«Sin insumos no hay política»

La construcción de la sostenibilidad del aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y del Consenso de Montevideo

UNFPA
Ministerio de SALUD

«SIN INSUMOS NO HAY POLÍTICA»

UNFPA

Ministerio de SALUD

© 2019 UNFPA y MSP

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, ni de su Junta Directiva y Estados miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Para citar la publicación:

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS y MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2019). *«Sin insumos no hay política». La construcción de la sostenibilidad del aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y del Consenso de Montevideo*. Montevideo: UNFPA-MSP.

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Versión Inédita

Imagen de tapa: light-wheel-red-vehicle-lamp-circle-767889-pxhere.com con licencia CCo de dominio público libre para uso personal y comercial y sin requerimiento de atribución de autoría

Edición amparada en el Decreto 218/996

Depósito legal: 376.609

ISBN: 978-92-95114-03-6

Imprenta Rojo S.R.L.

Se terminó de imprimir en Montevideo, en noviembre de 2019

«Sin insumos no hay política». La construcción de la sostenibilidad del aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y del Consenso de Montevideo

UNFPA

Ministerio de SALUD

Contenido

Resumen 9

Contexto actual del país 13

Estrategia, principales desafíos y aplicación 15
- Mecanismos en salud sexual y reproductiva y educación sexual 19

Estrategia de aseguramiento de insumos anticonceptivos 21
- «Sin insumos no hay política»: generación de la oferta, compra con fondos nacionales y asignación presupuestal 21
- Generación de demanda y difusión de derechos 22
- Generación de manuales y guías clínicas 22

La anticoncepción como prestación obligatoria en todo el SNIS. Ampliación de la oferta 25
- Mejora del sistema logístico. Conformación del Grupo de mejora de la gestión de la salud sexual y reproductiva 27
- Desarrollo de capacidades 29
- Monitoreo y evaluación 29

Lecciones aprendidas 31

Fundamentación de la buena práctica 33

Conclusiones y recomendaciones 35

Socios 37

Abreviaciones 38

Referencias bibliográficas 39

Anexo.
Actores clave entrevistados en 2014 41

Resumen

Durante la segunda década del siglo XXI Uruguay operó una notable transformación de las políticas de salud sexual y reproductiva (SSyR) que las consolidó como política de Estado y como pieza clave del compromiso político más ambicioso en términos de población y desarrollo (Consenso de Montevideo). Si bien el aseguramiento de insumos anticonceptivos se inicia en el país tempranamente, a partir de la década del sesenta, esto ocurre primero a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (Aupfirh) y el Estado incorpora el tema en su agenda a partir de 1996 y como consecuencia directa de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo, 1994 y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), así como de las reivindicaciones y estrategias desarrolladas desde la sociedad civil organizada, principalmente desde los grupos de mujeres y feministas. Una década más tarde, en 2005, el Ministerio de Salud Pública (MSP) define como prioritario avanzar en la SSyR, con énfasis en los sectores más vulnerados y sobre la base de los acuerdos asumidos en la CIPD posteriormente redoblados en el Consenso de Montevideo. Esta voluntad se ha visto plasmada en diversas acciones que van desde la implementación de servicios de SSyR hasta la actualización de guías clínicas, pasando por la inclusión de nuevas prestaciones y por el apoyo directo a los prestadores de salud.

En este marco, asegurar el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) seguros, eficientes y asequibles ha sido una de las prioridades de la política sanitaria. Es así que, a partir de 2006, el MSP ha invertido parte importante de su presupuesto en la compra de MAC para la población. Estos insumos se adquieren con la colaboración y alianza del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), lo que ha hecho posible aumentar el volumen de las compras en función de los costos, ampliar la oferta, contar con una canasta de métodos de calidad adecuada a las necesidades y acorde a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además del volumen, se ha aumentado la variedad de anticonceptivos disponibles hasta lograr una canasta destacada. Se ha desarrollado una estrategia de aseguramiento mediante la que el MSP provee a todos los

prestadores públicos de MAC sin costo para su distribución gratuita y apoya a los prestadores privados con métodos a bajo precio. El MSP ha actualizado las guías de orientación anticonceptiva con apoyo de Reprolatina[1] y el UNFPA buscando que los equipos de salud realicen la orientación basada en la mejor y más actualizada evidencia científica, en un marco de respeto a los derechos de los usuarios/as, incluyendo y enfatizando en los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) de adolescentes. Sumado a ello se ha trabajado en la capacitación de los equipos de salud para mejorar la calidad de los procesos de atención y la provisión de los MAC sobre la base de las guías del MSP. Asimismo, para asegurar que los MAC estén disponibles en tiempo y forma para su uso por la población, con el apoyo del UNFPA y de Prisma,[2] se inició un proceso de mejora y capacitación en el manejo logístico y en el cálculo de necesidades de insumos en los prestadores públicos de salud. Interesa subrayar que la disponibilidad asegurada de insumos de SSyR va más allá del proceso de abastecimiento, pues también incluye elementos vinculados a las políticas públicas, al ejercicio de derechos, a la demanda, el acceso y calidad de la atención, dimensiones que fueron tenidas en cuenta en el caso uruguayo.

El UNFPA ha apoyado año a año con asistencia técnica y financiera este proceso, al igual que con el intercambio con otros países y acciones de cooperación Sur-Sur. Las organizaciones de la sociedad civil, a través de acciones de incidencia política, comunicación, monitoreo ciudadano, producción de información, desarrollo de capacidades e implementación de proyectos en la comunidad para la promoción de DDSSyRR, también han hecho posibles los avances alcanzados. Por su parte, desde la academia también se han dado pasos clave en lo que refiere a la producción de conocimiento y a la formación de estudiantes y profesionales.

De esta manera, Uruguay ha alcanzado la progresiva consolidación de una política pública desde el Estado uruguayo asegurando la anticoncepción gratuita y de calidad, en cumplimiento de los mandatos de El Cairo y del Consenso de Montevideo. De todos modos, los indicadores generales

1 Organización no gubernamental (ONG) con sede en Brasil, socia implementadora de UNFPA a nivel regional.

2 ONG situada en Perú, socia implementadora de UNFPA a nivel regional.

positivos esconden aún las desigualdades típicas de nuestra región. El país continúa presentado importantes desafíos y brechas que requieren seguir trabajando a distintos niveles y en diferentes sectores para asegurar el acceso universal y de calidad a la SSyR.

