

**MONITOREO
DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO
EN VIH – sida (UNGASS, Naciones Unidas)
SOBRE LAS METAS EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES**

INFORME DE LA SOCIEDAD CIVIL

**URUGUAY
2008 - 2010**

Documento preliminar

**Coordinación nacional
MYSU – ASEPO**

**Coordinación internacional
GESTOS**

**Auspicia Fundación Ford
Apoya: ONUSIDA
Apoyo complementario: UNFPA y CICT**

Este informe fue realizado en el marco del proyecto internacional de Monitoreo de las Metas de UNGASS en salud sexual y reproductiva, coordinado por GESTOS – Brasil, con el auspicio de Fundación Ford, el apoyo de ONUSIDA y el apoyo complementario de UNFPA Y CICT.

Instituciones responsables del proyecto URUGUAY

Asociación de ayuda al sero positivo – ASEPO
Mujer y Salud en Uruguay – MYSU`

Coordinación general del informe Uruguay

Lilián Abracinskas – MYSU
Alejandra López – MYSU
Liset Collazo (ASEPO)
César Dos Santos (ASEPO)

Elaboración del informe técnico.

Lic. Verónica Burstin (MYSU – integrante del equipo técnico del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva)

Con los aportes de ASEPO y de las organizaciones sociales especializadas en VIH-sida.

Montevideo, mayo de 2010.

ÍNDICE

Introducción

Metodología

Sección I –

Panorama del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y del VIH-sida.

Estadísticas básicas sobre la epidemia y la situación de la salud sexual y reproductiva en el país.

Sección II –

Monitoreo de las Metas UNGASS 2008 - 2009

Sección III-

Fortalezas

Debilidades

BORRADOR

INTRODUCCIÓN.

Este informe ha sido elaborado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay y ASEPO (Asociación de Ayuda al Sero Positivo) en el marco del proyecto internacional para el seguimiento de los compromisos asumidos por los Estados ante la Declaración de Naciones Unidas sobre VIH-sida (UNGASS). La coordinación internacional del proyecto está a cargo de GESTOS, organización de Brasil e incluye a países de las distintas regiones del mundo.

En el informe se monitorean aquellas metas de UNGASS relativas a la epidemia del VIH – sida y su impacto en la salud sexual y reproductiva de mujeres, niñas y adolescentes.

Para su elaboración se siguieron los criterios establecidos en el informe anterior (2005-2007), elaborado por ambas organizaciones (MYSU, ASEPO, 2007), los cuales fueron puestos a consideración en el III Foro UNGASS – Uruguay, realizado en Montevideo en julio de 2009.

Se relevaron datos a partir de estadísticas vitales, cifras oficiales disponibles, consulta a decisores, revisión de documentos e información secundaria aportada por organizaciones no gubernamentales.

Los contenidos de este informe fueron presentados y discutidos con las organizaciones nacionales participantes del IV Foro UNGASS realizado el 21 de mayo de 2010 en Montevideo, Uruguay.

METODOLOGÍA

El monitoreo de las metas UNGASS en salud sexual y reproductiva en Uruguay se realizó entre diciembre de 2009 y mayo de 2010. Su período de cobertura se inicia en octubre de 2007, incluye los años 2008, 2009 y puntualmente se incluye información del primer trimestre de 2010. Esto responde al criterio de dar continuidad al monitoreo documentado en el informe anterior ya referido (MYSU – ASEPO, 2007)

Etapas del monitoreo:

1. Diseño
 - a. Operacionalización de las Metas e Indicadores establecidos: a partir de las metas definidas para el monitoreo. Se desagregaron en indicadores y dimensiones más concretas de análisis para la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.
 - b. Elección de estrategia de investigación. Se optó por una estrategia de investigación múltiple que incluyó el análisis de datos secundarios (documentos oficiales, bibliografía específica, revisión de sitios web) y la consulta a las organizaciones sociales que trabajan la temática del VIH/sida mediante la aplicación de un formulario autoadministrado.

2. Análisis de la información relevada y elaboración del informe.

SECCION I

Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y del VIH-sida

El contexto de la reforma del sector salud en Uruguay

En el período de 2007- 2009 se producen en Uruguay significativas reformas en el sistema de salud. A mediados de 2007 se aprueba la Ley 18.131 mediante la cual se crea el Fondo Nacional de Salud. El mismo se constituye en el fondo de financiamiento único de la prestación de asistencia médica al colectivo de trabajadores, y sus hijos menores de 18 años . Mediante esta Ley se establece que los beneficiarios podrán optar entre la asistencia en el sector público o privado. También se aprueba la Ley 18.161, mediante la cual la Administración de los Servicios de Salud del Estado, se define como servicio descentralizado con competencia nacional. Entre sus principales cometidos se encuentra la organización y gestión de los servicios destinados al cuidado de salud de los habitantes, coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios y garantizar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud en el marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La ley en su artículo 4º explicita que el cometido es contribuir, mediante los planes adecuados, al cambio de prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo la salud.

También en el 2007 se aprueba y comienza a regir a principios de 2008, la Ley 18.211 que determina la “Creación del Sistema Integrado de Salud”. Mediante esta Ley se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y se establecen las modalidades para el acceso a los servicios de salud integrales. Establece los principios rectores del sistema dentro de los cuales se destacan: la promoción de la salud; la inter-sectorialidad de las políticas; el acceso universal; la orientación preventiva; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la calidad integral de la atención; el respeto a los derechos de los usuarios; la participación social de trabajadores y usuarios.

En 2008 se aprueba la Ley 18.335 de Regulación de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. La misma define el marco regulatorio de la relación entre los prestadores y pacientes o usuarios de los servicios de salud. Dicha ley constituye un avance tanto en lo que refiere al acceso universal como a la no discriminación, ya que se establece el derecho de pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario, prohibiéndose la discriminación por cualquier razón, ya sea de sexo, raza, edad, religión, orientación o identidad sexual, condición económica, discapacidades, condición social

En el área de la salud sexual y reproductiva, en diciembre de 2008 se promulga por parte del Poder Ejecutivo, la Ley 18.426 de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. El proyecto de ley aprobado por el Poder Legislativo en noviembre de ese año, fue vetado por el Poder Ejecutivo en los capítulos referidos a la interrupción voluntaria del embarazo, el cual continúa tipificado como delito en el Código Penal

según la ley 9738 de 1938. La ley aprobada reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y ubica en el Estado, la responsabilidad de promover, defender y garantizar dichos derechos. En el primer capítulo recomienda promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios que: universalicen la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR); garanticen la confidencialidad y privacidad de las prestaciones y la formación adecuada de los recursos humanos de la salud; capaciten a los docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena. Dentro de los objetivos específicos se incluyen: difundir y proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes en esta materia; prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas; promover el parto humanizado; promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño para el aborto inseguro; prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y prevenir y reducir el daño del efecto del consumo de sustancias adictivas. Se encomienda al Ministerio de Salud Pública que dicte normas para la atención integral en SSR de niños, niñas y adolescentes; capacite a los recursos humanos de los servicios correspondientes; impulse campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos en SSR; implemente acciones de vigilancia y control de la gestión; promueva la captación precoz del embarazo; implemente en todo el territorio nacional la normativa denominada *Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*; promueva que los varones vivan plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción. También dispone la protocolización de la violencia física, psicológica o sexual, así como la protocolización en materia de anticoncepción e infertilidad.

