 10% de mujeres que no tuvieron ningún tipo de control durante el embarazo. En el 90% de los embarazos controlados, los controles son adecuados, es decir que las mujeres se efectúan 4 o más controles.

Según estadísticas del MSP en el periodo 1985-1999 existe una tendencia creciente hacia una captación tardía del embarazo: los captados en el primer trimestre disminuyen de 58% a 31%, en tanto los captados en el segundo aumentan de 26% a 41%. A su vez, los captados en el último trimestre se incrementan en un 5%.

A comienzos de siglo XX prevalecía la costumbre de que el parto se efectuara en el domicilio particular, siendo atendido generalmente -mucho más en el interior del país- por parteras y/o mujeres de la comunidad. Desde mediados de ese siglo se inicia el proceso de institucionalización en la atención del parto, siendo actualmente de una cobertura del 99 %.

Entre los años 1986 y 2000 hubo un descenso paulatino del porcentaje de partos naturales contrarrestado con un incremento de las cesáreas, a nivel nacional se pasa del 15% al 24.7% de cesáreas sobre el total de partos. En Montevideo este porcentaje se eleva al 27.6 %. El sub-sector privado muestra indicadores de nacimientos por cesárea significativamente más elevados (34 %) que el sub-sector público (19.8 %). Al final de siglo, los datos indican que el 45% de las cesáreas se concertaron antes del parto.

Tasa de cesáreas por sector, 1990 – 1999 (% de nacimientos)

Sector	Año					
	90-94	1995	1996	1997	1998	1999
Sector público	18,0	18,0	18,0	17,2	19,1	19,8
Sector privado	27,4	33,0	31,8	32,3	33,9	34,0
Total	20,8	23,8	23,1	22,6	23,8	24,7

Fuente: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. Montevideo: MSP; 2001.

Derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a los **derechos sexuales y derechos reproductivos**, los actores tradicionales de mediación política y social tienen diversas resistencias para reconocerlos, valorarlos e integrarlos a sus análisis, discursos y propuestas. Si bien, el debate vinculado al Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, favoreció un involucramiento activo de ámbitos que tradicionalmente no se habían expedido, como el sindical y el académico.

Desde diversas instancias del Estado las acciones realizadas en el terreno de los DDSS y DDDR, carecen de marcos teóricos y conceptuales claros de respaldo y no están incorporadas a propuestas de transformación más amplias. Esto determina que sus contenidos sean aún frágiles y que su permanencia y continuidad no estén debidamente garantizados dependiendo, muchas veces, de la o las personas que las ejecutan y no de sólidas definiciones y compromisos institucionales.

El tradicional *modus operandi* de no articular políticas sociales entre instituciones y, muchas veces, tampoco dentro de una misma institución, en el área de la salud tuvo un intento de revertirse con la creación en el MSP de la DIPROSA (Dirección de Promoción de Salud) en la administración del gobierno anterior (1995-99). Allí se intentó articular diversos programas como lactancia materna, maternidad y paternidad responsable, prevención de la mortalidad materno-infantil, etc. con el objetivo de alcanzar un abordaje integral. Esa dirección fue desmantelada en los inicios del actual gobierno, algunos de los programas continuaron funcionando y otros como los servicios de anticoncepción pasaron a integrar la estructura asistencial del MSP.

A partir del año 2002, en políticas de salud reproductiva, hubo una mayor coordinación entre los servicios del primer nivel del MSP y la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). También, con la creación de la Mesa Consultiva para la implementación del Capítulo V sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSS y DDRR) del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la ciudad de Montevideo, se ha constituido una articulación entre IMM, MSP y MYSU desde la cual se están debatiendo y gestando propuestas normativas de atención en salud sexual y salud reproductiva que permitan homogeneizar e integrar las intervenciones de los equipos de salud en este terreno.