La buena práctica presentada refiere al diseño y al proceso de implementación de una estrategia nacional de aseguramiento de insumos anticonceptivos anclada en una política pública de salud sexual y reproductiva basada en derechos humanos y en las perspectivas de género y diversidad, que incluye un conjunto de elementos clave relacionados con reformas del Estado, legislación, diseño e implementación de políticas públicas, y con una serie de resultados.

Autoras

Cecilia Stapff, consultora

Valeria Ramos, Oficial Nacional de Programa en Salud Sexual y Reproductiva UNFPA Uruguay

Revisión:

Rafael Aguirre, Responsable del Área Programática de Salud Integral de la Mujer, Área de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Federico Tobar, Asesor Regional de Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva. UNFPA LACRO

Alma Virginia Vicky Camacho, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva. UNFPA LACRO

Fecha de Publicación

Noviembre de 2019

Palabras clave

Aseguramiento, acceso, derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción

Objetivo:

Identificar componentes clave para la transformación de un programa en una política de Estado poniendo énfasis en los grupos más vulnerables y sobre la base de los acuerdos asumidos en la CIPD y el Consenso de Montevideo.

Contexto actual del país

Uruguay es un país de 3,5 millones de habitantes (proyecciones de población, INE 2013) en una fase muy avanzada de la transición demográfica, es decir, con niveles de natalidad y mortalidad estabilizados en valores bajos, similares a los de los países industrializados. En los últimos 25 años, el país ha avanzado muy rápidamente en lo que se ha dado en llamar la *segunda transición demográfica*, cuyos elementos más sobresalientes han sido el aumento del número de divorcios; la caída de la nupcialidad y de los nacimientos dentro de las uniones legales; los cambios en la formación y disolución de las parejas; la diversificación de los arreglos familiares y la caída de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Específicamente, en este último punto importa subrayar que, a partir de 2016, se produjo una importante caída de la fecundidad en Uruguay, luego de una década de estabilidad relativa, que alcanzó en 2019 valores ya cercanos a los correspondientes a países de muy baja fecundidad (tasa global de fecundidad de 1,59 en 2018). Después de Cuba, Uruguay es el país de más bajo crecimiento demográfico de América Latina (3,7 ‰ para el período 2015-2020) y se ubica muy por debajo del crecimiento promedio de la región (9,9 ‰).

El país detenta una estructura por edades de la población envejecida (19,1 % mayores de sesenta años en 2015), proceso potenciado por la baja de la fecundidad y los altos niveles históricos de emigración internacional de su población, principalmente la más joven, que el país ha sufrido desde mediados de los años sesenta. Si bien el saldo migratorio pudo haberse nivelado con la crisis de 2008, básicamente por el retorno de uruguayos y luego de 2015 con la llegada de nuevos contingentes de inmigración intrarregional, la emigración de uruguayos al exterior es un proceso que no parece haberse detenido.

Si bien varios países de la región vienen experimentando un descenso de la natalidad y la fecundidad, el caso uruguayo presenta una serie de características que lo colocan en un lugar muy particular que requiere ser estudiado y comprendido de mejor manera. Estas peculiaridades son la extrema

velocidad con que se produjo el descenso; la reducción especifica de los nacimientos en madres adolescentes y muy jóvenes, y la imposibilidad de identificar un único factor desencadenante de estos procesos. Además, es de especial interés la reducción específica de los nacimientos en madres adolescentes y muy jóvenes, al punto que cabe destacar que el 50 % del descenso se explica por la caída de la fecundidad entre los 15 y 23 años de edad. En 2018, la fecundidad adolescente fue de 36 ‰, por lo que el país alcanzó su mínimo histórico, se alejó del promedio de Latinoamérica ubicado en 67 ‰ y puso fin a diez años de estancamiento del indicador a nivel nacional.

En lo que respecta a anticoncepción, a partir de los datos recabados en la Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (Encor), realizada en 2015 (INE, MSP, MIDES, Comisión Sectorial de Población, Programa de Población y UNFPA, 2017), puede obtenerse un indicador de proximidad al porcentaje de necesidades de planificación familiar insatisfechas que abarcaría a las mujeres de 15 a 45 años. De acuerdo a este estudio, este porcentaje se ubicaría en el 8,9 %. A su vez, los valores de prevalencia en el uso habitual de métodos modernos de anticoncepción que refleja la Encor refieren a más de 91 % en mujeres y a más de 85 % en varones.

Estrategia, principales desafíos y aplicación

A continuación, se presentan los principales pasos dados por Uruguay para avanzar en el acceso universal en anticoncepción.

- Legislación y políticas públicas: elementos fundamentales que respaldan el ejercicio de los derechos de toda la población para lograr sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio de los DDSSyRR.

Las políticas y leyes desarrolladas durante el período de la intervención se enmarcan en una reforma estructural del sector salud, dentro de la reforma del Estado, la cual se consolida en 2007 con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por medio de la Ley 18211. Dicho sistema es financiado por un Seguro Nacional de Salud y conducido por el MSP como autoridad sanitaria y responde a la concepción de la salud como derecho ciudadano a ser garantizado por el Estado. Plantea la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad de los servicios de salud y nuclea a los prestadores públicos y privados que hasta el momento pertenecían a dos subsectores separados. La reforma introduce tres cambios estratégicos para su implementación y para el cumplimiento de sus objetivos y funciones: transformaciones en el modelo de atención, de financiamiento y de gestión, así como una política de acceso a medicamentos. El MSP se consolida como el organismo rector, normatizador y a cargo del diseño y monitoreo de las políticas de salud, para dejar de ser solo un prestador de servicios.

Se produce la *descentralización* de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que era el principal prestador de salud del país y funcionaba como un servicio desconcentrado del MSP. Como integrante del SNIS, ASSE pasará a ser controlada por el MSP al igual que todos los prestadores pertenecientes al sistema.

El SNIS está constituido entonces por prestadores de salud públicos y privados, entre los que ASSE es el principal del país, y comprende hospitales, centros de salud y policlínicas. Da cobertura a aproximadamente un 30 % de

la población total del país en 2018 (Encuesta Continua de Hogares, INE, 2018). En el sector privado se ubican las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva sin fines de lucro (IAMC), con 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integrales de prepago, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país (cobertura del 61 %). La cobertura se completa con seguros médicos privados (3 %) y los hospitales Militar y Policial (6 %).