Se destaca de la ley la directa mención al VIH/-sida y otras ITS en el Artículo 4, apartado i, numerales 1,2,3 y 4, donde encomienda al MSP la promoción de la educación, la información y orientación sobre comportamientos sexuales responsables y métodos eficaces de prevención de las ITS, en todos los servicios de SSR. Explicita la importancia de proporcionar a las mujeres, desde antes de la edad reproductiva, la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto, así como el impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia personas que convivan con ITS protegiendo sus derechos individuales, incluido el derecho a la confidencialidad. También hace referencia a la importancia de investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-sida y otras ITS en diferentes poblaciones, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas. Merece especial destaque, el artículo 7, que incorpora al Código de la Niñez y Adolescencia el artículo 11 bis, donde reconoce el derecho de toda niña, niño o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, incluidos los SSR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecer las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

Otra ley promulgada que es de especial interés para los temas que atañen a este informe, es la Ley General de Educación N° 18.437, aprobada en 2009. Específicamente señala entre los principios de la educación estatal, la igualdad de oportunidades o equidad, haciendo especial destaque en la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual. Entre las líneas transversales del Sistema Nacional de Educación prioriza la educación en derechos humanos, la

educación para la salud y la educación sexual. Estas intervenciones transversales están presentes en los diferentes planes y programas de manera que alumnos y alumnas incorporen hábitos de vida saludables, se promueva la salud y se prevenga la enfermedad.

En lo que refiere a las políticas de salud destinadas a enfrentar el VIH/sida, en 1987 el decreto 345 crea el Programa Nacional de SIDA en la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP) que en la administración de gobierno 2005-2010, se redefine como Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, por ordenanza ministerial 288/ del año 2005. Desde este programa se han elaborado guías clínicas y ordenanzas para el diagnóstico y tratamiento anti-retroviral y monitorización de adultos y embarazadas que han sido adecuados para la atención pediátrica. Entre las responsabilidades del Programa se incluyen la promoción, el monitoreo y el control del cumplimiento de la normativa vigente en las prestaciones de salud.

Desde 1988, el Uruguay ha establecido la obligatoriedad del control de sangre y hemoderivados (decreto 233/988) para los servicios de todo el país. Así como desde 1997 el decreto N° 295, estableció la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la transmisión vertical. Desde entonces ha ido generando normativa que ha garantizado la universalidad de acceso al tratamiento, entre otras.

En el 2005 se crea el Mecanismo Coordinador País (MCP) como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en la definición de las políticas nacionales sobre VIH/sida y en la elaboración de propuestas país ante el Fondo Global de lucha contra Sida, la Malaria y la Tuberculosis. En mayo de 2008, se crea mediante decreto presidencial la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) en tanto consejo consultivo para las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, con el cometido de garantizar el acceso universal, la atención integral, la prevención, asistencia y apoyo a las personas con VIH/sida. Esta comisión oficia desde entonces como MCP ante el Fondo Global. La CONASIDA tiene carácter interministerial e intersectorial, estando constituido por representantes gubernamentales, de la academia y de las organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, participan representantes de las agencias del Sistema de las Naciones Unidas.

Durante estos años Uruguay presentó proyectos al Fondo Global (proyectos país), los cuales no fueron aprobados para su financiamiento y ejecución.

Estadísticas básicas sobre la situación de VIH/sida y salud sexual y reproductiva en el país.

Uruguay tiene una población de 3.334.052 habitantes, de los cuales el 51.7% son mujeres y el 48.3% varones. El 93,6% de la población vive en el área urbana con un porcentaje de alfabetismo que asciende al 97%.

El ingreso medio mensual per cápita del hogar en el tercer trimestre de 2009 rondaba los \$ 6758 (US\$ 338 aprox.). La tasa de desempleo corresponde a 7.4 para el total del país en el primer trimestres 2010, siendo de 5.5 para los varones y 9.7 para las mujeres.

La esperanza general de vida al nacer es de 75,97 años, 72,41 años para los hombres y 79,73 para las mujeres.

La tasa global de fecundidad se ubicó en el 2.0078 en 2008, comprometiendo el reemplazo poblacional. Los nacimientos de menores de 14 años representan el 0.4%, aquellos de mujeres entre 15 y 19 años el 15.1% y los de 20 a 24 años el 24.3%.

La tasa de mortalidad infantil es de 10.6 por mil nacidos vivos para datos de 2008.

La tasa de mortalidad de mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto (mortalidad materna) para datos de 2009 fue de 16.0 muertes cada 10.000 nacidos vivos.

El 99.3% de los partos son atendidos por personal profesional.

Actualmente y según datos oficiales la prevalencia del VIH en la población general es inferior al 1%, aumentando significativamente en poblaciones de mayor vulnerabilidad (superior al 3 %). Geográficamente las prevalencia más alta se concentra en Montevideo, departamentos fronterizos con Brasil y departamentos de destino turístico de la costa atlántica. Uruguay se define como un país con epidemia concentrada.

En 1983 fue diagnosticada la primera persona VIH positiva en Montevideo. Según el Programa Prioritario de ITS/sida (MSP) hasta noviembre de 2009 se cuenta con un total acumulado de 12.356 personas diagnosticadas con VIH. En 2008 se habían diagnosticado 418 casos nuevos de VIH, 133 casos de sida. Si se analiza la distribución del acumulado desde el inicio de la epidemia, se puede observar que la incidencia de VIH por sexo es de 65.5% para los varones y 35.% para las mujeres. La máxima incidencia de VIH se presenta en la franja etaria de 15 a 34 años, acumulando el 65% de los casos. En el caso del sida la incidencia por sexo indica un 74.7% para los varones y un 25.3 % para las mujeres. En este caso la máxima incidencia se da en la franja de 20 a 44 años. Es interesante señalar que la tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia de VIH/sida para la población femenina. La tasa de mortalidad por sida es de 4.4 cada 100.000 habitantes, con un valor de 6,9 en los varones y de 2.1 en las mujeres

La tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia de VIH/sida para la población femenina. La evolución de la razón hombre/mujer muestra que en Uruguay la epidemia comenzó con razones mayores a los demás países de este estudio, con 6.0 en 1988 y picos de 8.5 en 1989 y 1991,

descendiendo paulatinamente a través de los años y llegando a 1,2 varones por cada mujer infectada los casos notificados durante 2009.

