

Durante 2023, desde el Observatorio de MYSU, se continuó dando seguimiento a la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en distintas dimensiones. Este artículo breve resume algunas de las cifras más importantes en distintas dimensiones de la SSR, incluyendo: embarazo, parto y puerperio; aborto; situación de población adolescente; anticoncepción; VIH/ITS; y violencia basada en género.

Para la elaboración de este reporte, se realizó un relevamiento de cifras oficiales, obtenidos a través de los sitios web de distintas instituciones (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio del Interior), reportes, informes y boletines periódicos, así como solicitudes de acceso a información elevadas ante el MSP. A estas fuentes se sumaron estudios de instituciones universitarias y otras organizaciones de la sociedad civil.

La información presentada en este artículo da cuenta del estado de situación general de la SSR en el país, contando con datos actualizados y que permiten valorar los avances y desafíos que la política en SSR presenta en el país, en diálogo con estudios y relevamientos previos realizados por MYSU a través de su Observatorio.

En su mayoría, se trata de información referida a mujeres y no otras identidades, reafirmando que la atención en SSR e incluso los registros oficiales y la elaboración de guías y manuales de atención ¹ continúan entendiendo las múltiples dimensiones de la misma como un “asunto” o “responsabilidad de mujeres”, faltando avanzar en las necesidades y requerimientos de otras identidades, particularmente los varones.

Esta publicación ha sido posible con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

¹ Las Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de los varones entre 20 y 65 años en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública (2020) son de los pocos documentos que trabajan específicamente en requerimientos en SSR de varones en el país.

Embarazo, parto y puerperio

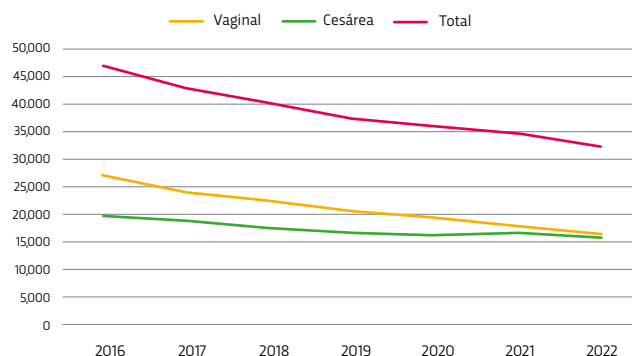
Nacimientos, partos y cesáreas

Se registra un descenso constante de los nacimientos, con una caída de poco más de 2.300 nacimientos registrados entre 2021 y 2022, **una caída de 7% interanual**. Esta cifra es similar en porcentaje de caída tanto en la capital como en el interior del país.

Esta cifra fluctúa mucho cuando se mira por tramo de edad, reduciéndose el impacto de la caída interanual a medida que la edad aumenta. Comienza con una caída del 25% de los nacimientos de niñas madres, menores de 14 años (maternidades producto de relaciones abusivas) y del 15% para los nacimientos de madres adolescentes (de 15 a 19 años). Para las mujeres madres de los últimos tramos de edad, 6% para las de 35 a 39 años, y 5% para las de 40 a 44 años. Los valores fluctúan más en edad más bajas también porque los casos absolutos son mayores para las edades más altas.

Las cesáreas siguen siendo elevadas en comparación a los partos, muy por encima de las recomendaciones de la OMS (15%), representando el 45% de los partos para el período 2016-2022, con un pico máximo de 49% en 2022, casi igualando la cantidad de cesáreas con las de partos vaginales.

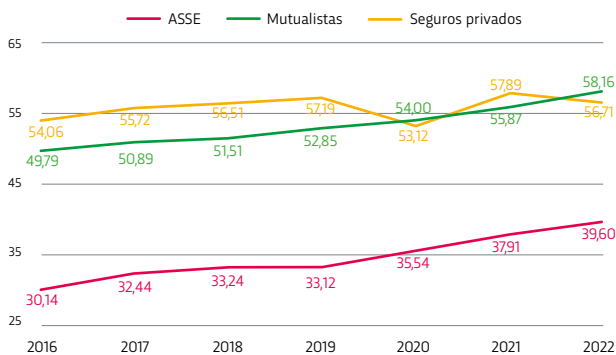
Gráfico 1. Nacimientos por tipo de parto y total. Período 2016-2022



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP).

A pesar de ser un problema de todo el sistema y que afecta en general a todos los prestadores del SNIS, se registra un número aún mayor de cesáreas en el subsector privado en el total de nacimientos como ilustra el siguiente gráfico, registrando sistemáticamente más cesáreas que partos vaginales desde 2017. Salvo mínimas variaciones, la cifra aumenta año a año para todos los subsectores.

Gráfico 2. Índice de cesárea promedio por subsector del SNIS. Período 2016-2022



Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores Asistenciales relevados por la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

Mortalidad materna

En el contexto de pandemia por COVID-19 y sumado a un funcionamiento irregular de los servicios y la escasa difusión de los mismos, a pesar de haberlos declarado esenciales, **la mortalidad materna aumentó dramáticamente en el país.**

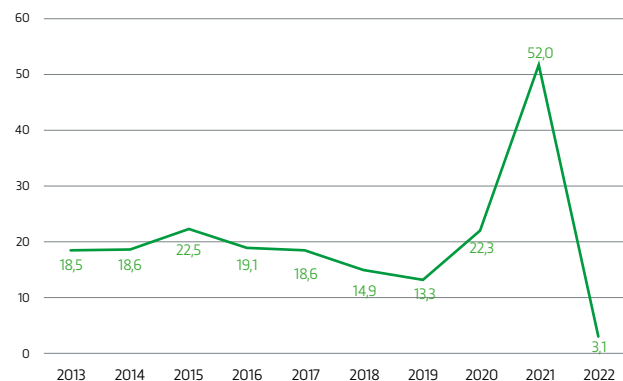
Según cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP), **la tasa de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos en 2020, se ubicó en 22,3, casi duplicando las tasas de 2018 y 2019. En 2021, volvió a duplicarse, alcanzando 52,0².**

Si bien el número de muertes absolutas se ha reducido con el correr de los años, como se puede observar en el siguiente gráfico, la tasa de mortalidad de 2021 fue la más alta que registraba el país desde la década de los 80.

