

**18ª sección EXAMEN PERIODICO UNIVERSAL**  
**SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN URUGUAY**

---

Este informe es presentado por Iniciativas Sanitarias<sup>1</sup> y la Iniciativa por los Derechos Sexuales. Se analiza el contexto legal y político-sanitario del Uruguay en temas específicos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y se realizan recomendaciones al Estado Uruguayo desde la experiencia de Iniciativas Sanitarias en el trabajo con instituciones sanitarias, equipos de salud y usuarios/as

**1. Marco legal y político-sanitario en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos**

La 25ª. Conferencia Sanitaria Panamericana convalidó la importancia de la salud reproductiva para el desarrollo humano poniendo de relieve la necesidad de un nuevo paradigma que presente un enfoque integrado con una orientación de ciclo de vida y de familia habida cuenta que las respuestas tradicionales basadas en aspectos clínicos no han sido satisfactorias para atender a las necesidades en este campo vasto y complejo de la salud<sup>2</sup>.

En este contexto surge la necesidad de emprender una reforma profunda del sistema de salud con el objetivo de mejorar el estado de salud de las poblaciones mediante el fomento y la mejora del acceso, la equidad, la calidad, la sostenibilidad y la eficiencia en la dispensación de los servicios de atención de salud al mayor número posible de personas. En el Uruguay la reforma del sector sanitario ha intentado aumentar la cobertura y fomentar la equidad en la prestación de servicios y la participación de usuarios/as en la gestión del sistema de salud

En este contexto, en la última década, se han concretado avances en materia legislativa en relación a la protección del derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos algunos de los cuales señalamos a continuación:

Ley 17.514, julio 2002. Violencia Doméstica. Decláranse de interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación

Ley 17.930, diciembre 2005. Presupuesto Nacional 2005-2009. Creación del Instituto Nacional de las Mujeres. Encargado de ejercer, como ente rector de las políticas de género, las funciones de promoción, diseño, coordinación, articulación, ejecución, así como el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas.

Ley 18.104, marzo 2007. Igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres en la República Oriental del Uruguay. Determina las bases del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos

Ley 18.211, diciembre 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Regula “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud”. Consagra dentro de sus principios rectores: la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población, la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios y la orientación preventiva, integral y de contenido humanista, entre otros.

Ley 18.426, diciembre 2008. Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El Estado se asume como garante de las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñando

---

<sup>1</sup> Iniciativas Sanitarias (IS), fundada en el año 2001, es una asociación de profesionales de la salud multi e interdisciplinaria en su integración y funcionamiento que promueve el desarrollo teórico y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones, en tanto derechos humanos básicos.

Nuestra visión se basa en el desarrollo de una práctica profesional que defienda y promueva los derechos humanos en el contexto de la relación sanitaria. Aportando desde los valores profesionales a la mejora de las condiciones y el ejercicio de los derechos vinculados a la salud de las personas, e incidiendo hacia el cambio social, cultural y político.

<sup>2</sup> OPS. OMS. 25ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. 1998

programas y organizando los servicios para desarrollarlos.

En su artículo 6º prevé “la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”

Ley 18.437, diciembre 2008. Ley General de Educación, que incluye la educación sexual como eje transversal de toda la política educativa nacional

Ley 18.987, octubre 2012. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que despenaliza el aborto y regula el procedimiento dentro de las 12 primeras semanas de gestación (salvo situaciones especiales)

Ley 19.075, mayo 2013. Matrimonio Igualitario. Entre otros temas, permite y regula el casamiento entre personas del mismo sexo. Está pendiente su reglamentación

Paralelamente dentro de sus competencias el Ministerio de Salud Pública (MSP) como rector de las políticas públicas sanitarias ha reglamentado y normatizado las prestaciones en salud sexual y reproductiva, a través de guías específicas para los temas recogidos en estas leyes, y en los distintos niveles que requieren ser abordados: gestión de servicios e insumos, guías clínicas basadas en evidencias, derechos de usuarios/as, integración de comités de ética, intersectorialidad de la política pública, etc

En este contexto legal y normativo de avanzada, el punto crítico es hoy el acceso a los servicios sanitarios en un verdadero marco de derechos. El modelo de atención tradicional basado en aspectos clínicos, epidemiológicos, y abordajes biologicistas no se centra en las necesidades y los derechos de los usuarios/as y es por tanto ineficiente para satisfacer su demanda