El mecanismo de transmisión más frecuente es la vía sexual que para el VIH representa el 66.9% y el 71.7% para los casos de SIDA. Uruguay descendió su tasa de transmisión vertical de 26% en 1995 a 3% en la actualidad.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el preservativo masculino es mencionado como el de mayor uso tanto para varones como para mujeres. Según una encuesta realizada en 2004, el 86% de los varones y el 68% de las mujeres declararon haber utilizado este método en su última relación sexual.¹

Es significativo el cambio en el comportamiento de los y las uruguayas en relación con la anticoncepción. En 1986 tres de cada diez mujeres utilizaban el preservativo masculino, mientras que en 2004 siete de cada diez declaró hacerlo. (Proyecto Género y Generaciones, 2006). Sin embargo, los datos recogidos en 2009 por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva indican que si bien el porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos en forme frecuente se sitúa entre el 74% y el 79%, la utilización de preservativos es sólo de un 28%. Esto evidencia serias dificultades para considerar el preservativo masculino en su doble función como anticonceptivo y profiláctico por parte del sistema de salud y de la población en general. Asimismo, orienta a considerar que la negociación para el uso del preservativo masculino en las relaciones sexuales continúa siendo una barrera importante para las mujeres (MYSU, 2009).

¹

Monitoreo UNGASS. Informe de la Sociedad Civil Uruguay 2005-2007

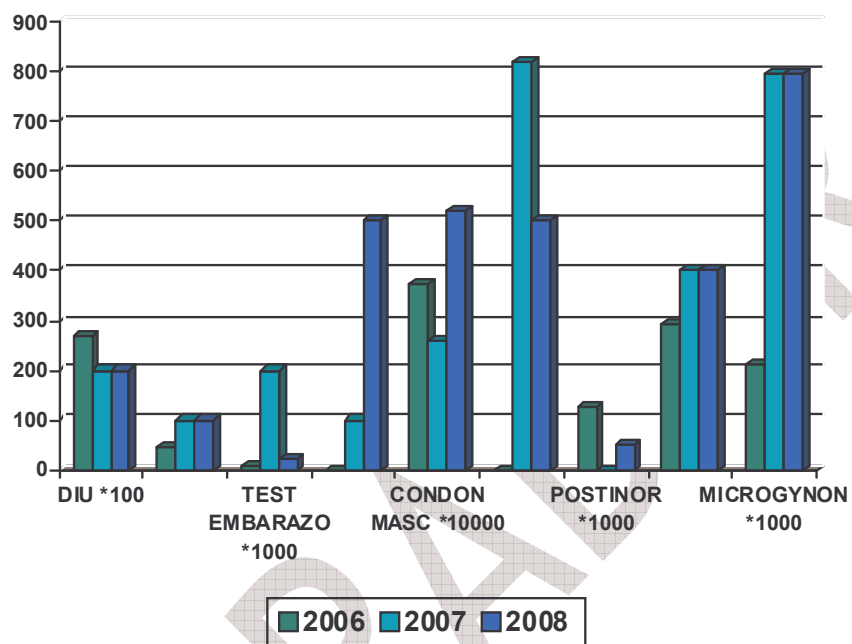
En cuanto al preservativo femenino, este recurso no está disponible en los servicios de salud ni públicos ni privados. En los últimos dos años se implementó por parte del Programa Prioritario de ITS – sida y el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP un proyecto piloto para la difusión y uso del preservativo femenino con poblaciones específicas, en particular tabajadoras sexuales, mujeres víctimas de violencia y adolescentes.

Según información aportada por el Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP, el Estado compró mediante el sistema de insumos de UNFPA los siguientes métodos anticonceptivos para los años 2007 y 2008.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - UNFPA				
Artículo	Unidades 2006	Unidades 2007	Unidades 2008	Unidad es FFAA 2008
DIU Cooper T380	26.900	20.000	20.000 90.000	1.100
ACO Exluton	43.850	100.000	100.000	
Tests de Embarazo	7.420	200.000	20.000	
Fórceps Uterinos	0	1.000		
Condomes Femeninos	0	10.000	50.000	
Condomes Masculinos	3.724.128	2.600.000	5.200.000	300.000
Norigynon + Jeringas	0	82.000	50.000	
ACO Emergencia Postinor 2	124.860	0	50.000	
ACO Triquilar	291.180	402.000	402.000	11.000
ACO Microgynon	212.520	798.000	798.000	11.000

Fuente: Programa Salud de la Mujer y Género, MSP 2009.

El siguiente gráfico ilustra la distribución de la compra de MAC por tipo de método para los años 2006, 2007 y 2008, según reportó el MSP.



SECCION II

A continuación se presenta el análisis del avance en la implementación de cada una de las Metas UNGASS monitoreadas para el período octubre 2007 – diciembre 2009.

META 37 | LIDERAZGO DE LOS GOBIERNOS RESPECTO A LA EPIDEMIA DE VIH-sida.

“ Asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/ sida que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas con VIH/sida, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes(...)”

Participación efectiva de representantes de mujeres y jóvenes con VIH en los programas de VIH-sida, incluso en los espacios de toma de decisión y en las acciones de monitoreo de UNGASS.

MYSU en tanto organización de la sociedad civil, feminista integró la CONASIDA en calidad de representante de las organizaciones sociales hasta abril de 2010. Ha participado de las reuniones de CONASIDA y de la elaboración de los proyectos país presentados al Fondo Mundial. En calidad de organización de mujeres con VIH, ICW – Capítulo Uruguay ha participado de las reuniones de CONASIDA en calidad de representante de las personas con VIH. La CONASIDA no cuenta con representantes de organizaciones de jóvenes con VIH.

Participación de grupos de mujeres beneficiarias en el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos hacia ellas.

El Mecanismo Coordinador País creado en 2005 como espacio articulador de organizaciones gubernamentales y académicas en la definición de las políticas nacionales sobre VIH/sida, es recreado en mayo de 2008 por el Decreto N° 87/ 008 como Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA). Dicho organismo se constituye en consejo consultivo para las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, teniendo como objetivo garantizar el acceso universal, la atención integral, la prevención, asistencia y apoyo a las personas viviendo con VIH/sida.

Disponibilidad de informaciones financieras respecto a los planes de financiación nacionales para la lucha contra el VIH/sida

Se dispone del “Informe de Medición de Gasto en Sida 2007” (MEGAS) que revela la evolución del gasto en Sida en el período 2005-2007.

Esta metodología de MEGAS es una herramienta diseñada para estimar el gasto en Sida y fue acordada por los miembros del “Consortio Mundial para el Rastreo de Recursos” en la reunión realizada en la Sede de ONUSIDA en Ginebra (Suiza) en setiembre del 2006.