11 mujeres fallecieron por razones vinculadas al embarazo, parto, cesáreas y/o aborto en 2020, mientras que se registraron 20 muertes de mujeres por esta causa en 2021. Para 2022 solo se registró una muerte según cifras oficiales.

Esta caída importante de la mortalidad materna en 2022 no ha sido explicada en la documentación oficial. Es demasiado pronto para afirmar si se trata de una nueva tendencia, una continuación de la tendencia a la baja previa a la pandemia (relacionada tanto con la implementación de políticas públicas en SSR como con el descenso sostenido e importante de los nacimientos), una reacción directa ante los resultados de los años previos, o si existen problemas de registro que pudieran explicarlo.

Gráfico 3. Evolución de la tasa de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos. Período 2013-2022



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del MSP.

Muertes por aborto legal

En diciembre de 2020 se produjo la muerte de una adolescente del interior del país, convirtiéndose en el **segundo fallecimiento en marco de un proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**. El primero sucedió en 2018, y no fue de público conocimiento, registrándose únicamente en solicitudes de acceso a información que distintos actores, incluyendo a MYSU, han realizado al MSP.

Si bien la mortalidad por aborto ha disminuido en el período 2013-2022 en comparación a lo ocurrido antes de aprobada la ley IVE, **6 mujeres han fallecido por abortos en este período**, 3 de ellas por fuera de los

2 En caso de notar discrepancias con cifras oficiales de mortalidad materna que ha difundido MYSU en el pasado, recordamos que estas cifras del MSP están sujetas a indagatorias posteriores al registro del dato y por tanto son pasibles de cambios. Pueden aparecer casos nuevos, desaparecer casos informados por estar repetidos e incluso reclasificarse algunos, por ejemplo.

servicios legales de aborto sumándose a las 2 antes mencionadas, y 1 caso de complicaciones por aborto espontáneo.

Recordemos que MYSU ha detectado fallas en la implementación de los servicios IVE que expulsan a las mujeres y personas con capacidad de gestar por fuera del sistema legal, forzándolas a continuar con embarazos no deseados o a recurrir al sistema no legal³. Las restricciones de la ley en cuanto a plazos, la complejidad del proceso y las limitaciones de acceso para migrantes, contribuyen a agudizar este problema⁴.

Por definición estas son muertes evitables, es necesario fortalecer los sistemas de registro para tener mayor claridad respecto a las causas. La Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto debe dar seguimiento y elaborar recomendaciones al MSP para superar problemas u omisiones que puedan estar causando las mismas. Dado que la forma de funcionamiento de la Comisión limita la posibilidad de acceder a sus informes, se desconoce si está elaborando recomendaciones como corresponde. En todo caso, compete a las autoridades sanitarias continuar impulsando cambios para la reducción de la mortalidad materna, y velar porque las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplan con las mismas.

El control sobre la implementación, cumplimiento de normativas y guías y resultados debería dar cuenta, además, de los problemas que genera la ley en relación a universalidad de acceso, exigencias innecesarias y dificultades operativas que contiene y que deberían ser actualizada a la luz de las evidencias y nuevas recomendaciones emitidas por la OMS en relación a la práctica y atención del aborto⁵.

Aborto legales

En 2022 se contabilizaron 10511 abortos legales, el máximo número a la fecha desde aprobada la ley, representando un aumento del 4% respecto a 2021.

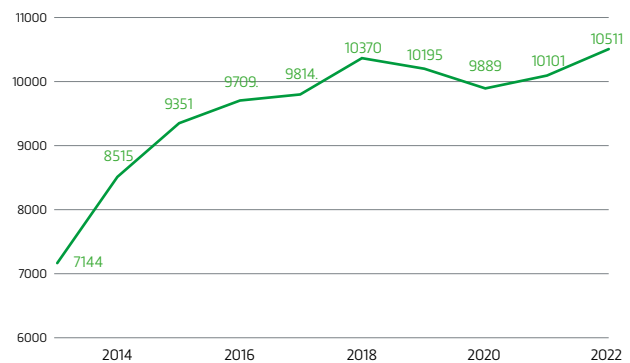
3 MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados*. Estudios Observatorio MYSU, 2013-2017. Montevideo: MYSU.

4 CLACAI (2023) *LEYES Y SOMBRAS: Regulación del aborto en Latinoamérica. Exploración por país / Uruguay*. Información elaborada por MYSU para el caso uruguayo. Último acceso el 24/10/2023.

5 OMS (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo*. Último acceso el 23/11/2023.

Después de un período de descenso, por dos años consecutivos las cifras han recuperado la tendencia al alza que la práctica tenía desde aprobada la ley IVE.

Gráfico 4. Evolución del número de IVE realizadas por año para el período 2013-2021



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en agosto de 2023.

Total de abortos legales desde que se instalaron los servicios: 95739.

47.811 se realizaron en los servicios públicos con un promedio de 4781 abortos anuales.

48.655 en el subsistema mutual, con promedio anual de 4866.

Se ha mantenido como tendencia a lo largo del período que aproximadamente la mitad de los abortos se realicen en cada subsector, con una ligera predominancia del subsector privado.