La participación ciudadana a través de los movimientos de usuarios adquiere un rol fundamental con la reforma. Como parte de la redefinición del concepto de *salud*, el ciudadano está llamado a tener un rol activo en la conducción del sistema, en la definición de los problemas de salud y en las metodologías de intervención.

Se crea en el MSP la Junta Nacional de Salud (Junasa), pensada originalmente como un ámbito que combina la especialización técnica y la concertación social, y que debe fundamentar técnicamente y legitimar socialmente complejos procesos de toma de decisiones. Por ello es que su integración previó la presencia de ministerios, prestadores de servicio, trabajadores y usuarios. Refiere a un nuevo dispositivo institucional que forma parte de la autoridad sanitaria y desempeña un rol esencial en la asignación de recursos dentro del sistema de salud, en particular en los programas de salud y en el cumplimiento de las metas prestacionales, incluyendo el aseguramiento de insumos.

Las características de la reforma generan las condiciones óptimas para el avance en SSyR. Sumado a ello, durante este período Uruguay ha logrado leyes fundamentales referidas al campo de la salud, la sexualidad y la reproducción.

Cuadro 1.
Legislación vinculada a la salud sexual y reproductiva

2007	Ley 18246 de Unión Concubinaria	Reglamenta la unión concubinaria, incluso entre personas del mismo sexo.
2008	Ley 18426 sobre Salud Sexual y Reproductiva (reglamentada en 2010 por el Decreto 293/010)	Nuclea y legaliza guías y prestaciones desarrolladas hasta el momento. La reglamentación plantea la conformación de Equipos Coordinadores de Referencia en SSyR en todas las instituciones prestadoras de salud, lo que constituye un paso más hacia el cambio de modelo de atención, garantizando servicios integrales e inclusivos. En 2011, con apoyo del UNFPA, el MSP publica las guías de implementación de los servicios de SSyR.
2009	Ley 18437 General de Educación	Institucionaliza la educación sexual en todos los niveles de enseñanza y la incorpora como eje transversal.
	Ley 18620 de Regulación del Derecho a la Identidad de Género, Cambio de Nombre y Sexo Registral	Las personas pueden solicitar la adecuación de la mención registral en sus documentos de su nombre o sexo, o de ambos, cuando no coincidan con su identidad de género.
	Código de la Niñez y Adolescencia. Ley 18590: Se Modifican Disposiciones Relativas a Adopción	Pueden adoptar personas en forma individual, el nuevo cónyuge o concubino del padre o madre del hijo habido dentro de matrimonio o habido fuera del mismo reconocido del otro cónyuge o concubino, y parejas en unión concubinaria o matrimonial, y, por lo tanto, también parejas del mismo sexo.
2012	Ley 18987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto	Despenaliza la IVE por sola voluntad de la mujer dentro de las 12 semanas y dentro de las 14 en caso de violación. Avance inusitado en las políticas de salud a nivel de la región. Refuerza la política de SSyR incluyendo la estrategia de anticoncepción.

2013	Ley 19075 de Matrimonio Igualitario	Legaliza el matrimonio entre personas del mismo sexo e introduce aspectos en materia de familia.
	Ley 19121 de Regulación del Estatuto del Funcionario Público de la Administración Central. Derecho a Licencia por Control Urológico y psa	Otorga un día de licencia a los trabajadores públicos varones para realizarse exámenes del antígeno prostático específico (PSA) o ecografía o examen urológico.
	Ley 19161 de Modificación del Subsidio por Maternidad y Fijación de Subsidio por Paternidad y Subsidio para Cuidado del Recién Nacido	Amplía el subsidio por maternidad a trabajadores/as del sector privado, y para cuidados del recién nacido, que pueden gozar padre o madre alternadamente.
	Ley 19167 de Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida	Asegura una atención de calidad y accesible a todas las mujeres que padecen infertilidad —cualquiera sea su orientación sexual o estado civil— en instituciones públicas y privadas.
2018	Ley 19684 Integral para Personas Trans	Impulsa una serie de derechos y acciones afirmativas en los ámbitos público y privado, así como políticas públicas para la población trans.

Fuente: elaboración propia

Todas estas leyes son producto de complejos procesos de debate político, social y parlamentario, impulsados desde la sociedad civil organizada, actor clave en estos alcances, en alianza con integrantes del Parlamento. La Ley de SSyR contenía tres artículos que despenalizaban la práctica del aborto y que fueron vetados por el presidente en ese momento Tabaré Vázquez. En 2010 asume el segundo gobierno del Frente Amplio y allí se reglamenta la Ley 18426, que buscó fortalecer las prestaciones en SSyR en el primer nivel y por todos los equipos de salud. Para la implementación se establecen servicios y equipos coordinadores de SSyR y se toma como antecedente la experiencia del Servicio Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) impulsado por Iniciativas Sanitarias[3] en 2007 como el primer Servicio de Salud Sexual y Reproductiva integral y de referencia dentro del CHPR.

3 Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR). Asociación de profesionales de la salud que ha desarrollado el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños por aborto inseguro.

En 2015 asume la tercera administración de Gobierno del Frente Amplio que da continuidad a las políticas establecidas y a la reglamentación de las leyes recientemente aprobadas. Es importante destacar que el MSP definió, en este período, a partir de la identificación de una serie de problemas de salud de la población priorizados según criterios de magnitud y relevancia, Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) al año 2020 para orientar la producción de resultados concretos y medibles en el marco de las perspectivas de derechos, género y generaciones. Varios de estos problemas refieren al campo de la SSyR. Asimismo, en 2016 se establece la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes por parte de los ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social y Educación y Cultura, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) y de ASSE, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del UNFPA.

Mecanismos en salud sexual y reproductiva y educación sexual

Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva: se crea en la órbita del MSP en 2004 (Ordenanza 147) con el cometido de establecer líneas de acción referidas a la Comisión Intergubernamental (Mercosur) y definiciones sobre las políticas en SSyR. Está integrada por instituciones gubernamentales, sociales, académicas, profesionales y UNFPA.

Mecanismo Coordinador País de Lucha Contra el VIH-Sida/Conasida MSP: órgano donde confluyen instituciones gubernamentales, organizaciones civiles y de cooperación internacional en función de la respuesta nacional contra la epidemia.