Sin embargo, en otras áreas vinculadas a los DDSS y DDRR no se observan cambios en la forma de definir y ejecutar políticas. Muchas de las acciones que se emprenden no están definidas, en general, desde la identificación de necesidades específicas y por lo tanto suelen no responder a la diversidad de situaciones y demandas. En el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos subyacen componentes o principios éticos (Correa y Petchesky, 1994) que, con demasiada frecuencia, son violados a través de decisiones políticas, de legislaciones, de prácticas médicas, de intereses económicos, de dogmas religiosos, de intereses masculinos y/o familiares. La integridad corporal como el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo es quizás el aspecto que más peso tiene en el concepto de libertad sexual y reproductiva. Es el fundamento para oponerse a la esclavitud, la tortura y la violación, sin embargo cuando hablamos del derecho que las mujeres tienen sobre su cuerpo ante la decisión de abortar, por ejemplo, las resistencias y las voces que niegan ese derecho, son muy fuertes y provienen desde todos los sectores. Tampoco se suele considerar la individualidad: aquellas razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. La mayoría de las intervenciones tienden a esquematizar las necesidades. Igualdad y

diversidad, no se sostienen en muchas de las acciones (tanto públicas como privadas) y no se respeta la autoridad de las personas para tomar decisiones ni se cree que lo puedan hacer responsablemente si no media una actuación de disciplinamiento. En los hechos, se puede constatar que los sistemas de intervención (por ejemplo en salud y educación) agudizan las diferencias de clase, género, raza, etnia, edad, estatus marital, orientación sexual, región o nacionalidad. Los programas, servicios y prácticas suelen no considerar ni respetar diferencias culturales y de valores¹⁶. La violación de derechos en este terreno es mucho mayor de la que se registran en estadísticas y mediciones de desarrollo.

No existen mecanismos institucionales permanentes desde el Estado para la participación de la sociedad civil organizada, a pesar que desde el movimiento de mujeres en Uruguay se han elevado propuestas para su constitución¹⁷. La concepción hegemónica de participación social no fomenta, a su vez, el desarrollo de una masa crítica comprometida con los procesos de transformación, sino que reduce la intervención de la sociedad civil a la implementación de acciones definidas por las instancias de decisiones estatal, o a la evaluación de las mismas. La participación se restringe a avalar gestiones y no a desarrollar mecanismos de debate, control ciudadano, reflexión, análisis e incorporación de diversas propuestas.

El vacío y sub-registro en estadísticas nacionales sobre diversos tópicos de los derechos sexuales y reproductivos, impide conocer la dimensión real de su ejercicio y evaluar adecuadamente el impacto de las acciones. Se vuelve sustancial el priorizar el desarrollo de la investigación y fomentar la capacitación de recursos como manera de impulsar y satisfacer la necesidad también no satisfecha de muchos profesionales sensibilizados con estos temas¹⁸.

POLÍTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PRE Y POST CAIRO.

El temprano desarrollo de políticas y programas en el área de la salud materno-infantil, integrados tanto en el sector público como privado de la salud, iniciados hacia mediados del siglo XX, permitió un descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la institucionalización del parto y la atención del puerperio. Si bien la institucionalización del parto ha permitido el descenso de la mortalidad materna e

infantil en el país, tiene como contra cara los procesos de medicalización en donde en el acto de parir la mujer pierde protagonismo y está - muchas veces - al servicio de las necesidades y reglas del funcionamiento médico e institucional. De esta forma, la mujer queda ubicada en objeto del acto médico y no en sujeto de derechos y necesidades.