En general la mayoría de los abortos se realizan por propia voluntad de la mujer o persona gestante, y no por causales. En los casos de violación llama la atención la baja incidencia teniendo en cuenta los altos índices de violencia sexual y de género que se registran en el país. El plazo establecido de 14 semanas para esta causa no es un tiempo suficiente que permita captar todos los casos y, probablemente, muchos se resuelvan antes o fuera del sistema legal. La exigencia de denuncia policial previa podría actuar como otro factor obstructor para acudir a esta posibilidad. A su vez, los casos realizados antes de las 12 semanas, aún cuando son por violación, se registran bajo la categoría de "propia voluntad" según lo informa el MSP.

Cuadro 1. Evolución del número de IVE realizadas por causales

Causal	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	Total	Prom Anual
Propia Voluntad	7144	8515	9351	9709	9814	10370	10195	9889	10101	10351	85088	9454
Violación	9	2	4	1	1	0	2	2	4	11	25	3
Riesgo de salud de la mujer	10	12	5	5	6	3	12	5	2	0	60	7
Anomalías fetales incompatibles con la vida	8	8	2	4	9	0	1	19	4	4	55	6
Total	7171	8537	9362	9719	9830	10373	10210	9915	10111	10511	85228	9470

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en agosto de 2023.

*Aclaración: Faltan datos para arribar a la cifra preliminar declarada por el MSP para 2022, puede asumirse que hay datos que no han sido debidamente categorizados en causales para explicar la discrepancia, aquí se muestra el total declarado para cada causal y no el total real.

Aborto y “objeción de conciencia”

Para 2022 el MSP informó 107 cifras de objeción de conciencia (OC), incluyendo desglose de las RAP y hospitales departamentales y locales para el caso de ASSE. Entre estas se incluyen 14 instituciones para las que no corresponde el registro (ya que no brindan el servicio, por ejemplo, hospitales o institutos especializados como puede ser el Instituto Nacional de Reumatología) y se indica debidamente. Si se ignoran estos servicios, **se cuenta con registros para un total de 93 instituciones.**

De estas, 9 no reportan su porcentaje de OC (figuran como “sin dato” o en blanco) al menos para el caso de profesionales de ginecología en policlínicas o de guardia⁶, en algunos casos ambas cifras. Aunque conocer las cifras de OC a nivel de profesionales de guardia es importante, y puede ser crucial para que las instituciones garanticen una atención de calidad, sin sesgos a mujeres y personas gestantes en condiciones de emergencia obstétrica, a continuación se presenta el desglose de OC para personal de policlínicas por ser el directamente afectado ante solicitudes de IVE habitualmente.

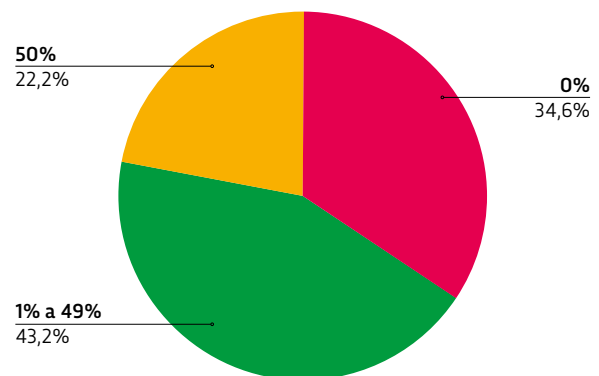
De las 81 instituciones que cuentan con personal de policlínica y para las que hay datos, 18 declararon 50% de profesionales objetores o más, incluyendo 11 unida-

6 Por ordenanza ministerial (N° 366/016) que establece el registro obligatorio que las instituciones de salud deben realizar sobre servicios de SSR e IVE, se registra el porcentaje de OC entre personal de policlínicas y personal de guardia por separado. No se reporta un porcentaje total.

des de ASSE⁷, 6 mutualistas⁸ y el Hospital Militar.

Un total de 28 instituciones, 35% del total, destacan por no tener personal objetor de conciencia en policlínicas⁹.

Gráfico 5. Distribución de servicios de aborto legal según porcentaje de objeción de conciencia en policlínicas. Año 2022



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en agosto de 2023.

7 Los Hospitales de Colonia, Paysandú, Soriano — Mercedes, las Redes de Atención Primaria — RAP de Canelones, Cerro Largo, Durazno, Salto y Rivera, el Centro de Salud de Young y el Instituto Nacional del Cáncer — INCA.

8 El Seguro Americano y el Círculo Católico (institución objetora de ideario, no practica IVE sino que deriva sus casos) de Montevideo, COMEPA de Paysandú, CAMCEL de Cerro Largo, CAMDEL de Lavalleja, e IAC de Treinta y Tres.

9 Son las siguientes: Los Hospitales públicos de Artigas, Bella Unión, Canelones, Cardona, Florida, Fray Bentos, Minas, Paso de los Toros, Las Piedras, Rocha y Treinta y Tres; en Montevideo, los Hospitales Pereira Rossell y Saint Bois; los Centros de Salud de Chuy, Dolores, Nueva Helvecia y Rosario; las RAP de Florida, Maldonado, Lavalleja, Río Negro (Fray Bentos), Rocha, Tacuarembó y Treinta y Tres, y entre mutualistas y seguros privados, AME-DRIN, CAMOC, COMEF, COMEFLO y MP.

Adolescentes

Uruguay, como país de transición demográfica temprana, ha registrado tasas globales de fecundidad (TGF) bajas –menos de 2,1 hijos por mujer en edad reproductiva– en las últimas décadas, y durante el año 2020 alcanzó 1,4, **ingresando al grupo de países con TGF muy baja**¹⁰. Según cifras de una investigación de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República, esta tendencia a la baja se ha mantenido, con la TGF alcanzando un valor de 1,27 según cifras preliminares para 2022¹¹.

Esta baja de la fecundidad también se registra en la población adolescente con una tendencia a la reducción de los embarazos entre 15 y 19 años, desde 2015.