Según datos del 2011<sup>3</sup>, solo el 5,4 % de las instituciones tiene implementados servicios de salud sexual y reproductiva integrales según lo previsto en la ley 18.426: con equipos multidisciplinarios designados y de dedicación exclusiva a esta tarea, que realicen las 4 prestaciones definidas como básicas (Consejería y tratamiento en anticoncepción, violencia doméstica, embarazo no deseado y sexualidad)

Los tiempos de respuesta institucional no se adaptan a las necesidades de la población: 84% de los servicios tienen una demora<sup>4</sup> mayor a siete días y el 79% de ellos demoran<sup>5</sup> más de 6 meses en realizar una ligadura tubaria

Los servicios atienden sobretodo y casi exclusivamente a mujeres y no se han implementado aún estrategias de inclusión de la diversidad sexual, étnico-racial, religiosa o de personas con capacidades diferentes

Sólo el 19,4% de los servicios emplean algún instrumento de monitoreo de calidad y es excepcional que este monitoreo incluya sistemáticamente la evaluación de la satisfacción de los usuarios/as

Investigaciones focales muestran que las prácticas y las concepciones de los equipos de salud en general no son empoderantes sino disciplinantes, basadas en cierta expectativa de obediencia por parte de los equipos sanitarios<sup>6</sup>

Encuestas aplicadas a ginecólogos/as<sup>7</sup> indican que los menores grados de comodidad con la práctica se ven en temas tales como diversidad sexual, violencia doméstica e IVE. Las dificultades

---

<sup>3</sup> MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD. APLICACIÓN DE LA LEY 18.426. INFORME LINEA DE BASE 2011. MSP/UNFPA/IS

<sup>4</sup> Tiempo transcurrido desde la solicitud de la consulta hasta la realización de la misma

<sup>5</sup> Tiempo transcurrido desde la solicitud de la ligadura hasta la realización de la intervención quirúrgica

<sup>6</sup> Monitoreo socioantropológico. Identificación de facilitadores y obstáculos para el acceso al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital Pererira Rossell. En: Gorgoroso M, Briozzo L, Stapff C, Fiol V, Leus I, Labandera A, Pereira M. “Ser parte de la solución... la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay” Ed. Tradinco. Montevideo, marzo 2011

<sup>7</sup> PROYECTO: Salud Sexual Y Reproductiva: «Promoviendo el acceso universal a los servicios integrales y de calidad» Médicos del Mundo/MSP/IS Encuesta a ginecólogos/as. 2012.

se vinculan a aspectos institucionales y personales: falta de recursos humanos, falta de tiempo en la consulta, falta de formación y prejuicios

## **2. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva**

### **2.1. Acceso a los métodos anticonceptivos (MAC)**

El MSP compra y garantiza la distribución de los MAC para todo el sistema de salud, y el 100% de las instituciones sanitarias dicen brindar prestaciones en anticoncepción, sin embargo según datos del monitoreo del MSP solo el 47,2 % utilizan el sistema de cuponerías dispuesto por ese ministerio para facilitar el acceso a los anticonceptivos orales y el 33,3 % lo utiliza para la dispensación de preservativos

El 60% de las mujeres que consultan por embarazos no deseados refieren estar usando un MAC que falló. Las causas de la falla del MAC se relacionan con la falta de información completa y veraz sobre su correcto uso (ACO) y con las dificultades de negociar las decisiones reproductivas con el varón (preservativos)

### **2.2. Acceso a técnicas de esterilización femenina y masculina**

Se identifican dos tipos de barreras institucionales para el acceso a la esterilización:

- Aspectos logísticos de la coordinación quirúrgica (disponibilidad de horas de block, disponibilidad de anestesistas, disponibilidad de laparoscópio, priorización de otras intervenciones en desmedro de las esterilizaciones tubarias o vasectomías)
- Actitud de los profesionales médicos/ginecólogos ante la solicitud de la ligadura por parte de la mujer. Persisten actitudes paternalistas en las que los profesionales actuantes no están de acuerdo con realizar la esterilización ante la sola solicitud de la mujer, por lo que sólo se accede a la ligadura en caso de afectación física, psicológica o intelectual de la salud de la mujer. Aunque se conozca la ley y el derecho de la mujer a solicitar la ligadura, las prácticas no han cambiado y no se está brindando esta prestación en los términos éticos y normativos que corresponden