Comisión de Educación Sexual: creada en 2006 y conformada por el Programa de Educación Sexual y por las comisiones respectivas de Educación Inicial y Primaria, Secundaria, Formación Docente y Técnico-Profesional.

Comisión Intersectorial MSP-Codicen, ANEP-Inmujeres y con apoyo del UNFPA: surge a partir de la firma de un acuerdo entre los organismos públicos (2011) para avanzar en la defensa de los DDSSyRR en niñez, adolescencia y juventud en torno a la implementación de la Ley 18426 de SSyR. También trabaja en la articulación de salud y educación según la *Declaración Ministerial Prevenir con Educación* (2008).

- *Programas de salud: la promulgación, reglamentación e implementación de las leyes y políticas expuestas fueron de la mano con una serie de programas del MSP encargados de su avance.* A su vez, la estrategia de aseguramiento de insumos ha sido diseñada e implementada desde estos, como puede verse en el Cuadro 2.

Cuadro 2.
Programas de salud del Ministerio de Salud Pública

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (2005-2009)	Generó un Programa de Anticoncepción que abarcaba seis áreas: salud mental, violencia de género, condición del varón, cáncer en la mujer y asesoría en investigación y gestión continua. Se publicaron con el apoyo del UNFPA una serie de *Guías de Salud Sexual y Reproductiva* separadas por temas: anticoncepción, violencia, embarazo, parto y puerperio, diversidad sexual, etc.
Programa Prioritario de ITS/ Sida	Respuesta nacional a la epidemia y otras ITS, así como del aseguramiento de los condones masculinos y femeninos.
Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes	Salud integral de esta población con un foco importante en la SSyR, coordinando acciones con los programas antes mencionados, incluso en la incorporación de la adolescencia en las guías de aseguramiento de insumos y de la SSyR en las guías de atención integral de adolescentes.
Área de Salud Sexual y Reproductiva (2010)	Nuclea los Programas de Salud Integral de la Mujer e ITS y VIH-Sida y se constituye como responsable para liderar la estrategia de aseguramiento de insumos anticonceptivos en forma unificada.

Estrategia de aseguramiento de insumos anticonceptivos

Se puede sintetizar como un proceso que partió de premisa «lo primero es asegurar la compra, pues sin insumos no hay política». Desde allí se buscó avanzar hacia el acceso universal de la población a los MAC de calidad de acuerdo a la elección libre e informada. La estrategia se enmarca y sustenta en las leyes, políticas y programas expuestos anteriormente. Es importante destacar que a partir de 2008 el país comenzó a recibir apoyo del Programa Global de Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva (PG RHCS) del UNFPA, que permitió desarrollar una serie de acciones vinculadas al monitoreo, a la producción de datos, al desarrollo de capacidades y al fortalecimiento institucional, fundamentales para consolidar la estrategia nacional de aseguramiento, caracterizada por los siguientes hitos y resultados.

«Sin insumos no hay política»: generación de la oferta, compra con fondos nacionales y asignación presupuestal

En 2005, las autoridades de Gobierno definieron el aseguramiento de MAC como una de sus prioridades. El primer paso se focalizó en brindar insumos a nivel público en forma gratuita. El UNFPA se sumó al MSP como un aliado importante e hizo una primera donación de insumos anticonceptivos. Desde 2006 el MSP ha asumido la compra anual con fondos nacionales y lo ha hecho a través del Procurement Service Branch del UNFPA, lo que le ha permitido hacer las compras a nivel internacional, a bajos costos y un riguroso control de calidad. El bajo costo permitió aumentar enormemente el volumen de las compras y ampliar la gama de insumos. A partir de 2014 el MSP también comenzó a comprar a nivel nacional a través de llamados a licitación pública para compra del anticonceptivo oral monofásico.

Hasta 2010 los fondos para la compra procedían del remanente presupuestal que hacia finales de cada año se asignaba a este rubro, y que de lo contario volvía a Rentas Generales. Durante un primer período esto fue fundamental para adquirir los insumos, pero no aseguraba la sustentabilidad ni la asignación de un monto mínimo y específico, ya que dependía de ese remanente. Es por ello que en 2010 se dio un salto fundamental: la compra de MAC quedó incluida como una línea presupuestaria dentro del presupuesto nacional.[4] Hasta ese momento las compras fueron muy divergentes, ya que se hicieron de acuerdo a los fondos disponibles y sin la base de un cálculo de necesidades. Nunca se registró un desabastecimiento de insumos, pero sí hubo en ocasiones una compra en exceso. A partir de 2010, con los mecanismos de mejora del sistema logístico y la Ley de Presupuesto, la compra se empieza a hacer progresivamente sobre la base del cálculo de necesidades. Que el volumen de compras haya disminuido es un indicador positivo, pues refleja que las compras se hayan basado en las necesidades reales.

Asimismo, se incluye en la Ley de Presupuesto el registro de medicamentos por parte del MSP, lo cual es muy importante para la salud pública del país y para los procesos de registro de nuevos insumos anticonceptivos.

Generación de demanda y difusión de derechos

Una vez aumentada la oferta de insumos, se desarrollaron estrategias para la generación de la demanda. El objetivo fue divulgar la prestación gratuita y de calidad de los MAC y favorecer el conocimiento y ejercicio de DDSSyRR. El MSP diseñó una serie de materiales divulgativos (afiches y folletos) para informar a la población usuaria y a los equipos de salud de todo el país.

Generación de manuales y guías clínicas

4 Presupuesto Nacional 2010, artículo 557. «Facúltase al Inciso 12 Ministerio de Salud Pública a adquirir preservativos femeninos, masculinos y anticonceptivos y a venderlos a precio de costo a aquellas instituciones prestadoras de salud financiadas por el Fondo Nacional de Salud».

Las primeras guías en SSyR de la administración de Gobierno 2005-2010 refirieron a anticoncepción y se publicaron en el primer semestre de 2005, lo que refleja la prioridad del tema en el MSP. Fueron dirigidas a los equipos de salud para brindar los métodos con un marco unificado basado en los derechos y la evidencia en pro de generar espacios de orientación y asesoramiento en anticoncepción para la toma de decisiones informada y voluntaria. Se elaboraron en colaboración con actores clave del gobierno, la academia, la sociedad civil organizada y con el apoyo del UNFPA en el marco de la Comisión Nacional Asesora en SSyR.