Más del 50% de la reducción de la fecundidad en el país se debe al descenso de los nacimientos en mujeres entre 15 y 24 años.

Entre múltiples factores que explican el descenso se debe señalar que hubo estrategias dirigidas a reducir el embarazo no intencional en este grupo etario, promovidas por las instituciones de gobierno en conjunto con agencias del Sistema de NNUU entre 2016 y 2020¹².

Sin embargo, la prevención de las causas del embarazo adolescente no han sido tan eficientes en la reducción de las situaciones de abuso, explotación sexual y relaciones violentas, con alta incidencia en el país. En 2020, **el Ministerio del Interior recibió 33.004 denuncias por violencia doméstica, el 25% de estas correspondía a casos de personas entre 13 y 17 años, la mayoría mujeres.** A su vez, como recogió el informe “Embarazo Infantil en Uruguay – Aporte para la agenda” de Amnistía Internacional Uruguay¹³, según cifras del MSP, **98 niñas menores de 14 años fueron madres en 2017**, mientras que para ese mismo año el Programa de Acompañamiento Territorial de Uruguay Crece Contigo **atendió a 107 niñas y adolescentes menores de 14 años.** El informe “Niñas, no madres: unir las piezas de la violencia sexual” también de AI, reafirma las dificultades para reducir los embarazos en niñas y adolescentes de menos de 14 años, ya que en 2021 la cifra alcanzó los 108 embarazos¹⁴.

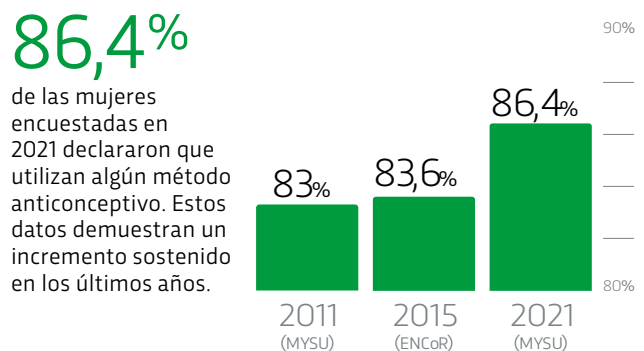
Según cifras de Amnistía Internacional, en base a datos oficiales, entre enero y mayo de 2023 se habían registrado ya 31 embarazos en niñas menores de 15 años, mayoritariamente entre niñas del interior del país¹⁵.

En 2022, la Dirección Nacional de Políticas de Género y el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior registraron **75 denuncias por el delito de contribución, retribución o promesa de retribución a la explotación sexual contra niños, niñas y adolescentes**¹⁶.

Anticoncepción

El uso de MAC por parte de las mujeres que viven en Uruguay ha ido aumentando de forma constante a lo largo del tiempo. En 2011, cerca del 83% de las mujeres utilizaban algún tipo de MAC (MYSU, 2013)¹⁷. En 2015, la cifra rondaba el 83,6% (UNFPA, 2017)¹⁸ y en 2021, se observa un salto a más de 86% (MYSU)¹⁹.

Cuadro 2. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres en Uruguay



Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta de consumo. Proyecto Impacto de la pandemia del COVID-19 en el Precio Consumidor de los Anticonceptivos Orales.

10 Pardo, I. (17 de julio de 2021). “Uruguay en su mínimo histórico de fecundidad: ¿y ahora qué?”. La Diaria.

11 Cabella, W, Fernández Soto, M, Pardo, I y Pedetti, G. La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultra-bajos (2016 - 2021). Montevideo : Udelar. FCS-UM. PP, 2023. Documento de Trabajo / FCS-PP; 11.

12 Pardo, I. (17 de julio de 2021). “Uruguay en su mínimo histórico de fecundidad: ¿y ahora qué?”. La Diaria.

13 Amnistía Internacional Uruguay (2020). *Embarazo Infantil en Uruguay – Aporte para la agenda*. Montevideo, Uruguay: Amnistía Internacional.

14 Amnistía Internacional Uruguay (2021). *Niñas, no madres: Unir las piezas de la violencia sexual*. Montevideo, Uruguay: Amnistía Internacional.

15 Amnistía Internacional Uruguay. (27 de julio de 2023). *Cada embarazo infantil es el síntoma de un sistema que falla y no protege a las niñas*. Último acceso el 24/10/2023.

16 Ministerio del Interior – Dirección Nacional de Políticas de Género (2022). *Informe sobre denuncias por violencia doméstica y asociados del Ministerio del Interior durante 2022*.

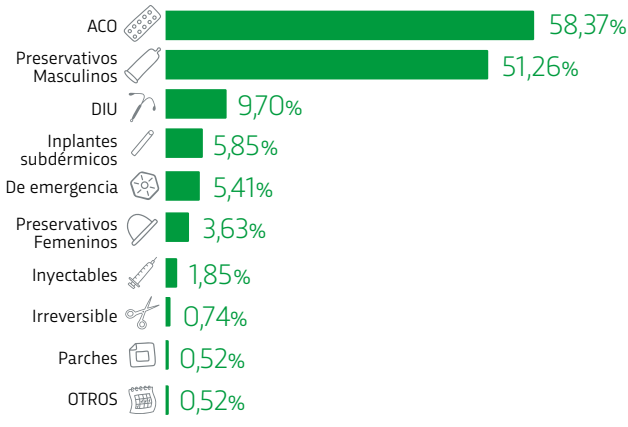
17 MYSU (2013). Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo: MYSU. Dado que no se contaba con un indicador comparable, se utilizó el % de mujeres que había utilizado preservativo alguna vez, el método más usado, como proxy de referencia.

18 UNFPA (2017). *Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ENCoR)*. Montevideo, Uruguay.

19 Resultados de la encuesta de consumo realizada en marco del proyecto “Impacto de la pandemia del COVID-19 en el Precio Consumidor de los Anticonceptivos Orales”.