Las principales conclusiones de este estudio, en el período señalado, indican que el financiamiento de la respuesta al VIH en el 2007 fue cubierto por partes casi iguales entre el sector público y privado (48,66% y 46,48% respectivamente). El gasto público se concentra mayormente en la atención y tratamiento, fundamentalmente en el costeo de la terapia antirretroviral. El financiamiento privado por su parte se aboca fundamentalmente a la prevención, principalmente la compra de condones (está incluida en esta categoría la compra de condones por parte de los hogares).

El gasto en VIH en el Uruguay creció en un 10% entre el año 2005 y el 2006 y en un 14,5% entre el 2006 y 2007. Se señala especialmente un mayor gasto en prevención que en tratamiento, siendo durante 2007 el 51,6% de los fondos destinados a la prevención y un 40,3% a atención y tratamiento. Asimismo se señala un aumento del 12% en el gasto en atención y tratamiento entre el año 2006 y 2007 y un aumento del 14% en gastos en prevención para el mismo período.

Se determina que las personas con VIH son los principales beneficiarios del financiamiento de la respuesta al VIH (47% en el 2007), fundamentalmente por el tratamiento antirretroviral. En el mismo informe se reconoce que el gasto en las poblaciones más expuestas (claves o de alto riesgo) es muy bajo, tan sólo el 5% del gasto total durante el 2007.

El mencionado informe se señala como un avance en lo que refiere a la accesibilidad a la información financiera del gasto destinado a la respuesta al VIH. El nuevo informe se encuentra en proceso de elaboración por parte del Programa Prioritario ITS –sida.

META 52 | PREVENCIÓN

“Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención en que se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales como preservativos masculinos y femeninos y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministros de sangre no contaminada y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual;”

Indicadores:

Alcance, adecuación y efectividad de los programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes

En cuanto a las estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH de los jóvenes de 15 a 18 años de edad y de 18 a 24 años se señala que ha habido un incremento de los Espacios Adolescentes en el marco de coordinaciones entre el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y los servicios de salud del Estado (ASSE). En dichos espacios se brinda información sobre salud sexual y reproductiva y se hace entrega de preservativos.

Desde el Instituto Nacional de las Mujeres, en coordinación con el Instituto Nacional de la Juventud se crea el espacio “Mirávos! Sexualidad sin vueltas” de orientación de salud sexual para adolescentes y jóvenes.

Disponibilidad de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, escuelas y asociaciones.

Si bien la disponibilidad de condones masculinos es buena (se pasó de la compra de 1 millón a 10 millones en el período 2005-2010), la del condón femenino es más que limitada.

No obstante la amplia disponibilidad de preservativos masculinos en los servicios de salud públicos, se observa que en algunos es necesario pasar por la consulta ginecológica para la indicación de los mismos.

El condón femenino sólo está disponible en algunos servicios de salud y organizaciones específicas, habiéndose enfocado su difusión hacia mujeres con VIH, trabajadoras sexuales, mujeres víctimas de violencia de género y mujeres privadas de libertad.

No existen programas específicos para la distribución de preservativos en escuelas y liceos.

Facilidad de obtención y orientación para el uso correcto de los condones por las jóvenes.

Se han desarrollado acciones de prevención, alentando al uso del condón mediante la distribución de folletería y campañas públicas. Se suministran condones masculinos en centros de salud. Se desarrolló un programa piloto de entrega de condones femeninos para la población de mujeres VIH, trabajadoras sexuales, mujeres privadas de libertad y adolescentes. Sin embargo, como se ha ya mencionado, este método no es fácilmente accesible para la población general.

No hay campañas masivas televisivas ni en prensa, sino fundamentalmente para los días nacionales e internacionales de lucha contra sida. Si bien esporádicamente se realizan campañas de sensibilización, éstas nos son en forma sostenida y no contemplan en muchos casos en sus mensajes las especificidades de cada una de las poblaciones a las que van dirigidas.

Aunque se desarrollan estrategias de comunicación directa en algunos centros de salud, policlínicas y servicios alentando a concurrir a charlas y se entrega material, la valoración de la sociedad civil es que estas iniciativas son insuficientes.

Desde la sociedad civil se plantea que las mujeres, incluyendo las jóvenes, tienen accesibilidad relativa para obtener, en cantidad suficiente y de modo gratuito, condones (masculinos y femeninos). Esto se debe a que en muchas ocasiones deben concurrir a consulta médica ginecológica para obtener la receta y pasar por farmacia para proveerse de estos dispositivos de prevención en forma gratuita en los centros de Salud Pública, esto además se complejiza en el caso de los varones.

El preservativo femenino, es entregado por parte del MSP-PPITS- sida a algunos centros de salud y a ONGs con trabajo en VIH-sida para poblaciones específicas. Los lubricantes, actualmente los provee el MSP - PPITS-sida, a las ONG que trabajan la temática del VIH-sida, siendo inexistente su distribución a nivel nacional.

En cuanto a los servicios privados de salud, incluidos como prestadores en el Sistema Nacional Integrado de Salud, no se provee de preservativo femenino, masculino ni lubricantes.

Para la promoción del uso del preservativo por parte de las jóvenes, las organizaciones sociales señalan que en los centros de salud no siempre la receptividad y la formación de la “primer ventanilla” para la captación de esta población es la más adecuada.

META 53 | PREVENCIÓN

“Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud;

Indicadores:

Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud sexual para jóvenes.

Alcance, adecuación y efectividad de los programas de educación sexual para jóvenes en el sistema educativo formal e informal.

Uruguay participó en la 1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación celebrada en la ciudad de México, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de sida y aprobó la declaración emitida en esta instancia para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal.

En cuanto a la implementación del Programa de Educación Sexual, se destaca la institucionalización de la educación sexual en todos los niveles de la Educación Pública.

Se desarrolló una estrategia de trabajo en los Institutos de Formación Docente, llegando a 2.393 alumnos de Educación Secundaria con la formación de docentes referentes. En el Ciclo Básico de Educación Técnica Profesional se trabaja en un espacio obligatorio de dos horas semanales cubriendo 66 escuelas con una totalidad de 14.400 alumnos. Se ha logrado la articulación de varios grupos y organizaciones de la sociedad civil para el trabajo en común en el ámbito comunitario y territorial de la educación sexual y la prevención al VIH, que trabajan en redes locales de salud y educación.

En cuanto a la investigación, el Programa cuenta con un área de producción de conocimiento, que se propone la realización de estudios específicos a los efectos de hacer posible la aproximación a las realidades del sistema educativo ofreciendo insumos necesarios para incrementar la calidad del proceso educativo ofrecido.

A nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) se han implementado acciones en el marco del Proyecto “Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención de VIH/sida y Drogas en el Ámbito Escolar” apoyado por la Agencia de Cooperación para el Desarrollo Técnico (GTZ), el Centro Internacional de Cooperación Técnica (CICT) de Brasil y las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA). A través de un concurso de propuestas innovadoras de investigación se buscó promover la participación de jóvenes de 12 a 19 años en su comunidad y en los procesos de toma de decisión en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva, prevención del VIH-sida y del consumo de sustancias.²

META 54 | PREVENCIÓN.

“Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH, que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención.”

Indicadores:

Alcance, calidad y calidez de los servicios para mujeres embarazadas infectadas por el VIH.

Acceso al tratamiento adecuado para el estado de salud de la mujer embarazada.

En los servicios públicos y privados de salud se brinda Tratamiento Antirretroviral a toda mujer embarazada con VIH/sida durante el período de gestación y durante el parto.

Disponibilidad de pruebas de detección.

² Datos extraídos del “Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS-2010” MSP

Existe adecuada disponibilidad de pruebas de detección de VIH. Se ha incorporado la prueba rápida de VIH en partos no controlados y emergencias.

Calidad de la consejería para pruebas de detección de VIH realizados en los servicios de salud pre natal.

Si bien el ofrecimiento de la prueba de detección de VIH se considera importante dentro del ámbito gubernamental del MSP-PPITS/sida, lo más habitual en los servicios de salud pública y privados, es que se limitan a ofrecer la prueba de VIH, sin tomar en cuenta el protocolo en su totalidad que incluye la consejería pre test. En el caso de los servicios públicos la información disponible indica que se cumple con el consentimiento informado y la confidencialidad de la información (MYSU, 2009). No existe disponibilidad de información sobre este punto para servicios del subsector privado.

Acceso a la detección de sífilis en los servicios de atención de la maternidad.

En diciembre de 2008, por Ordenanza Ministerial 821, se estableció la obligatoriedad de notificación al sistema de vigilancia Epidemiológica nacional en casos de sífilis.

Se implementó la prueba rápida de sífilis para el caso de partos no controlados y de emergencias.

Acceso a tratamiento de los casos de sífilis identificados durante

En caso de detección de sífilis en el transcurso de la gestación, el tratamiento es accesible a todas las mujeres. Sin embargo se ha incrementado de manera significativa el número de casos detectados de sífilis congénita y de sífilis materna según los datos disponibles por el MSP y por el Hospital Pereira Rossell, principal maternidad del país.

Soporte nutricional para gestantes con VIH.

Referente a la orientación nutricional y el soporte psicosocial, no se cumple a plenitud en todos los casos

Profilaxis anti VIH en el momento del parto.

Cuando se cuenta con diagnóstico de VIH, se realiza la profilaxis en el momento del parto. La misma consiste, además de la administración de ARV durante el embarazo, en la programación de una cesárea y la administración de medicación intravenosa durante la misma. Si no se llega a una cesárea porque el trabajo de parto se desarrolló antes o si el embarazo no fue controlado pero si resulta positivo el resultado del test rápido, se le realiza ARV al recién nacido. En ambos casos se le sugiere a la madre que el niño no sea amamantado y se le indica leche sustituta.

Alcance, adecuación y efectividad de programas que aseguran sucedáneos de la leche.

Los niños y niñas que son atendidas por los servicios públicos reciben en forma gratuita los sucedáneos de la leche materna para la alimentación de los recién nacidos. Esto no sucede en personas que se asisten en las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) teniendo un costo bolsillo diferente según la institución.

META 59 | DERECHOS HUMANOS

“Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH”

Alcance, adecuación y efectividad de políticas y programas de gobierno dirigidos a la promoción, garantía y reparación de los derechos de las mujeres

Vinculación de las políticas dirigidas hacia los derechos de las mujeres con los

Si bien se realizan algunas acciones coordinadas entre el Programa Prioritario de ITS/sida y el Programa de Salud de la Mujer y Género, del Ministerio de Salud Pública, el trabajo conjunto tiende a ser puntual. Se percibe un déficit en lo que refiere a políticas integradoras que trabajen conceptual y prácticamente en forma conjunta VIH, ITS, SSRR y violencia.

Alcance, adecuación y efectividad de políticas, programas y acciones dirigidas a la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y

Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres más vulnerables.

Entre las mujeres más vulnerables a la epidemia, se han realizado algunas acciones puntuales en relación a las trabajadoras sexuales y a mujeres privadas de libertad. Sin embargo las usuarias de drogas y aquellas que sufren violencia de género, estando en situación de vulnerabilidad frente a la epidemia, no han recibido un tratamiento especial en este sentido.

En el caso de las mujeres con sida (y hombres también) en situación de calle, no existen albergues específicos para aquellas que se hallan en fase terminal pero sin requerimiento de hospitalización.

Alcance, adecuación y efectividad de políticas, programas y acciones dirigidas a la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres más vulnerables.

Acceso a servicios de reproducción asistida de calidad.

No existen programas de SSR especialmente a las mujeres con VIH. La sociedad civil reconoce acciones puntuales de carácter focalizadas y a término, las cuales no son bien evaluadas. Los programas están orientados básicamente a la entrega de medicamentos antiretrovirales, siendo una de las falencias la calidad de la atención ante la falta de especialidades.

META 60 | DERECHOS HUMANOS

“Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género”

Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de programas de prevención específica para mujeres jóvenes.

Alcance, adecuación y efectividad de programas de educación formal y no formal que promueven la equidad entre los sexos, considerando aspectos de las masculinidades, la heterofobia y la misoginia.

META 61 | DERECHOS HUMANOS

“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niñas”

Alcance, adecuación y efectividad de las leyes específicas para prevenir, castigar y reparar el daño en relación a la violencia contra las mujeres.

En setiembre de 2009 se promulga la Ley 18.561 de Acoso Sexual: Normas para su prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno. La misma tiene por objeto prevenir y sancionar el acoso sexual así como proteger a las víctimas del mismo, en tanto forma grave de discriminación y de desconocimiento del respeto a la dignidad de las personas que debe presidir las relaciones laborales y de docencia. Dicha ley comprende tanto el ámbito privado como el público. Si bien se considera un avance la promulgación de esta ley, la misma aún no está debidamente reglamentada, existiendo vacíos procedimentales y de protocolización.

Alcance, adecuación y efectividad de acciones específicas contra la explotación sexual de las niñas.

Cobertura, calidad y calidez de los servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia o violación sexual.

Existencia de un sistema público de recolección y divulgación de datos relativos a la violencia contra mujeres y niñas.

Alcance, adecuación y efectividad de la Política de Estado para promover los derechos de las mujeres.

En cuanto a la orientación anticonceptiva que brindada a las mujeres con VIH en los servicios de salud públicos es gratuita y apunta al uso de preservativo masculino y femenino, DIU (reforzado con el preservativo), anticoncepción de emergencia y anticonceptivos orales a las mujeres que no están en TAR (esto es debido a que ambos pueden interferir). No existe inducción para la esterilización.