### **2.3. Acceso a la atención en salud sexual**

La salud sexual es la gran ausente. Solo el 36% de las instituciones que han implementado servicios de salud sexual y reproductiva, brindan orientación y tratamiento en salud sexual y sexualidad. La mayoría de los profesionales médicos refiere no contar con formación básica para un abordaje inicial de la salud sexual de las/os usuarios/as y el tema en general se invisibiliza y/o evita

Reforzando los paradigmas biologicistas ya mencionados suelen acotarse las acciones en salud sexual a la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

No se visualiza a la sexualidad y al placer sexual como un derecho humano y a la salud sexual como una parte trascendente de la calidad de vida de las personas.

Consecuentemente con ello en Uruguay no existe una formación universitaria (formación de grado, diplomatura, maestría) acreditada y sistemática en sexualidad

Las currículas profesionales de las distintas disciplinas que trabajan en la salud incluyen escasas y superficiales menciones sobre la sexualidad

La forma de acceder a esta formación es a través de institutos privados cuyos referentes se han capacitado en el exterior del país, con lo cual el saber está restringido a quienes pueden pagarlo

### **2.4. Acceso a técnicas de reproducción asistida**

Existe un vacío legal en este tema en el Uruguay. Hay un proyecto de ley en discusión en el parlamento que garantizaría el acceso a las técnicas de reproducción asistida de baja y alta complejidad, si bien es discutible que las garantías sean universales. El texto del proyecto excluye de hecho a las personas no heterosexuales y también a quienes viven con ITS o patologías que puedan ser heredadas a la descendencia. Hoy por hoy existe una gran barrera económica para el

acceso a los tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad

## **2.5. Acceso a servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**

La Ley 18.987 entró en vigencia el 22 de noviembre del 2012

Los servicios y el proceso asistencial previsto en la Ley y su reglamentación forman parte del programa integral de atención en salud, siendo obligatoria su implementación en todas las instituciones que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud

En los meses de marzo a mayo de 2013, el MSP realizó capacitaciones para equipos de gestión, y equipos profesionales multidisciplinarios de dichas instituciones

El 30% de los/as ginecólogos/as presentaron objeción de conciencia y no brindan servicios de IVE

Todos los prestadores sanitarios han implementado servicios de IVE y reportan mensualmente las interrupciones efectuadas al MSP

Existe un gran desconocimiento por parte de las usuarias tanto de los contenidos de la Ley como de las vías de acceso a los servicios

La población de frontera no pueden acceder a los servicios seguros de IVE ya que para ello la mujer debe ser ciudadana uruguaya o haber residido en el país por espacio mayor o igual a 1 año

Culturalmente la sociedad uruguaya estigmatiza el aborto e idealiza la maternidad, sobre todo en las poblaciones pequeñas y del interior del país, donde además el manejo inadecuado de la confidencialidad genera desconfianza en las mujeres, todo lo cual opera como barrera para acceder a los servicios de IVE

Evidencias indirectas permiten inferir que muchas mujeres aún gestionan su proceso de aborto en la clandestinidad y por fuera del sistema de salud

## **2.6. Acceso a servicios de atención en casos de violencia doméstica**

En el mes de mayo 2013, fue presentada la “Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en los servicios de salud”, realizada en el marco del “Programa Integral de lucha contra la Violencia de Género”, que lleva adelante el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional de las Mujeres, el Ministerio del Interior y el Poder Judicial, y es resultado del trabajo articulado entre la Facultad de Medicina, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud Pública. La encuesta se enfocó a mujeres de 15 o más años asistidas en servicios de salud públicos y privados en localidades de cinco mil o más habitantes.

Los principales resultados dan cuenta que:

- más de 1 de cada cuatro mujeres manifiestan haber vivido episodios de violencia doméstica en alguna de sus expresiones
- 35% de estos casos ocurrieron con frecuencia semanal o diaria
- el 35% de las mujeres considera que fueron hechos graves o muy graves
- el 14% de las situaciones de Violencia Doméstica tuvieron lugar cuando la mujer se encontraba embarazada<sup>8</sup>.