La mayoría (58,37%) de las mujeres utiliza algún tipo de anticonceptivo oral (ACO), mientras que el 51,26% depende de que su pareja varón use el preservativo masculino (como único MAC o para doble protección).

Gráfico 6. Porcentaje de uso de MAC por tipo



Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta de consumo. Proyecto Impacto de la pandemia del COVID-19 en el Precio Consumidor de los Anticonceptivos Orales. (n=1350).

Solo el 23% de las encuestadas utilizan doble protección, con un método de barrera (como condones externos o internos²⁰) junto con otro método (como pastillas anticonceptivas o DIU).

El 56% de las mujeres encuestadas accede a ACO en farmacias comerciales, aun cuando el costo de acceder a métodos por fuera del SNIS sea considerablemente más elevado. Mientras que en ASSE son gratuitos y el promedio de costos en los servicios privados a enero de 2021 era de \$49,01 (poco más de un dólar²¹) para 13 ciclos, en las farmacias comerciales el promedio de costo alcanza la alta cifra de \$575,39 (alrededor de 13 dólares²²) por cada ciclo.

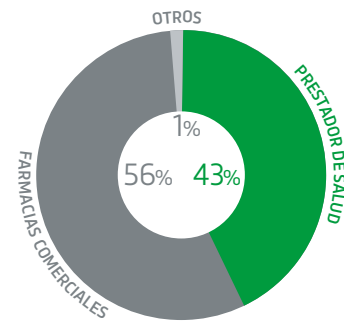
20 También conocidos como "masculinos o femeninos". El uso de condones externos e internos busca fomentar una nomenclatura inclusiva con personas con identidades no correspondiente con el adjetivo de género usado que puedan darle uso a los mismos.

21 Tipo de cambio al 23/07/2021, según BROU: <https://www.brou.com.uy/cotizaciones>. 1 dólar = 44,85 pesos uruguayos.

22 ibidem.

Gráfico 7. Lugar de compra/retiro de ACO en porcentaje

Si bien los prestadores de salud en Uruguay, tanto públicos como privados, deben brindar una cuponera de 13 dosis de anticonceptivos orales a bajo costo a quienes lo soliciten, sólo un 43% de las mujeres retiran en su prestador. Esta cifra refleja la falta de promoción y difusión de las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

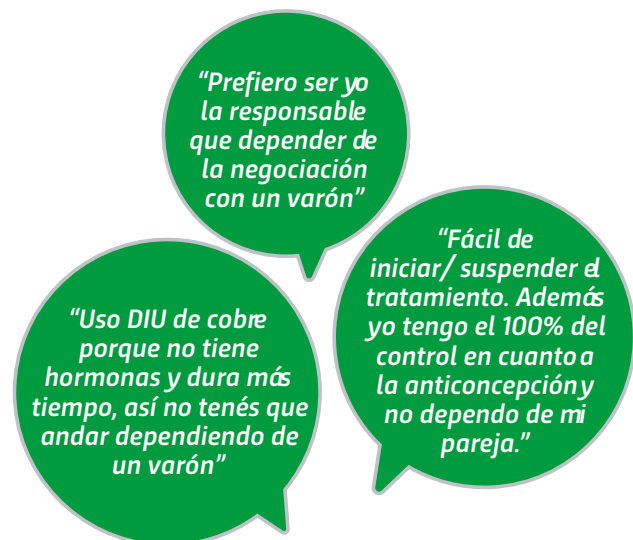


COSTOS DE ACO

ASSE	\$0,00
Promedio en Mutualistas	\$49,01 (x13 ciclos) - =U\$5 1
Promedio en Farmacias	\$575,39 (x1 ciclo) - =U\$5 13

Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la encuesta de consumo. Proyecto Impacto de la pandemia del COVID-19 en el Precio Consumidor de los Anticonceptivos Orales. (n=652)

Por otra parte, la autonomía de las mujeres también se ve limitada ya que declaran tener pocas posibilidades de negociar el uso del MAC que más le sea conveniente y adecuado. Estudios previos de MYSU identificaron que un 43% de las mujeres no podían controlar por sí mismas su método anticonceptivo²³. Uno de los factores que lo impiden es la desigualdad de género.



Muchas mujeres manifestaron tener conflictos y problemas para negociar el uso del condón con sus parejas.

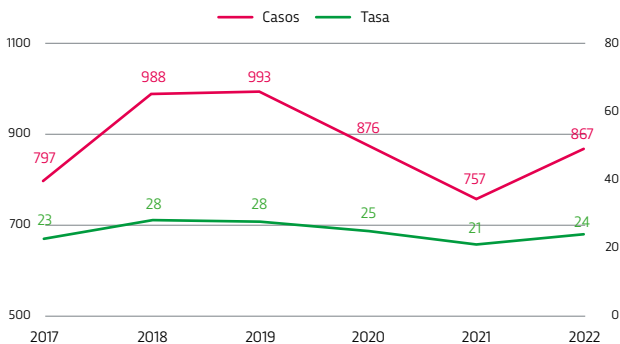
23 MYSU (2013). Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo: MYSU.

Algunos relatos dan cuenta del bajo registro sobre la doble protección necesaria para prevenir ITS además de evitar embarazos no buscados.

VIH/ITS²⁴

Según cifras del MSP, entre 2017 y 2022, se registró un promedio de **896 nuevos casos de VIH por año**. Se estimaba que el descenso en 2020 pudiera deberse a menor número de testeos en contexto de pandemia por COVID-19, sin embargo, la cifra volvió a descender en 2021 aunque el número de testeos aumentó (de 213.184 test en 2020 a 339.501 en 2021). En 2022, la cifra volvió a aumentar, se desconoce si la variación de las cifras esté vinculada o no al número de testeos. Para valorar mejor estas tendencias, deberá observarse el comportamiento en los próximos años.