El modelo de atención materno infantil sustentado en el “binomio madre – hijo”, en la visión hegemónica sobre el papel de las mujeres en el cuidado de la salud familiar, en la ausencia del varón-padre y su responsabilidad reproductiva, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Esto explica, junto con la creencia de que el país carecía de “problemas de población”, que no se hubieran establecido desde el Estado, políticas y programas que abordasen integralmente la salud sexual y reproductiva hasta el año 1996. (López Gómez, et. Al., 2003)¹⁹

En cuanto a la **Planificación Familiar**, a partir de la segunda mitad de la década del 60, se comienzan a brindar servicios de planificación familiar a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada con personería jurídica desde el año 1967. Ese mismo año, el MSP aprueba la creación del consultorio de AUPFIRH y la coordinación con la división de Higiene y Asistencia del propio ministerio. Se asignan locales, se designan recursos humanos y materiales y se describen los cometidos esenciales de dicho consultorio y laboratorio de investigación. Es decisión de las autoridades ministeriales del momento, la autorización para que los suministros (en particular los métodos anticonceptivos) ingresen al país con carácter de donación para dicha institución.

El Diagnóstico de Servicios de Salud Reproductiva del subsector público (UNFPA/MSP, 1997) reconoce, a través de la documentación de dicha Asociación, que el número de filiales en Montevideo e Interior sumaban -en ese entonces- 91, y los Médicos Asociados a la Institución eran 130. Cabe destacar que algunas filiales de la AUPFIRH (desde el año 1993 denominada AUPF) funcionaban y continúan haciéndolo, en locales de Salud Pública (Centros Hospitalarios, Centros de Salud, Policlínicas) de Montevideo e Interior del país. Si bien se integran a los locales de los servicios públicos, no funcionan en relación de dependencia con las direcciones de los mismos. La Asociación recibe los suministros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y refiere los controles de calidad a dicha Federación. La AUPF suminis-

tra métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública.

En el año 1996, y a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se inauguraron, en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron la anticoncepción. Uno de ellos ubicado en el MSP y otro en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) a través de su sistema local de atención primaria.

El Programa del MSP, *Programa Maternidad y Paternidad Elegida*, comenzó siendo un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, siendo definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud (dependiente de la División de Promoción de la Salud). Se estableció el compromiso del MSP de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizado el apoyo internacional. Instaló servicios de planificación familiar, a nivel de los Centros de Salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los cuales, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial, no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país. Se incorporaron 40 médicos de familia a la estrategia de cobertura anticonceptiva. En el documento²⁰ de Informe Final las metas del Programa oscilaban entre marcos conceptuales centrados, tanto en el “*combate a la extrema pobreza*”, como en “*la defensa de los derechos sexuales y reproductivos*”, evidenciando una tensión paradigmática y conceptual. Durante el período de ejecución del Proyecto, se desarrollaron estrategias de información y educación comunitaria, y se elaboraron recomendaciones sobre normas en salud sexual y reproductiva con la participación de una diversidad de actores, incluidas las organizaciones de mujeres.

En el período de ejecución del Programa, el MSP a través de la División Promoción de la Salud y con el apoyo de la OPS, convocó a diversos actores (sociales, políticos, académicos) para la discusión y elaboración de un Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva. Este proceso demandó cerca de un año de trabajo, finalizando con la publicación²¹ de sus resultados. El Plan no se ejecutó hasta el momento.

Respecto a las políticas locales de salud desarrolladas desde la Intendencia Municipal de Montevideo, se inaugura en 1996 el Programa de Atención

Integral a la Mujer (PAIM), que incluye tres sub-programas: Maternidad Informada y Voluntaria, Atención del Embarazo y Puerperio y Detección Precoz del Cáncer Genito Mamario. El PAIM recibió apoyo del UNFPA en el subprograma de Maternidad Informada y Voluntaria. Funciona en las 18 Policlínicas municipales (primer nivel de atención) con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales del gobierno de Montevideo. Ofrece a las/os usuarios de Montevideo prestaciones en anticoncepción con la oferta de tres métodos: preservativos masculinos, anticonceptivos orales y DIU. A partir del año 2003 se incorporó la Anticoncepción de Emergencia en las modalidades de productos dedicados y método de Yúspe.