Otro paso fundamental en materia de derecho y autonomía de las mujeres fue el libre consentimiento informado por *sola voluntad de la mujer para acceder a la ligadura tubaria* (MSP, Decreto 258/992 de junio de 1992. Comunicado al Cuerpo Médico, 2006 y 2012), cuya reglamentación establece que no hay ninguna exigencia del consentimiento de terceras personas para la ligadura o vasectomía, sino solamente la exigencia del consentimiento informado y válido.

En 2012 y 2013, con el objetivo de adecuar y actualizar la prescripción de MAC sobre la base de la evidencia, el MSP elaboró un manual que actualizaba las guías de 2005 e incluía todos los métodos del mercado. Esto se hizo con el apoyo del PG RHCS del UNFPA y a partir de la asistencia técnica de su socio regional Reprolatina (Brasil), según los criterios de la OMS en el marco de un equipo de trabajo nacional en anticoncepción integrado por prestadores de salud, academia y sociedad civil organizada.

En 2018, se elaboró y publicó la guía técnica para la orientación anticonceptiva vinculada a anticonceptivos inyectables trimestrales de progestina, ya que comenzaba el proceso de introducción de este método en el país. Esta guía se publicó con apoyo del UNFPA y de su socio regional Reprolatina (Brasil).

La anticoncepción como prestación obligatoria en todo el SNIS. Ampliación de la oferta

Desde la oferta de insumos a través de ASSE se continuó trabajando para la ampliación del acceso de los MAC a todo el sistema público y posteriormente se incluyó el sector privado.

El MSP elaboró el Decreto 9/011 (enero de 2011), que aprobó el presidente de la República, a través del cual los MAC pasaron a constituirse como una prestación obligatoria para todo el SNIS, lo cual representa un resultado sin precedentes. Los métodos comprendidos incluyen anticoncepción oral hormonal combinada monofásica y trifásica, para uso durante la lactancia y de emergencia, y condones masculinos. Como contraparte, las instituciones podrán cobrar una tasa moderadora mínima prefijada en el mismo decreto, pero que se encuentra muy por debajo de los precios de mercado y no representa ganancia económica para los prestadores. Los preservativos se entregan a las instituciones privadas contra cobro del costo, que es muy bajo frente a los comprados por otras vías. A su vez, el MSP entrega dispositivos intrauterinos (DIU) a los prestadores de salud en forma gratuita bajo un compromiso firmado de no transferirle el costo a la usuaria y según el cual la colocación también debe ser gratuita. Otro resultado clave es la incorporación de la ligadura tubaria y la vasectomía como prestación obligatoria: El Decreto 383 de 2010 expresa: «corresponde incluir la ligadura tubaria y la vasectomía, con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente, en los Programas Integrales de Salud y el Catálogo de Prestaciones de Salud» (MSP. Decreto 383/010).

Con el objetivo de continuar avanzando en la ampliación de la canasta de modo de incorporar métodos que presenten ventajas específicas, como los reversibles de larga duración, el MSP definió introducir los implantes subdérmicos en el país. Con tal fin, en 2013 el UNFPA hace una donación de tres mil implantes y se desarrolla una acción de Cooperación Sur-Sur con el

Ministerio de Salud de Perú y el apoyo del UNFPA y de Pathfinder,[5] en coordinación con la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI). El objetivo principal de esta estrategia fue el de aprender de la experiencia peruana y desarrollar capacidades nacionales para avanzar en la incorporación de este insumo en la oferta anticonceptiva. Se conformó un grupo de profesionales médicos con capacidades para formar a otros profesionales e implementar en 2014 un proyecto piloto para estudiar la aceptabilidad del método y evaluar su incorporación en la estrategia nacional. A la vez, Uruguay se fortaleció para brindar cooperación Sur-Sur hacia otros países.

Entre 2014 y 2017 se llevó a cabo el proyecto de Introducción de implantes anticonceptivos subdérmicos en Uruguay: estudio piloto sobre aceptación y desempeño clínico de los implantes comparado con los métodos, con apoyo del UNFPA y de su socio Reprolatina. El objetivo general fue evaluar la aceptación inicial y el desempeño clínico de los implantes anticonceptivos subdérmicos de levonorgestrel (Jadelle®) en comparación con los métodos disponibles y establecer una recomendación sobre introducir los implantes a la canasta de MAC en Uruguay. Se desarrolló a nivel nacional en siete centros de ASSE **del** área metropolitana de Montevideo y siete centros de salud de ASSE del interior del país con el objetivo de evaluar la introducción de anticonceptivos en el marco de la calidad de atención y del derecho a la libre elección, para medir los resultados relacionados con tasas de continuación del nuevo método, seguimiento y satisfacción de su uso. Este proyecto se implementó con mujeres usuarias mayores de 15 años que consultaban por anticoncepción, según una serie de criterios. Se realizó un seguimiento de cada caso a los seis meses y al año.

El desarrollo del estudio brindó importantes insumos para la política pública de aseguramiento del acceso a MAC. El resultado principal fue la alta aceptación del método por la población y por los proveedores de servicios, traducida en la demanda creciente a lo largo del desarrollo del estudio. Esto determinó la necesidad de incluir el método dentro de la canasta de MAC disponibles para las usuarias del sistema público de salud. También se observó la alta aceptación entre adolescentes y la importante tasa de

5 Institución de Cooperación Técnica Internacional en Salud, sin fines de lucro, cuyas sedes están en EEUU y Perú.

continuidad. Actualmente el implante es una prestación disponible para todo el sector público. En 2018 el MSP comenzó un proceso de introducción de este método en prestadores del sector privado.

Mejora del sistema logístico. Conformación del Grupo de mejora de la gestión de la salud sexual y reproductiva

Todos los avances en materia de política, legislación, oferta y demanda requerían necesariamente fortalecer el sistema de logística y el desarrollo de capacidades institucionales para avanzar hacia el acceso universal a MAC.