Gráfico 8. Distribución de nuevos casos de VIH y evolución de la tasa cada 100.000 habitantes. Período 2017-2022

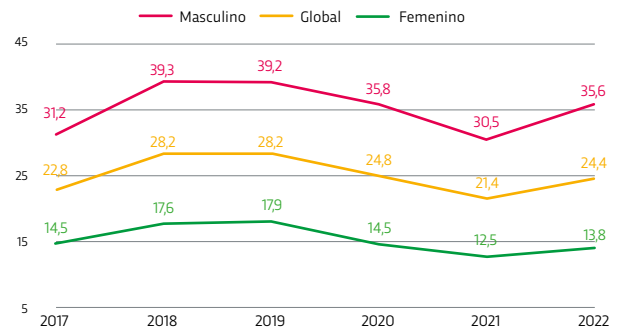


Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2022 y el Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2023.

El MSP también ha informado que la relación hombre/mujer se ha mantenido estable en el entorno de 2,3 hombres por cada mujer con VIH. Los hombres representaban alrededor del 70% de los nuevos diagnósticos en 2022.

²⁴ Cifras provenientes del Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2023, salvo que se indique lo contrario. Último acceso el 26/10/2023.

Gráfico 9. Evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones por sexo. Período 2017-2022



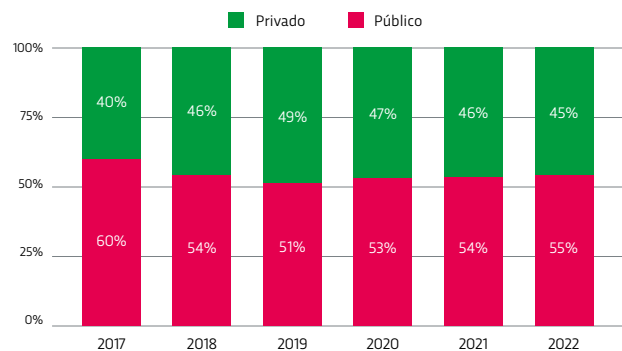
Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2022 y el Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2023.

La **media de edad de los nuevos diagnósticos es de 38 años**, no observándose diferencias estadísticas entre varones y mujeres. No se releva información respecto a otras identidades o se las contabiliza en alguna de las categorías binarias.

La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH en Uruguay. En 2021 del total de notificaciones que reportan la vía de transmisión, **el 99 % de los nuevos casos de VIH se registran por vía sexual**. La tasa vertical continúa ubicándose por debajo del 2% desde 2016, con una tendencia a su eliminación de sostenerse las políticas de tratamiento específico para mujeres embarazadas y en situación de lactancia.

El 55% de los casos nuevos en 2022 se registran en los prestadores públicos, con una tendencia que se mantiene relativamente estable para todo el período.

Gráfico 10. Distribución de los nuevos diagnósticos VIH según tipo de prestador. Período 2017-2022



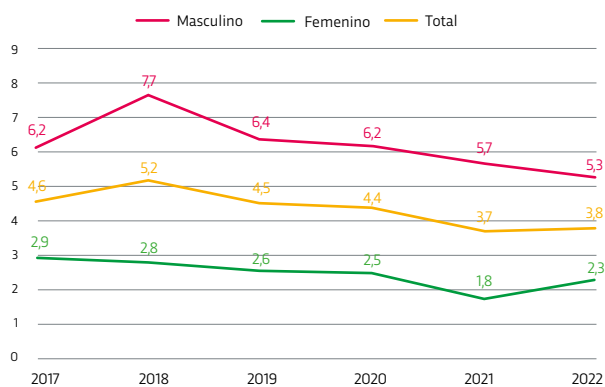
Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2022 y el Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2023.

La cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) entre la población diagnosticada alcanzó el 77% en 2022, mientras que **el 63% de las personas bajo TARV presentan carga viral indetectable.**

“En julio de 2021 el Ministerio de Salud Pública a través de la Ordenanza N° 815/021, hace énfasis en la importancia de la notificación del caso, del reporte de la fecha de inicio y plan de TARV, en el nivel de CD4 al momento del diagnóstico y la fecha de carga viral indetectable.” (Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2023)

La mortalidad se mantiene estable, con una ligera tendencia a la baja, alcanzando su valor mínimo para en 2021. Aunque aumenta ligeramente en 2022, reflejando un incremento en la tasa de mortalidad femenina, no se puede afirmar que la tendencia a la baja esté revirtiéndose.

Gráfico 11. Distribución de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA cada 100.000 habitantes según sexo. Período 2017-2022



Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Epidemiológico sobre VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 29 de julio de 2022.

Según información del Sistema Informático Perinatal (SIP) de registro obligatorio por parte de los prestadores de salud del SNIS, en 2021, la incidencia de VDRL positivo en las embarazadas del hospital Pereira Rosell fue la más alta registrada en los últimos 10 años. **En 2010 tuvo un pico de 4,4 cada 100, y desde 2018 ha aumentado año a año: comenzando en 3,1, subió a 3,7 en 2019, aumentó nuevamente llegando a 4,3 en 2020, y alcanzó 5,5 en 2021**²⁵.

²⁵ Palomeque, N. (15 de octubre de 2022). "Aumentan los casos de sífilis en embarazadas y recién nacidos". Diario El País. Último acceso el 01/11/2023.

Esta tendencia se viene registrando en el país a nivel nacional. **Las últimas cifras disponibles desde el MSP registran que la incidencia de la sífilis congénita pasó de 1,1 en 2017 (su pico más bajo desde 2014) a 2,3 en 2019.**

Los casos de sífilis en general han aumentado también, **mientras que en 2018 se registraron 2.265 casos, en 2021 alcanzaron los 3.924**, según datos oficiales, reforzando la noción de que esta epidemia está cobrando fuerza una vez más en Uruguay, siguiendo tendencias regionales identificadas por la Organización Panamericana de la Salud²⁶.