La Ley N° 18.426: Defensa al Derecho Sexual y a la Salud Sexual y Reproductiva en su Art. 3° en los objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en el Ítem g) menciona ofrecer la ligadura tubaria. A su vez, existe el decreto ministerial que establece el derecho de toda mujer y varón mayor de 21 años de acceder a la ligadura tubaria y vasectomía por su sola voluntad firmando un consentimiento informado como único requisito. Sin embargo, existen importantes

barreras para su implementación y el acceso real de las mujeres, según reportan los dos informes 2008 y 2009 del Observatorio Nacional en Género y SSR (MYSU 2008, 2009).

La sociedad civil señala la gran diferencia en los servicios para las mujeres embarazadas con VIH de Montevideo y del Interior del país.

En el Uruguay se mantienen vigente la penalización del aborto. En este sentido han habido reiterados intentos de parte de la sociedad civil en modificar la legislación al respecto, en búsqueda de que exista una sintonía entre los hechos concretos que suceden y el derecho positivo que rige al país. Si bien por su carácter de delito de acuerdo al marco jurídico con que contamos no se dispone con cifras exactas del número de abortos que se practican al año, se sabe sí que es un número alto en relación al número de nacimientos. Con respecto a la mujer con VIH se sigue las políticas generales que aplican a todas las mujeres. Se continúa abogando en el marco de la una ley que despenalice el aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación tal como fuera aprobado en el año 2008 por el Parlamento Nacional y que fuera vetada por el Poder Ejecutivo. El aborto continúa siendo un delito en el país por la ley vigente 9768 de 1938 siendo por tanto una práctica clandestina e ilegal.

META 62 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.

“Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que exponen al riesgo de infección por el VIH, como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar los factores que hacen particularmente vulnerable a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños, incluso con fines comerciales; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar”

Penalización de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

La Ley 17.815 sobre Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños, Adolescentes y Personas con Discapacidad está vigente desde 2004. Existe un proyecto de ley de Utilización de Imágenes de Niñas, Niños o Adolescentes con Fines Eróticos. El mismo **Alcance, adecuación y efectividad en la aplicación de acuerdos, convenios y tratados internacionales así como el impulso de las leyes que castiguen la trata de mujeres.**

La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial.

Hacia fines del 2007 se aprueba la Ley de Migración 18.250. En los Artículos del 77 al 80 crea los tipos penales de Trata de Personas y Tráfico de Personas. Entre las principales fortalezas de esta ley se encuentra la de quitar relevancia jurídica al eventual consentimiento de la víctima para someterse a la trata y la de incluir en el tipo penal tanto la trata nacional como el internacional. Sin embargo los expertos señalan como debilidades el hecho de que esta ley se limita a definir tipo penales pero no garantiza la atención psicosocial de las víctimas ni su acompañamiento durante el juicio. Tampoco prevé el alojamiento, la inserción laboral y social, atención especializada tanto en lo que refiere a salud mental como física, ni el retorno voluntario al país o el asentamiento en otro lugar seguro.

En mayo de 2010 el Instituto Nacional de la Mujeres presentó la publicación “La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial. Caminos recorridos hacia la construcción de una política pública.” En el mismo se realiza un diagnóstico actual así como un repaso histórico en torno a la temática. Asimismo se realiza una exploración de la normativa actual y se ensayan líneas estratégicas para intervenir en este fenómeno.

META 63 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.

“ Para 2003 establecer y/o reforzar estrategias, normas, programas que reconozcan la importancia de la familia para producir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos, éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/sida; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación, en la medida de lo posible, de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/sida”.

Alcance, adecuación y efectividad de programas que consideran a las culturas, religiones y contextos culturales en las estrategias de educación.

En cuanto al concepto de familia, el gobierno reconoce diversos modelos de familia. Sin embargo sus estrategias no siempre se adecuan a las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables.

La perspectiva multicultural está ausente en la formulación de los proyectos sociales planteados desde el gobierno. La sociedad civil reconoce un pequeño avance en interculturalidad, pero en espacios y lugares muy específicos por ejemplo, Ministerio de Educación y Cultura donde fueron creadas la Comisión contra racismo, xenofobia y discriminación y la Coordinación y promoción de políticas públicas afirmativas para afro descendientes.

En cuanto a si la orientación y el enfoque de las actividades de educación sobre VIH en las escuelas están adecuadas a una propuesta de educación inclusiva y de respeto a las diferencias, la ley de Educación anuncia que desarrollará políticas de promoción de la

igualdad educativa, destinada a enfrentar situaciones de marginación, estigmatización y otras formas de discriminación, derivadas de diferentes factores socioeconómicos, culturales, de género o de cualquier otra índole que afecte el ejercicio pleno del derecho a la educación. Sin embargo la Ley esta aprobada pero aún no se han creado los mecanismos para su aplicación.

Efectividad y cobertura de la implementación de entornos seguros y protegidos para niñas más vulnerables.

Acceso a vivienda, educación, alimentación para niñas afectadas o infectadas por el VIH.

Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud integral para adolescentes.

El Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP desarrolla diferentes actividades tendientes a la promoción del desarrollo integral desde un enfoque de derechos y género. Este programa pretende orientar las prácticas de los servicios de salud públicos y privados. Entre sus principales acciones se encuentra la creación de Espacios Adolescentes que en la actualidad ascienden a 39 en todo el territorio nacional.

Por otra parte en junio de 2009 y por Decreto Ministerial, se establece el Carné de Salud del Adolescente, con carácter de obligatoriedad para todo el territorio nacional y comprende a niños y adolescentes de 12 a 19 años. Mediante el mismo se busca favorecer un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de los diferentes niveles del sistema de salud.

En 2009 el Programa Nacional de Salud Adolescente publica el Tomo I de las “Guías para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención.” Las mismas se basan en tres enfoques transversales: derechos, género y diversidad y contiene un capítulo específico de “Salud sexual y salud reproductiva” así como un capítulo “ITS/VIH”.

Alcance y adecuación y efectividad de las acciones de consejería en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud.

Según datos del Informe 2009 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, los temas más tratados en la consulta ginecológica por los profesionales son: el PAP, lactancia materna y uso de pastillas anticonceptivas. Los menos tratados son: infertilidad y esterilidad, aborto y reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva. Si bien a nivel nacional el 68% de las mujeres señalan que se van de la consulta con una sensación de tranquilidad y sintiendo que resolvieron su demanda de atención, este dato desagregado por Montevideo e interior del país, muestra importantes diferencias en detrimento de la calidad de atención en los centros de salud del interior del país. (MYSU, 2009)

Participación efectiva de jóvenes en el diseño, monitoreo y evaluación de los programas.

Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de capacitación para los maestros en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

META 64 | REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD.

“ Elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales, según corresponda, aplicando un enfoque propicio a la participación, para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de la infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones, según indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, los hábitos de consumo de drogas, los medios de vida, la reclusión en instituciones, la alteración de las estructuras sociales y los movimientos de población, forzosos o no.”

Indicadores:

Alcance y efectividad de las articulaciones desde el gobierno con socios regionales o internacionales para fortalecer los programas y las actividades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva para las mujeres más vulnerables.