Fue así que en 2008 el MSP, preocupado por la advertencia de las organizaciones sociales y de las direcciones generales de Salud del interior del país acerca de la existencia de problemas en la cadena de suministros, definió la realización de un monitoreo. Esta evaluación se desarrolló en cuatro departamentos del país con apoyo del PG RHCS del UNFPA. Los resultados mostraron problemas tanto en el almacenamiento como en la distribución. Los problemas de acceso afectaban principalmente a las zonas más lejanas y con población en mayor situación de vulnerabilidad. Se identificaron a su vez disparidades y brechas en los procedimientos entre regiones. No existía un sistema de logística común ni directrices para el almacenamiento como tampoco un sistema de cálculo de necesidades. Esto llevó al MSP al desarrollo de una serie de manuales de procedimientos para el sistema logístico, con apoyo del UNFPA, y su posterior difusión y desarrollo de capacidades.

Sin embargo, esto no fue suficiente para solucionar los problemas, por lo que el UNFPA, a través de su socio regional Prisma (Perú), brindó su apoyo para mejorar el sistema de logística. Un resultado clave de este proceso y de la voluntad política fue la conformación de un grupo de trabajo intersectorial e interdisciplinario denominado Grupo de mejora de la gestión de la SSyR, integrado por el MSP, el coordinador de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) y dos representantes de cada una de sus instituciones: ASSE, Banco de Previsión Social (BPS), Sanidad Policial, Hospital Militar,

la Intendencia de Montevideo y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República. Las duplas están conformadas por los responsables de SSyR y por los y las químicas farmacéuticas, ya que este mecanismo es liderado en la mayoría de los casos por las farmacias de los prestadores. El equipo recibió formación y asistencia técnica desde Prisma, con el apoyo del UNFPA. Se trazaron como objetivos liderar el proceso de suministro, mejorar la gestión logística y diseñar un plan de capacitación en cascada para involucrar y fortalecer a actores clave de los diferentes niveles del sistema de abastecimiento. Fue muy productivo para el intercambio de experiencias y para reforzar el compromiso de actores clave en algunos acuerdos. Involucrar a los propios prestadores en la política ministerial fue un valor agregado crucial. Se afinaron los sistemas de cálculo de necesidades y los procesos de compra. Como resultado surgió un proceso de gestión logística y cálculo de necesidades único. Se elaboraron y publicaron dos manuales adaptables a todos los prestadores: *Guía para la estimación de necesidades y programación de compras de insumos y medicamentos de salud sexual y reproductiva* y *Administración logística de insumos de salud sexual y reproductiva. Manual Operativo* (MSP, RIEPS, Prisma y UNFPA, 2012). Es así que, en 2013, por primera vez la compra de insumos se hizo sobre la base de este sistema y de la evidencia.

El grupo trabajó, con apoyo de Prisma y del UNFPA, en un proceso de difusión de los manuales y de implementación de la capacitación en cascada con un dispositivo semivirtual basado en las directrices de los manuales dirigidos a personal clave de los diferentes prestadores: químicos farmacéuticos y auxiliares de las farmacias centrales de todo el país. Se elaboraron materiales de capacitación específicos en un formato accesible y amigable, con el objetivo de que estos profesionales y técnicos pudieran transmitir a sus niveles dependientes los diferentes pasos del aseguramiento de MAC. Los responsables debieron capacitar en servicio a su personal, facilitar la disponibilidad de tiempo para estas instancias, con énfasis en la importancia del proceso de mejora para continuar recibiendo los MAC sin costo. Con el UNFPA se acordó además del seguimiento del proceso de compra y entrega de los métodos, la capacitación de los equipos, y el apoyo en el monitoreo y el seguimiento de este proceso, de manera de poder evaluar la gestión y poder realizar las mejoras necesarias.

En 2015 el grupo cesó su trabajo y en 2016 el MSP integró a una química farmacéutica para el trabajo de aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva (AISSR) en el Área de SSyR y de Salud Integral de la Mujer. Es de destacar el rol fundamental de la coordinación interinstitucional con los prestadores de salud del SNIS a través de las redes de coordinadores de referencia de los servicios de SSyR y la red de químicos farmacéuticos, desde las cuales se detectan las necesidades de compra y la provisión de los MAC. ASSE aporta al MSP el almacenamiento, en un centro logístico especializado, de los insumos una vez que entran en el país.

Desarrollo de capacidades

El MSP y los prestadores de salud han sido fundamentales durante todo el proceso, tanto al interior del MSP como a nivel de los prestadores de salud. El UNFPA lo ha apoyado desde un comienzo con acciones de asistencia técnica regional, misiones del MSP a otros países (México y Paraguay), participación de funcionarios en cursos y eventos regionales y desarrollo de capacitaciones nacionales desde el MSP a los prestadores y desde la Universidad de la República.

Monitoreo y evaluación

Se han identificado indicadores para monitorear la eficacia en el logro de sus resultados y provisión de sus productos. Asimismo, se cuenta con una evaluación de diseño, implementación y desempeño (DID) sobre acciones vinculadas con la anticoncepción en el período 2011-2015, llevada a cabo por la Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión (AGEV) de la OPP de la Presidencia de la República. Se destaca también la realización de la Encor por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE), los ministerios de Salud y de Desarrollo Social, la Comisión Sectorial de Población de la OPP, el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y el UNFPA, publicada en 2017.

LECCIONES APRENDIDAS

Se pueden identificar siete factores de éxito que constituyeron elementos clave en la trayectoria seguida por Uruguay para construir la sostenibilidad del aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva:

1. *La voluntad política y la asignación de recursos del Estado* para impulsar la política de SSyR incluyendo el acceso universal a los MAC y otros insumos son el punto de partida fundamental para el avance de la estrategia y su sostenibilidad.
2. *Las alianzas interinstitucionales* y entre las rectorías y las instituciones prestadoras de salud para ser partícipes del proceso y la toma de decisiones en forma conjunta son fundamentales para el logro del cambio de prácticas.
3. *La asistencia técnica y financiera del UNFPA* ha contribuido con la consolidación de la política de SSyR en Uruguay. La asistencia técnica de los socios regionales (Prisma y Reprolatina) apoyaron los procesos sobre la base de las necesidades del Estado, promoviendo la sostenibilidad de los avances. Que los procesos sean liderados por el país y no por sus socios es clave.
4. *La formación de un grupo de trabajo* para mejorar la gestión de la SSyR o la coordinación continua con los prestadores desde un equipo del MSP, en tanto rector, es clave para dar continuidad a las acciones con un carácter institucional y no personal.
5. *El nucleamiento los programas de salud de la mujer y VIH-Sida en una misma área* permitió centralizar el aseguramiento de métodos. Por otro lado, integrar la perspectiva de diversidad y ciclo de vida, principalmente adolescencia y el tema de autonomía progresiva resulta de fundamental importancia para el ejercicio de los DDSSyRR.
6. *La participación de la sociedad civil* es crucial para la promoción de DDSSyRR, para generar condiciones habilitantes y de empoderamiento de la ciudadanía, para aportar asistencia técnica y para generar datos y procesos de *advocacy* y de monitoreo ciudadano.