A nivel del MSP, las recientes propuestas en salud reproductiva han padecido tanto los avatares provocados por los cambios sucesivos de autoridades, como la no inclusión efectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política. Desde el inicio del Programa Maternidad y Paternidad Elegida, se han producido cambios en las acciones ministeriales que han estado determinadas por los cambios de autoridades y las perspectivas de los sucesivos decisores. Es en esta lógica, que en el año 2000 se decide el cese de la ejecución del mencionado programa y el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado, efectores asistenciales del MSP). En Montevideo se implementó, en el marco del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, unidad ejecutora de los servicios del Primer Nivel del MSP), el *Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM)* el cual se puso oficialmente en marcha el 8 de marzo del año 2001, integrándose a la estructura de servicios ministerial, con presupuesto genuino. El Programa SIM funciona en los diez centros de salud del primer nivel de atención en Montevideo, ofreciendo en sus prestaciones atención en métodos anticonceptivos de manera gratuita. Los MAC que se ofrecen son preservativos masculinos, anticonceptivos orales, DIU y anticoncepción de emergencia.

Con los mencionados Programas, y por primera vez, se generaron condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Los servicios de atención en salud reproductiva incluyentes de prestaciones en anticoncepción han ido progresivamente teniendo cobertura nacional. En tal sentido, el *Relevamiento de Servicios Públicos de Salud Reproductiva*²² en el interior del país realizado por MYSU a fines del año 2002, muestra que existen 50 servicios públicos del MSP, con diferencias en la calidad de sus prestaciones.

Vínculo entre políticas en salud sexual y reproductiva y estrategias de reducción de pobreza.

La relación entre políticas en salud sexual y reproductiva y políticas de reducción de la pobreza se explicita con mayor claridad a partir de la creación del Programa de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo (PIAF) ubicado en Secretaría de Presidencia de la República. Este programa surge en el año 2001 con préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y se propone a través de intervenciones integrales y focalizadas, mejorar las condiciones de vida e inserción social de los niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de riesgo social.

El PIAF se integra por los siguientes componentes:

- ◆ Componente 1: Proyectos integrales de prevención y atención
- ◆ Componente 2: Desarrollo, participación comunitaria y familiar
- ◆ Componente 3: Fortalecimiento institucional
- ◆ Componente 4: Comunicación Social

En el marco del Componente 1, se incluye un sub componente relacionado a la salud sexual y reproductiva denominado: *Modelo Integral de prevención del embarazo precoz* (sub componente 1.4), su objetivo principal es “optimizar los niveles de responsabilidad en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes”. Sus líneas de acción son:

- ◆ Programa de Información, Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva.
- ◆ Atención especializada y diferenciada para el trabajo con adolescentes
- ◆ Apoyo y seguimiento a madres y padres adolescentes.

Define como uno de los organismos co-ejecutores desde el Estado al MSP, y establece la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil, mediante el sistema de licitación pública para la implementación de algunas acciones previstas.

Entre las actividades en ejecución se encuentra la capacitación a los equipos de salud del MSP en Salud Sexual y Reproductiva, el equipamiento de los centros de salud del MSP para la atención diferenciada de la población adolescente en

salud sexual y reproductiva, la formación de agentes socio – educativos para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, la publicación de materiales educativos, etc. En este marco, ya se implementó la capacitación de técnicos no médicos de los servicios del MSP de todo el país, en salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, ejecutado por MYSU en febrero – marzo 2004. También se desarrolló la capacitación de promotores/as juveniles en salud sexual y reproductiva, a cargo de la organización Iniciativa Latinoamericana.