Violencia basada en género²⁷

En los primeros 10 meses de 2022 se registraron en el país **33.350 denuncias por violencia doméstica y otros delitos asociados** lo que representa **110 denuncias diarias, una denuncia cada 13 minutos. Son 1.549 más que en 2021.**

Un 64,3% de las denuncias de violencia de género son a parejas o con quien han mantenido un vínculo afectivo-sexual, el 35,7% se trata de situaciones entre familiares consanguíneos o políticos.

Los espacios domésticos y los vínculos interpersonales más cercanos siguen siendo los principales escenarios en los que se registran este tipo de violencias. Sin embargo, cabe resaltar que se desconoce la incidencia de otros tipos de violencia basada en género y su nivel de denuncia.

La violencia psicológica fue en el 52,8% de los casos denunciados mientras que 39,1% fueron por violencia física. El resto de las denuncias fueron por otras dimensiones y expresiones de la violencia basada en género establecidas en la **ley 19580**. Entre ellas, el 0,3% de las denuncias fue por violencia basada en odio o discriminación por identidad de género u orientación sexual.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) (5 de julio de 2022). [Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas..] Último acceso el 26/10/2023.

²⁷ Ministerio de Desarrollo Social (06 de diciembre de 2022). Informe sobre denuncias por violencia doméstica y asociados del Ministerio del Interior durante 2022. Último acceso el 31/10/2023.

El 75% de las personas afectadas por situaciones de violencia doméstica y delitos asociados son mujeres, mientras que en el 25 % hombres. Esta tendencia se revierte por completo en el caso de los victimarios (75,5% varones, 24,5% mujeres).

En 84% de los casos fue la propia víctima quien realizó la denuncia y, en un tercio de los casos que hubo feminicidio, se había realizado denuncia previa.

De acuerdo a la ocurrencia del hecho, se observa que el 67% de los femicidios sucedieron en una residencia, el 21% tuvo lugar en la vía pública y en 12% de los casos en otros lugares no identificados específicamente.

En cuanto a las denuncias previas hacia los autores de los homicidios a mujeres por violencia doméstica basada en género, se observa que en el 37% de los casos existía denuncia.

Femicidios

En lo que refiere a los homicidios a mujeres por violencia basada en género, es decir aquellas situaciones en donde existen elementos que hacen presumir la existencia de odio, desprecio o menosprecio contra una mujer por su calidad de tal, se han registrado 24 casos en los primeros 10 meses del año 2022.

7 de cada 10 casos se trató de un “femicidio íntimo”²⁸, y los restantes casos fueron por otros vínculos.

En los primeros 10 meses del 2022, cada 9 días, se mató o intentó matar a una mujer solo por serlo.

Violencia sexual

Entre enero y octubre del 2022, hubo 2766 denuncias de delitos sexuales²⁹ en todo el país, frente a 2520 denuncias en 2021, lo que representa un aumento interanual de 9,8%. Del total de delitos sexuales denunciados en 2022, **82% de las víctimas fueron mujeres.**

Gráfico 12. Distribución de las denuncias de delitos sexuales por sexo, según tramo de edad. Año 2022



Fuente: Dirección Nacional de Políticas de Género – Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad

28 A mano de parejas o exparejas, según definiciones manejadas por el Ministerio del Interior.

29 Según los registros del Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, estas cifras incluyen los delitos de abuso sexual (en sus tres tipificaciones: abuso sexual, abuso sexual especialmente agravado y abuso sexual sin contacto corporal), delito de atentado violento al pudor y violación.

Si se observa la distribución de las denuncias por tramo de edad de las personas afectadas, se puede observar que el sesgo de género está presente en todas las edades, pero crece de forma significativa desde la adolescencia en adelante.

Consideraciones finales

Uruguay ha sido un país de avanzada en reconocer y garantizar condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pero aún está lejos de alcanzar los estándares requeridos para asegurar la universalidad en el acceso a los servicios y a recursos, la calidad de la atención y para organizar un sistema de información y evaluación que permita detectar y superar los problemas y así adecuar y mejorar la respuesta.

La investigación realizada sistemáticamente por MYSU muestra que los recurrentes problemas de información y comunicación presentes en el sistema nacional de salud representan un serio obstáculo en el acceso a condiciones que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en lo que respecta a la interrupción voluntaria del embarazo, en particular, y de los de salud sexual y reproductiva en general. No hay estrategias sostenidas y sustentables que tengan el claro propósito de difundir las normativas y los servicios creados así como la información requerida para promover prácticas protegidas, placenteras y responsables, y por lo tanto se ha incrementado la brecha entre oferta y requerimientos en este campo de la salud.

Es necesario un monitoreo sostenido sobre el cumplimiento de la amplia normativa existente y optimizar la oportunidad que ofrece la atención en salud para organizar prestaciones adecuadas y oportunas, difundir información y conocimiento sobre estos derechos, mejorar la calidad, cantidad y pertinencia de los servicios y relevar el grado de conocimiento y apropiación de la SSR por parte de la población, en su amplia diversidad de requerimientos. La prevención y la promoción en salud deberían posicionarse en un lugar prioritario en el accionar de las instituciones. Utilizar recursos legales o contar con mecanismos participativos que prioricen el control del cumplimiento de la normativa podría favorecer también el acceso a información y agenciamiento de derechos por parte de la población usuaria.