Hay cobertura garantizada por el SNIS en servicios públicos de salud para aquellas personas que no cuentan con aportes a la seguridad social. Con respecto a las personas afiliadas a servicios privados a través de la seguridad social o de manera directa, se presentan serias restricciones al momento del pago de costo bolsillo del valor de los tickets de medicación y exámenes periódicos.

Existen barreras formales de cómo se aborda el tema de la SSR de las mujeres privadas de libertad. Las cárceles femeninas requieren un sistema de asistencia sanitario específico, haciendo hincapié en la SSR pero sin embargo, no hay políticas específicas adoptadas. Los servicios de obstetricia y ginecología que prestan, distan mucho de ser suficientes y adecuados. En las unidades penitenciarias femeninas, no se provee periódicamente de preservativos. Han sido mayoritariamente las ONG quienes desarrollan actividades preventivas en dichos centros. Las intervenciones que se realizan son puntuales, sin continuidad de las mismas, requiriendo una mayor articulación intersectorial y coordinación para la atención de salud.

Existe un consenso en la sociedad civil de que los aportes gubernamentales en materia de reducción de la vulnerabilidad no se han incrementado.

META 65 | HUÉRFANOS

“ Elaborar y poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado y asegurándoles escolarización y acceso a la vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión.”

Indicadores:

Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños y adolescentes infectados/as y afectados/as por el VIH;

Calidad de albergues, hogares sustitutos y/o centros de internación del Estado para niños y adolescentes infectados o afectados por el VIH.

Alcance, adecuación y efectividad de programas educativos para los niños y adolescentes huérfanos y en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/sida

A la fecha no existe en nuestro país un diagnóstico de situación de las niñas, niños huérfanos por el VIH-sida, por lo tanto no hay un programa desde el estado que atienda específicamente esta la situación. En el mes de mayo se culmina la investigación “Conocer para Intervenir” realizada desde la Unidad de Infectología con la organización social Compañeros de las Américas, en acuerdo con el MSP- PPITS-sida y el apoyo de UNICEF. Dicha investigación brindará un diagnóstico de la situación de los huérfanos por el sida.

Desde el año 1995, ASEPO y del año 2003, Compañeros de las Américas, lleva adelante un programa en la Unidad de Infectología del CHPR de apoyo nutricional, viáticos, documento de identidad y otros apoyos puntuales para las niñas y niños con VIH-sida huérfanos y el adulto a su cargo. Además de canasta de alimentación de la Organización Promesa. No existen programas educativos específicos para esta población.

Las iniciativas dirigidas a niños y adolescentes infectado/as y afectado/as por el VIH se consideran insuficientes en efectividad y cobertura.

META 68 | MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

“Para 2003, evaluar los efectos sociales y económicos de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional, elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en todos los planes de la sociedad, especialmente en las mujeres y personas de edad, particularmente en relación con su función de proporcionar cuidados y su función en las familias afectadas por el VIH/SIDA, y atender a sus necesidades especiales; ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit de los recursos públicos”

Disponibilidad de datos o estudios sobre el impacto socioeconómico del VIH sobre las mujeres

En Uruguay el gobierno no ha propiciado estudios sobre el impacto socioeconómico del VIH ni en términos generales ni especialmente sobre las mujeres viviendo con VIH. Sin embargo en un estudio realizado por MYSU en 2008-2009 con mujeres viviendo con VIH, surge un dato que indica la necesidad de profundizar en el tema: 88% de las encuestadas refirió haber trabajado a lo largo de su vida en forma remunerada, sin embargo al momento del estudio sólo un 31% lo continuaban haciendo. Esto indica que el 65% de las mujeres que trabajaron a lo largo de su vida, por algún motivo no lo hacen más. Se aclara que la mayor concentración de mujeres encuestadas estaba entre los 25 y los 49 años de edad, ninguna era menor de 18 ni mayor que 65 años (MYSU 2008).

META 72 | INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

“Establecer y evaluar métodos adecuados para vigilar la eficacia del tratamiento, la toxicidad, los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos y la resistencia a éstos; establecer metodologías para vigilar los efectos del tratamiento en la transmisión del VIH y en los comportamientos de riesgo.”

Alcance y calidad de los sistemas de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV, desagregado por sexo y género.

Adecuación de las respuestas de los proveedores de servicios de salud a los efectos de la resistencia y efectos secundarios de los ARV en mujeres.

En 2008 se realizó un estudio centinela de prevalencia de la infección VIH en población general. El mismo tomó una muestra de 12.500 personas a nivel nacional, dando como resultado una prevalencia nacional de 0,47%.

La gran variabilidad genética del virus de VIH influye en forma directa en las posibilidades de éxito de los tratamientos con antivirales. Por tal motivo la vigilancia epidemiológica molecular es vital para diseñar las estrategias nacionales de tratamiento en base a antivirales. Según el MSP, si bien los estudios de resistencia a antivirales han comenzado, lo han hecho en fecha reciente. Por tal motivo los resultados obtenidos a la fecha no permiten un análisis representativo de las tendencias de patrones de resistencia.

Por su parte, se han mostrado avances en relación a estudios comportamentales, de actitudes y prácticas sobre VIH. Hacia fines de 2007 y a instancias del Programa Prioritario ITS-SIDA, Equipos MORI realizó el estudio “Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH/sida”. Dicho estudio comprendió la realización de encuestas a 1509 personas de entre 18 y 65 años distribuidas en el territorio nacional. Entre sus principales conclusiones citamos: 69% de las personas identifica las relaciones sexuales o las relaciones sexuales sin condón como una de las vías de transmisión del VIH y 80% reconoce al preservativo como el principal insumo de prevención del VIH. No obstante ello, 60% de los encuestados no utilizó preservativo en su última relación sexual. 48% refirió desconocer que el diagnóstico precoz durante el embarazo de la mujer con VIH junto a un tratamiento adecuado reduce a 1% o 2% la transmisión madre a hijo. 17% y 29% respectivamente, creen o no están seguros de que

la transmisión puede darse por compartir el mate o por la picadura de mosquitos. Tres de cada 10 personas creen que la sífilis es una enfermedad que ya no existe.

En 2009, a pedido del Programa Prioritario ITS-SIDA y del Programa De Salud Adolescente junto con Equipos Mori desarrolló el estudio “Prácticas de Salud, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual y Uso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes” que se basó en encuestas a personas de entre 15 y 24 años. Entre sus principales conclusiones se señala que si bien los jóvenes reconocen a las relaciones sexuales como la principal vía de transmisión del VIH y al preservativo como el mejor recurso para prevenirlo, la mitad no lleva preservativos consigo. Esta cifra asciende a 66% en la población femenina en esta franja etárea. Tanto en este estudio como en el citado anteriormente se señalan indicios de discriminación hacia las personas con VIH, en un tercio de la población adulta y en casi la mitad de los jóvenes encuestados.