Como podrá observarse el mencionado sub componente 1.4 enfatiza el desarrollo de la responsabilidad en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, no haciendo alusión a sus derechos en este terreno. Se puede afirmar que el Programa pretende ubicarse como un programa articulador de las políticas sociales en el país, y dirigido hacia el combate contra la pobreza, incluyendo en sus metas la prevención del embarazo en adolescentes. El incremento de los embarazos en mujeres adolescentes tiene estrecha relación con la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por lo tanto las intervenciones del Estado pueden correr el riesgo de atentar contra los derechos sexuales y reproductivos de este sector de la población, si no enfatizan en la promoción de estos derechos y si no se brindan garantías para su libre ejercicio.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BID, CEPAL, CELADE (1996) “La transición demográfica en América Latina”. Actualizado con datos del boletín demográfico N° 62, CELADE, 1998, Santiago de Chile.
2. ERT-ICI-FESUR (2003) “Mujer y Seguridad Social en el Uruguay”. Montevideo.
3. Los años que se toman en cada década corresponden al año en que se realizan los Censos de Población.
4. Considerando que la única fuente de ingreso de nuevos individuos es la proveniente de nacimientos. Es decir en ausencia de migraciones.
5. Paredes, M., Varela, C. (2001). Ponencia presentada en el Seminario: Políticas de Población, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, realizado por MYSU. Montevideo.
6. Abracinskas, L.; Dufau, G.; Filgueira, N.; López Gómez, A.; Rostagnol, S., (2003) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional. Cladem – Uruguay – MYSU. Montevideo.
- 7 Subrayado de las autoras.
8. Soc. Renato Opertti, Coordinador del Programa MEMFOD (Mejoramiento de la Educación Media y Formación Docente) del CODICEN, Consejo Directivo Central de Enseñanza.
9. Moreira, C; Johnson, N. (2003). “Democracia, Género y Equidad: aportes para el debates sobre los mecanismos de acción afirmativa. Análisis y propuestas.” Friedrich Ebert Stiftung, Uruguay.
10. Idem anterior
11. López Gómez, A., Benia, W., Contera M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género – Facultad de Psicología – Universidad de la República. UNFPA. Montevideo.

12. "Los estudios centinelas del VIH, forman parte de la vigilancia epidemiológica activa, en grupos seleccionados (población laboral) que permite conocer la prevalencia de la infección, por sexo y edad, la tendencia de su evolución, y también estimar el número total de personas infectadas por VIH en el país. El PNS por recomendación de OPS/OMS realiza estos estudios en Uruguay desde 1991 a la fecha. Para facilitar la comparación internacional las estimaciones de todos los estudios centinelas se estimaran en población laboral del país (MSP-PNS, 2002).

13. En el año 1996 la obligatoriedad en tratar con triple terapia a los enfermos de VIH/SIDA cubría solamente a los usuarios del sector público (ASSE/MSP). En 1997 por resolución de la Dirección General de la Salud del MSP, se extiende la obligación a las instituciones del sector privado (IAMC) lo cual asegura desde entonces, la cobertura total del país.

14. Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta, 1999, proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS-MSP)

15. López Gómez, A., Benia, W., Contera M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género – Facultad de Psicología – Universidad de la República.

16. Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, (1998) El Estado Uruguayo y las políticas públicas.

17. Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, (1999): Agenda de las Mujeres, con serie de propuestas en Violencia Doméstica, Mujer Rural, Trabajo, Población y Salud Sexual y Reproductiva, Educación, Representación Política y Mecanismos Estatales para el Adelanto de la Mujer". Edición Cotidiano Mujer, Uruguay.

18. En febrero del año 2001, MYSU y la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, organizaron un Curso de Posgrado vinculado al proyecto Universidad Itinerante sobre Enfoques de Género en Salud de la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, sobre "Género y Reforma de Salud, y Derechos Sexuales y Reproductivos", con un cupo para 40 personas, con una exigencia de 8 horas diarias durante 15 días y al cual se inscribieron 120 profesionales de todo el país.

19. López Gómez, A., Benia, W., Contera M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Ed. C.L Salud

Reproductiva, Sexualidad y Género – Facultad de Psicología – Universidad de la República. UNFPA. Montevideo.

20. Documento Informe Final Proyecto Maternidad y Paternidad Elegida, MSP. Noviembre de 2000.

21. MSP – OPS (2000) Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva 2002 - 2003. Montevideo.

22. Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva en Uruguay. MYSU – UNFPA, Montevideo diciembre 2002.