Existen problemas del Sistema de Salud para el relevamiento de datos en salud sexual y reproductiva en

sus distintos componentes, necesidades y características de la población. Se identifican debilidades tanto en el relevamiento como en su sistematización y disponibilidad pública de la información. Son débiles y deficitarios los registros que permitan análisis de la información y su cruce por variables étnico raciales, territoriales, por sexo/género y nivel socio educativo, entre otras. En aborto, por ejemplo, no existen mecanismos para medir el alcance de la "objeción de conciencia" de profesionales de la ginecología para brindar el servicio a nivel departamental o nacional. Hay dificultades impuestas por la norma o por resoluciones institucionales que impiden generar mecanismos de control que permitan dar cumplimiento a lo estipulado por la ley. Por disposiciones administrativas no es posible, por ejemplo, controlar que no se hayan realizado objeciones en una institución y no en otra por parte del mismo profesional³⁰.

En materia de VIH, aunque la cobertura del TARV se ha incrementado en los últimos años, sigue encontrándose muy lejos de las metas internacionales, tal y como la meta 90-90-90 de ONUSIDA³¹ que pretendía que para 2020 el 90% de las personas con VIH estuvieran diagnosticadas, el 90% de las personas diagnosticadas recibiera tratamiento y el 90% de las personas con TARV tuviera carga viral indetectable. En la última década la cobertura se ha incrementado alrededor de un 10%, pero aún no alcanza a 8 de cada 10 personas diagnosticadas.

La atención para adolescentes sigue teniendo dificultades para instalarse, ya que no se cuenta con los recursos humanos suficientes y debidamente capacitados, para cumplir con el esquema interdisciplinario y abordaje integral esperado por el MSP a través de decreto ministerial³². En este sentido, resulta preocupante que no se logren subsanar los problemas detrás del embarazo infantil y adolescente. Las cifras sobre delitos sexuales y las tasas de fecundidad adolescente de los últimos años reflejan que es un problema que persiste y sobre el que es difícil abordar si no se atiende la complejidad de sus causas con el propósito de revertirla. Es fundamental contar con dispositivos de participación ciudadana que den seguimiento a las políticas para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que incluyan a la población beneficiaria de algún modo para contemplar sus verdaderas necesidades.

30 *Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Artículo 11 (Objeción de conciencia).

31 ONUSIDA (s/f). *90-90-90: Tratamiento para todos*. Último acceso el 01/2023

32 *Decreto 55/020 de regulación de las formas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud para Adolescentes*.

Es necesario mejorar el registro sobre el uso de métodos anticonceptivos, desarrollar campañas para su conocimiento y uso así como se debe regular y controlar el costo de los métodos anticonceptivos para garantizar la accesibilidad de acuerdo a las demandas de cada persona. Debería ser más transparente y generar mejores mecanismos en la compra de insumos por parte de los prestadores de salud y laboratorios, garantizando continuidad y tipo de métodos ante emergencias, como fue el caso de la emergencia sanitaria por COVID-19. Asegurar el debido abastecimiento y sostenibilidad de los insumos así como promover el uso informado de los distintos métodos anticonceptivos es fundamental para que existan mejores condiciones para tomar decisiones con libertad y autonomía.

La vulneración de derechos y la violencia de género tienen una importante incidencia que no logra abatirse a pesar de las medidas tomadas y las acciones emprendidas.

Para contribuir a mejorar las condiciones para ejercicio real de la población a los derechos sexuales y reproductivos, MYSU recomienda:

- Mejorar los mecanismos para informar a la población sobre estos derechos y el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo campañas informativas de promoción y prevención, sostenidas en el tiempo.
- Garantizar presupuesto debidamente etiquetado que asegure insumos en anticoncepción, medicación abortiva, tratamiento para ITS/VIH, atención integral a adolescentes y a diversidad sexual así como otros insumos necesarios para requerimientos en salud sexual y reproductiva, asegurando amplia distribución en todos los prestadores del Sistema de Salud.
- Revisar la ley IVE con el propósito de mejorar las condiciones para el acceso y la cobertura universal de estos servicios (controlar el uso abusivo de la objeción de conciencia, habilitar la prescripción de la medicación para abortar a otros profesionales debidamente capacitados y erradicar la restricción a mujeres migrantes para acceder al aborto legal, como mínimo).
- Fortalecer las capacidades de fiscalización y rectoría de las autoridades sanitarias para garantizar el efectivo cumplimiento de las guías y protocolos en SSR y el funcionamiento de los servicios estipulados por ley, con adecuados mecanismos de sanción para los prestadores y profesionales que no cumplen con lo que establece la ley. Mejorar también el sistema de información y cumplir con la periodicidad y exigencia estipulados en la norma para asegurar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- Garantizar una atención integral, en todas las dimensiones de la SSR, y también a nivel de servicios específicos, como los servicios de atención adolescente. Asegurar recursos financieros y humanos, debidamente capacitados para atender a las necesidades de esta población de forma adecuada también a nivel departamental.
- Controlar el debido cumplimiento de las prestaciones en anticoncepción por parte de las instituciones de SNIS, reforzando el rol del MSP como ente rector y evitando fugas del sistema de salud hacia el mercado, que encarece el costo de los métodos en la vida de las personas.
- Realizar campañas de comunicación para combatir el estigma en torno al aborto dado que la interrupción voluntaria del embarazo es otro requerimiento en salud que debe estar cubierto por el sistema sanitario. Esto también contribuiría a que existan denuncias cuando la atención es deficiente o se violentan los derechos consagrados.
- Reinstalar espacios de diálogo y asegurar su efectivo funcionamiento para que las organizaciones sociales que hemos impulsado esta agenda podamos participar en la definición de contenidos y prioridades, mecanismos de evaluación de resultados para mejorar la respuesta de estas políticas públicas.

Mysu, Noviembre 2023

Este material fue elaborado por Santiago Puyol a cargo del Observatorio de MYSU con la coordinación de Lilián Abracinskas.