7. *La incorporación de estos temas en la academia* es fundamental para la producción de información y conocimiento de calidad, para la formación de recursos humanos y para su incorporación en los currículos.

Sin embargo, la experiencia uruguaya también enfrentó desafíos, entre los cuales cabe señalar:

1. Mejorar las *infraestructuras edilicias,* ya que varios prestadores de salud no cuentan con las condiciones propicias para el almacenamiento de insumos y la prestación de calidad de estos.
2. Propiciar *cambios culturales y en las prácticas*, ya que si bien el país viene avanzando en el enfoque de SSyR y DDSSyRR, el modelo de atención maternoinfantil aún sigue presente en las prácticas profesionales y en las instituciones, es un desafío permanente promover el cambio de modelo. La implementación de las normativas, guías y leyes es aún un proceso complejo en donde persisten barreras.
3. Mejorar las debilidades del sistema de información y monitoreo.

FUNDAMENTACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

Siguiendo los criterios definidos por el UNFPA para documentar y sistematizar buenas prácticas, se propone a continuación un breve examen centrado en las siguientes dimensiones: 1) relevancia, 2) innovación, 3) impacto y 4) replicabilidad y que se sistematizan en el Cuadro 3.

Cuadro 3.
Criterios de buena práctica

Relevancia	El proceso es de alta relevancia, pues incluye todos los pasos dados en el marco de una reforma del sector salud y de una política pública de SSyR para asegurar el acceso universal a MAC por la población. Se analizan los pasos desde la presupuestación y adquisición de los insumos hasta la entrega con consejería a las usuarias.
Innovación	El proceso desarrollado aporta nuevos abordajes a los que se habían puesto en práctica anteriormente, ya que tomó en cuenta las áreas sustantivitas para el aseguramiento de insumos de SSyR, que fueron poniéndose en práctica de manera evolutiva hasta consolidar la política pública. A su vez, la forma específica en la que en el país se introdujo el implante subdérmico fue una propuesta innovadora por su metodología que nunca antes había sido aplicada en Uruguay.
Impacto	La política tuvo un impacto que puede identificarse en las cifras del país en materia de uso de MAC, demanda insatisfecha y caída de la fecundidad.
Replicabilidad	El proceso es replicable en su conjunto según las características de los países, y también son replicables las etapas en sí mismas.

Fuente: elaboración propia

Conclusiones y recomendaciones

En los últimos quince años Uruguay ha avanzado en la promoción de la salud sexual y reproductiva de su población con un foco especial en la anticoncepción sobre la base de los acuerdos asumidos en la CIPD y posteriormente redoblados en el Consenso de Montevideo. Esta voluntad se ha visto plasmada en diversas acciones; legislación y políticas públicas, compra de MAC, asignación presupuestal, generación de demanda y difusión, implementación de servicios de SSyR, actualización de guías clínicas, mejora del sistema logístico, desarrollo de capacidades. El diseño y la implementación de cada una de estas etapas son fundamentales para lograr el acceso universal a los MAC.

El primer paso para el avance es la voluntad política que debe traducirse en la asignación de recursos humanos y económicos del Estado para impulsar una política de SSyR que incluya la anticoncepción como un eje clave. Asimismo, es necesario generar alianzas interinstitucionales y entre las rectorías y las instituciones prestadoras de salud para ser partícipes del proceso. Hay decisiones que deben tomarse desde la rectoría, pero otras se desarrollan en forma conjunta, lo que es muy importante para el logro del cambio de prácticas. Contar con la cooperación técnica y financiera del UNFPA contribuyó sustantivamente en la consolidación de la política de SSyR en Uruguay, como lo hizo la asistencia técnica de los socios regionales y las acciones de cooperación Sur-Sur para avanzar sobre la base de lecciones aprendidas ya por otros. Contar con la participación de la sociedad civil es muy importante para la promoción de DDSSyRR, para generar condiciones habilitantes y de empoderamiento de la ciudadanía, para aportar asistencia técnica y para generar datos y procesos de *advocacy* y de monitoreo ciudadano. Trabajar en alianza con la academia es fundamental para la producción de información y conocimiento de calidad, para la formación de profesionales y para su incorporación en los currículos. Mejorar el sistema logístico requiere tiempo y trabajo continuo con los profesionales y autoridades, pero sin sistema logístico es inviable que se sostenga el aseguramiento. La actualización permanente de los equipos de salud, basada en evidencia y generando espacios de análisis de las prácticas e implicancia

teniendo en cuenta el peso de los sistemas de valores y creencias también es un eje clave para la buena entrega de los MAC con consejería de calidad. Finalmente, el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación de los servicios de SSyR, los sistemas logísticos y la calidad de las prestaciones continúa siendo un desafío en el caso uruguayo, pero es clave continuar esta línea de trabajo. Es necesario potenciar el sistema de información y monitoreo para contribuir a la gestión, con la formulación de indicares que permitan conocer en tiempo real el stock, la cobertura, el acceso y el uso más allá de la distribución y de indicadores para monitorear la calidad y la eficiencia. Reforzar la línea de difusión a la comunidad y generar condiciones de empoderamiento de las/os usuarias/os en sus DDSSyRR también es un punto clave.

A pesar de los logros positivos y alentadores del país en materia de aseguramiento de insumos de SSyR, es importante tener presente las inequidades que estos esconden cuando se cruzan con otras variables como el nivel socioeconómico y cultural o el lugar de residencia, etc. Por lo tanto, continua vigente la necesidad de redoblar los esfuerzos en las acciones educativas, en la equidad de género, en transformaciones culturales y en las barreras de acceso socioculturales e institucionales. Estos desafíos trascienden al sector salud y requieren de las acciones intersectoriales que lleven a la generación de cambios socioculturales. En este sentido, la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes es un gran avance.