Respecto a la feminización del VIH y su relación con la violencia contra las mujeres MYSU llevó adelante un estudio en Uruguay que se realizó paralelamente en Brasil, Argentina y Chile. Dicho estudio denominado “Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH-sida en el MERCOSUR” encuestó a 100 mujeres viviendo con VIH y relevó el historial de violencia. Entre los principales hallazgos de dicho estudio se señalan: 72% de las encuestadas refirió haber recibido maltrato emocional o psicológico a lo largo de su vida; 45% del mismo refiere a haber sido avergonzada o humillada, seguidos por las burlas con 19%, el rechazo o desprecio por las tareas que realiza con 17% y 16% a insultos. El maltrato emocional alcanza su punto máximo en la juventud seguida por una existencia pareja entre la adolescencia y la adultez. 39% de las encuestadas que recibieron maltrato emocional en el pasado también lo padecen en el presente, representando 27% del total de las encuestadas. 57% de las encuestadas refirió haber recibido maltrato físico a lo largo de su vida. 58% del mismo refiere a golpes de puño, seguido por los empujones con 19% y las quemaduras con 17%. El maltrato físico alcanza su punto máximo también en la juventud, seguido por la adultez y la adolescencia. 21% de las encuestadas que recibieron maltrato físico en el pasado también lo padecen en el presente, representando 11% del total de las mujeres encuestadas. 39% de las encuestadas refirió haber sido tocada en forma inapropiada en la niñez. 38% refiere haber sido obligada a mantener relaciones o contacto sexual alguna vez lo largo de su vida. El abuso sexual alcanza su nivel máximo en la adolescencia y la juventud. 6% de las encuestadas refieren vivir este tipo de situaciones de abuso sexual en la actualidad. 62% de las mujeres refieren que las situaciones de violencia enunciadas sucedieron previo al diagnóstico de VIH. De las encuestadas 53% cree que este tipo de situaciones pudieron influir mucho en su salud mental y psicológica, 19% nada y 9% poco. 35% de las mujeres encuestadas refirieron haber recibido daños en su cuerpo o genitales o haber adquirido enfermedades o infecciones por causa de la violencia, señalando 21 % de las mujeres haberlo padecido más de cinco veces en su vida. 31% de estas mujeres debió recibir en todos los casos atención médica (MYSU 2008)

SECCION III

Fortalezas

1. Creación del Fondo Nacional de Salud y del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asegura el acceso universal a servicios de salud a todos los residentes del país en una modalidad integral.
2. Existencia de un Programa Prioritario en Salud de la Mujer y Género, que incluye el componente de salud sexual y reproductiva y un Programa Prioritario ITS-sida, ambos ubicados en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y ambos encargados de elaborar lineamientos de política pública, el control de su implementación, la elaboración de normativas y la elaboración de estrategias de promoción de la salud.
3. Existencia de una ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.
4. Existencia de normativas y guías clínicas en distintas dimensiones de la salud sexual y reproductiva (anticoncepción reversible, atención de embarazo, parto y puerperio, prevención del embarazo provocado en condiciones de riesgo y atención de sus complicaciones, protocolo de diagnóstico de violencia doméstica en los servicios de salud), y en VIH-sida (diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización de adultos y mujeres embarazadas, obligatoriedad serológica en mujeres embarazadas, test rápido de VIH y de sífilis, profilaxis y tratamiento en VIH en niños, notificación obligatoria de los casos de sífilis).
5. Existencia de prestaciones de diagnóstico, atención y tratamiento antiretroviral gratuito a personas viviendo con VIH-sida en los servicios públicos y la normativa ministerial de obligatoriedad de brindar la misma en el sector privado.
6. Existencia de mecanismos interinstitucionales de diálogo Estado – sociedad civil en salud sexual y reproductiva (Comisión Nacional asesora en Salud Sexual y Reproductiva) y en VIH-sida la creación de la Comisión Nacional de Sida-CONASIDA.
7. Existencia de una Ley de Educación que incorpora la Educación Sexual obligatoria y que propende a la promoción de la salud basándose en principios tendientes a la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual.
8. Existencia de diversas organizaciones de la sociedad civil (grupos, redes, ONGs) con un trabajo acumulado en promoción de los derechos, prevención, orientación y asesoramiento e incidencia política en VIH-sida, diversidad sexual, género y salud sexual y reproductiva, muchas de las cuales participan activamente en los dos mecanismos inter-institucionales antes mencionados.
9. Publicación de los montos destinados a las estrategias de prevención y atención en VIH-sida, desagregados por fondos aportados por el presupuesto nacional y por la cooperación internacional.

Debilidades

1. Las campañas públicas en salud sexual y reproductiva y VIH- sida siguen siendo escasas y sin continuidad, manteniéndose aún en el imaginario concepciones erróneas sobre la enfermedad, actitudes de discriminación y serias dificultades en la incorporación efectiva de prácticas de prevención y autocuidado en la población general y específicamente en las mujeres y en los jóvenes.
2. La calidad de la atención y el acceso a los servicios relacionados a la salud sexual y reproductiva y al VIH-sida siguen presentando diferencias sustantivas entre Montevideo y el interior del país. En detrimento de este último.
3. Insuficientes e inconstantes investigaciones e intervenciones sobre las poblaciones más vulnerables.
4. Ausencia de estudios promovidos desde el Estado sobre la feminización del VIH-sida en Uruguay y por ende inexistencia de acciones y estrategias específicas que indaguen e intervengan para detener este lento pero ineludible fenómeno a nivel de la población general.
5. Falta de articulación entre las diversas instancias y programas estatales, predominando aún un enfoque y un tipo de intervención fragmentada. Tal es el caso de VIH, SSRR y violencia.
6. Ausencia de políticas de protección integral a los derechos de niñas y niños viviendo con VIH y niños huérfanos de padres fallecidos por sida.
7. Predominio de una concepción sobre participación de las organización de la sociedad civil con énfasis en la validación y en la implementación de políticas y programas y no como sujetos de incidencia política, control ciudadano, monitoreo y seguimiento, elaboración de insumos y propuestas para la definición y evaluación de políticas y generación de conocimientos sistematizados.

Fuentes consultadas

González Perret, D. (2010) Producción legislativa en materia de género y generaciones durante el período febrero 2005 – noviembre 2009. Bancada Bicameral Femenina. Montevideo.

MSP (2010) Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. Informe 2010- Uruguay

MYSU-ASEPO (2008) Monitoreo de la Declaración de Compromisos en VIH-Sida (UNGASS, Naciones Unidas) sobre las Metas en Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres. Informe de la Sociedad Civil 2005-2007. Montevideo.

MYSU (2009) Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH-sida en el MERCOSUR. Montevideo

MYSU (2009) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2009 .Montevideo

MYSU (2008) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2008 .Montevideo

Recursos web

www.mides.gub.uy

www.msp.gub.uy

www.mysu.org.uy/observatorio

www.parlamento.gub.uy

BORRADOR