El MSP implementó desde el 2007 una estrategia de detección activa y repuesta temprana, desde el espacio en el que se detecten estas situaciones en los servicios de salud, con 103 equipos de referencia distribuidos en todo el país, coordinados en la Red de Equipos de Salud y Violencia Doméstica. Desde el año 2010, la indagación de rutina es parte de las metas prestacionales que el MSP fiscaliza. En el año 2012, esta estrategia permitió detectar y atender a 4.094 mujeres que vivían en situación de violencia.

Los equipos de salud refieren que las mayores dificultades al abordar la violencia doméstica se relacionan con aspectos personales (falta de formación en el tema, sentimientos de frustración), institucionales (falta de respuesta institucional eficiente en el sistema de salud y judicial, falta de equipos multidisciplinarios) y propios de la usuarias (miedo a denunciar, negación y falta de apoyo)

---

<sup>8</sup> <http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/violencia-domestica-encuesta-cifras-acciones>

Las organizaciones de mujeres especializadas en el tema denuncian que la detección de violencia doméstica no es sistemática y la respuesta institucional del sector salud ante estas situaciones es insuficiente, parcial y no articulada con otros actores claves

A nivel del Poder Judicial el proceso de denuncia y prueba, revictimiza a la mujer y las medidas de protección y/o restricción aún son inefectivas

En el Uruguay cada 9 días muere una mujer víctima de violencia doméstica

### **3. Recomendaciones**

Considerando que las barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva antes mencionadas reconocen las siguientes causas que actúan como denominador común:

- La calidad de la relación sanitaria entre instituciones, equipos de salud y usuarios/as. Relación que no se centra en las necesidades y derechos de los/as usuarios/as
- La falta de capacitación en salud sexual y reproductiva, género y derechos en los equipos de salud
- La falta de difusión de los derechos sexuales y reproductivos y de los servicios sanitarios garantizados por ley
- La escasa participación de los usuarios/as en la gestión de los servicios de salud
- La pautas culturales que perpetúan las inequidades y la discriminación en base al género, la orientación sexual, la pertenencia étnico-racial y la discapacidad entre otras

#### **Consideramos que el Estado Uruguayo debería:**

- 3.1. Profundizar la difusión y discusión de los derechos sexuales y reproductivos en el campo de la salud y la educación, incluyendo la elaboración de guías de recursos sanitarios
- 3.2. Profundizar la discusión ciudadana y las acciones para combatir la discriminación en base al género, la orientación sexual, la pertenencia étnico-racial y la discapacidad. Implementar el Sistema Nacional de Cuidados, presupuestalmente relegado en la presente administración
- 3.3. Fomentar la mayor participación de los usuarios en la gestión del sistema de salud, desde la normativa hasta la logística de los servicios y la gestión presupuestal de las instituciones sanitarias
- 3.4. Fortalecer el funcionamiento de los comités de ética institucionales con la activa participación de los representantes de los/as usuarios/as
- 3.5. Establecer mecanismos de denuncia y gestión de la queja, transparentes y públicos
- 3.6. Establecer mecanismos concretos de contralor de la calidad de los servicios que incluya sistemáticamente la evaluación de la satisfacción de los/as usuarios/as. Acreditar los servicios de salud sexual y reproductiva en base a esta evaluación de calidad
- 3.7. Fiscalizar el cumplimiento de las normativas sanitarias y establecer sanciones al incumplimiento
- 3.8. Instrumentar el eje transversal de educación sexual en todo el sistema educativo
- 3.9. Sistematizar la formación de pregrados en salud y derechos sexuales y derechos reproductivos. Acreditar la formación universitaria en sexualidad democratizando el acceso a la misma. Exigir la reacreditación de profesionales de la salud que incluya actualización temática en salud sexual y reproductiva, género, derechos, bioética y confidencialidad
- 3.10. Operativizar el funcionamiento institucional del Colegio Médico y la aplicación del Código de Ética Médica como estrategia de autorregulación profesional y relacionamiento legítimo con la sociedad en su conjunto
- 3.11. Garantizar el acceso universal a las técnicas de reproducción asistida de baja y alta complejidad
- 3.12. Garantizar el acceso a los servicios de IVE seguros, no estigmatizantes y confidenciales en todo el país
- 3.13. Profundizar las acciones de prevención de la violencia doméstica y mejorar la respuesta institucional: contención en el sistema de salud, efectividad del proceso judicial para proteger a las víctimas, generación de rutas de salida para las mujeres y sus hijos/as