Socios

- Ministerio de Salud Pública
- Administración de los Servicios de Salud del Estado
- Sistema Nacional Integrado de Salud
- Fondo de Población de las Naciones Unidas
- Sociedad civil organizada

Abreviaciones

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
Aupfirh	Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana
BPS	Banco Previsión Social
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
Codicen	Consejo Educación Inicial y Primaria
DIU	Dispositivo Intrauterino
DDSSyRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
IAMC	Instituciones Asistencia Médica Colectiva
INE	Instituto Nacional de Estadística
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
ITS	Infección(es) de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
Junasa	Junta Nacional de Salud
MAC	Método Anticonceptivo
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
PG RHCS	Programa Global Aseguramiento Insumos en Salud Sexual y Reproductiva
PSB	Procurement Service Branch
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos en Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSyR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Referencias bibliográficas

Briozzo, L.; Vidiella, G.; Vidarte, B.; Ferreiro, G.; Pons, J. E. y Cuadro, J. C. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay: situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Revista Médica Uruguaya, 18* (1), 4-13. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902002000100002&script=sci_arttext>

Cabella, W. (Coord.) (2012). *Análisis de situación en población: Uruguay*. Montevideo: UNFPA-Comisión Sectorial de Población, OPP. Recuperado de <https://sitios.opp.gub.uy/images/2._Analisis_de_situacion_de_pais_.pdf>.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem) (2002). *Derechos sexuales y derechos reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional. 1995-2002*. Montevideo: Cladem-MYSU.

Corral-Ruiz, Ll. y otros (2006). Centro Latinoamericano Salud y Mujer. Estudio sobre métodos anticonceptivos en mujeres de 14 países de América Latina. *Atención Familia, 13*, 104-109.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (s/f). *Informes de la oficina (sin publicar)*.

Gorgoroso, M. (Coord.) (2010). *Ser parte de la solución… la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay*. Montevideo: Iniciativas Sanitarias, SAAF.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012). *Uruguay en Cifras 2012. Resultados del Censo de Población 2011*. Montevideo: INE.

INE, MSP, Mides, Comisión Sectorial de Población, Programa de Población y UNFPA (2017). *Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos*. Montevideo: INE-UNFPA. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/540546/Encor+2015/1b9ea1ce-86db-417b-abbb-93814c5ff03f>.

MSP (2005). *Guías en Salud Sexual y reproductiva. Capítulo Anticoncepción (Métodos reversibles)*. Montevideo: MSP-UNFPA. Recuperado de <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-anticoncepcion-metodos-reversibles.pdf>.

MSP (2010, setiembre). Decreto 293/010. Reglamentación Ley 18426. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010>.

MSP (2010, diciembre). Decreto 383/010. Fijación de cuota mutual de sociedades médicas enero 2001. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/383-2010>.

MSP, RIEPS, Prisma y UNFPA (2012). *«Guía para la estimación de necesidades y programación de compras de insumos y medicamentos de salud sexual y reproductiva» y «Administración logística de insumos de salud sexual y reproductiva. Manual Operativo*. Montevideo: MSP-UNFPA. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/guia-clinica-y-tecnica/guia-para-la-estimacion-de-necesidades-y-programacion-de-compras-en-ssr/>.

Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay y Mujer y Salud en Uruguay (2008-2010). *Informes 2008 a 2010*. Montevideo: MYSU-UNFPA.

———— (2012). *Mujeres y salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y a servicios*. Montevideo: MYSU-UNFPA-OPS-ONU Mujer.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 al 13 de setiembre de 1994. Nueva York: ONU.

———— (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, 4 al 5 de setiembre de 1995. Nueva York: ONU. Recuperado de <http://www.unesco.org/education/pdf/BEIJIN_S.PDF>.

Paredes, M. y Varela Petito, C. (2005). *Aproximación sociodemográfica al comportamiento reproductivo y familiar en el Uruguay*. Documento de Trabajo, 67. Montevideo: Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/6/2014/06/Aproximaci%C3%B3n-sociodemogr%C3%A1fica-al-comportamiento-reproductivo-y-familiar-en-el-Uruguay.pdf>.

Pons, J. E. y otros (2008). Conocimiento y uso de anticonceptivos por mujeres uruguayas. *Arch Ginecol Obstet*, *46* (1), 13-18.

Prisma-UNFPA (2010). *Sistematización del proceso de aseguramiento de insumos anticonceptivos en uruguaya (2005-2009)* [inédito].

Proyecto Género y Generaciones (2005). *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Informe cuantitativo*. Montevideo: MSP-INE-IM-Universidad de la República-MYSU-PNUD-UNFPA.

Anexo.
Actores clave entrevistados en 2014

Entrevistado/a	Cargo / Institución
Cristina Grela	Encargada de la transversalidad de género. Coordinadora del Programa de Salud de la Mujer y Género (2005-2009) del MSP
Leticia Rieppi	Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP
Rafael Aguirre	Responsable Programa Salud Integral de la Mujer del MSP
José Enrique Pons	Profesor de Clínica Ginecotocológica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo. Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Uruguay..
Wilson Benia	Director de la RIEPS
Elena Clavel	Directora general del SNIS
Cecilia Fernández	Coordinadora del Área de Salud Perinatal, Mujer y Género de ASSE
Mónica Gorgoroso	Coordinadora del Área Implementación de Servicios de Iniciativas Santiarias.
Magdalena Furtado	Oficial Nacional de Programa del UNFPA
Valeria Ramos	Oficial Nacional de Programa del UNFPA
Carmen Rodríguez	Sociedad Ginecotocológica del Uruguay

Durante la segunda década del siglo XXI Uruguay operó una notable transformación de las políticas de salud sexual y reproductiva que las consolidó como política de Estado y como pieza clave del compromiso político más ambicioso en términos de población y desarrollo.

Uruguay ha alcanzado la progresiva consolidación de una política pública desde el Estado uruguayo asegurando la anticoncepción gratuita y de calidad, en cumplimiento de los mandatos de El Cairo y del Consenso de Montevideo.

La buena práctica presentada refiere al diseño y al proceso de implementación de una estrategia nacional de aseguramiento de insumos anticonceptivos anclada en una política pública de salud sexual y reproductiva basada en derechos humanos y en las perspectivas de género y diversidad, que incluye un conjunto de elementos clave relacionados con reformas del Estado, legislación, diseño e implementación de políticas públicas, y con una serie de resultados.