

ASEGURAR Y AVANZAR SOBRE LO LOGRADO

Estado de situación de la salud y los derechos
sexuales y reproductivos en Uruguay

Monitoreo 2010 - 2014



Naciones Unidas Uruguay
Unidos en la Acción



ASEGURAR Y AVANZAR SOBRE LO LOGRADO

Estado de situación de la salud y los derechos
sexuales y reproductivos en Uruguay

Monitoreo 2010- 2014

MYSU (2014) – “Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado”. Informe 2010-2014 del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva; MYSU, Montevideo.

Salud sexual y reproductiva – derechos sexuales y reproductivos – adolescentes – aborto-VIH/sida – violencia contra las mujeres – varones – diversidad sexual – personas trans – participación social- población y desarrollo.

La reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación está permitida siempre y cuando se cite la fuente.

© MYSU, 2014.

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salto 1267 – Montevideo – Uruguay

Tel (+598) 24103891 – 24104619

mysu@mysu.org.uy

www.mysu.org.uy

Coordinación general: Lilián Abracinkas.

Equipo técnico que participó de la elaboración del informe:

Martín Couto, Valentina de Mello, María Eugenia Casanova,
Santiago Puyol, Mauro Ramos, Lilián Abracinkas.

Edición: MYSU.

Asistente de edición: Fiorella Duhalde.

Diseño: María Elena Fernández.

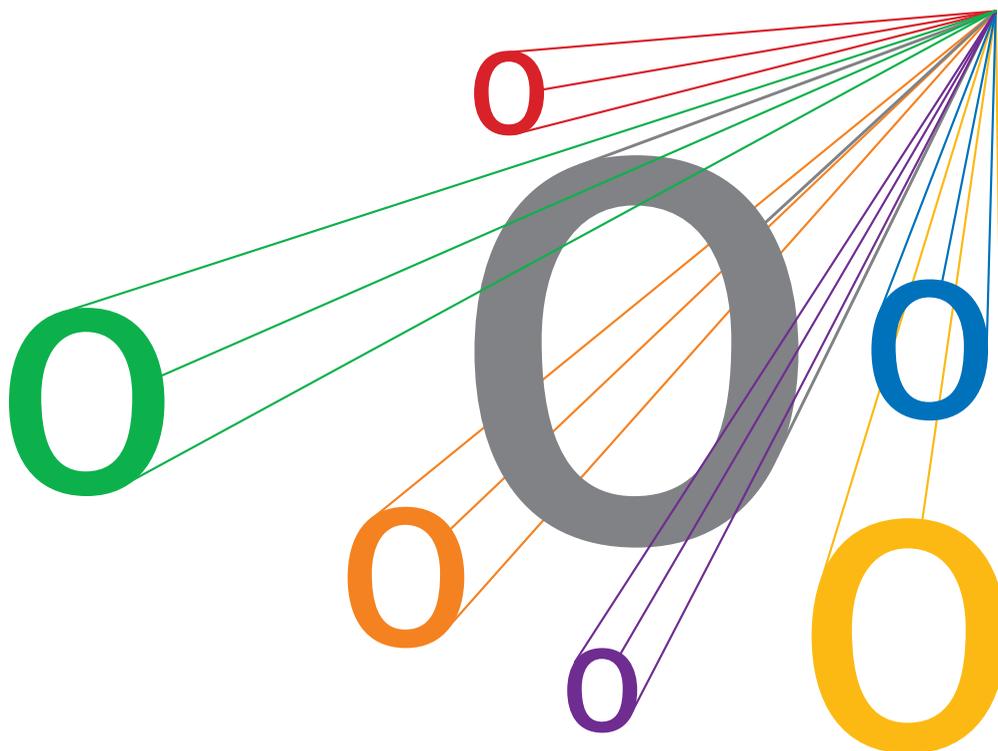
Impreso en: Artes Gráficas S.A.

Depósito legal:

Con el apoyo de:



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



ASEGURAR Y AVANZAR SOBRE LO LOGRADO

Estado de situación de la salud y los derechos
sexuales y reproductivos en Uruguay

Monitoreo 2010- 2014



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
Marco teórico, contextos políticos y proceso de elaboración	12
Proceso de elaboración del informe	15
Agradecimientos	15
<hr/>	
CAPÍTULO 1	
RELEVAMIENTO Y ANÁLISIS DE NORMATIVAS EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	19
Decreto reglamentario de la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva	20
Marco regulatorio de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	22
Ley de Reproducción Humana Asistida (RHA)	29
Licencia y subsidio por maternidad y paternidad	32
Licencia por paternidad	34
Cuidados y lactancia	34
Ley de Matrimonio Igualitario	35
Reforma del Código Penal Uruguayo	37
Valoraciones sobre el estado de situación del marco normativo alcanzado	39
Avances	39
Restricciones y obstáculos	39
Asuntos pendientes	39
<hr/>	
CAPÍTULO 2	
SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	43
Métodos anticonceptivos	46
Conocimiento y acceso a métodos	49
ITS/VIH	52
Consultas ginecológicas	53
Consulta obstétrica	54
Atención del parto y posparto	54

Tratamientos de la esterilidad y reproducción asistida	59
Aborto legal y clandestino	60
Objeción de conciencia	61
Cáncer Génito-Mamario	64
Violencia y servicios de salud	65
Atención de las personas Trans	67
Varones y su salud sexual y reproductiva	68
Valoraciones sobre el estado de situación de los servicios de SSR	69
Avances	69
Restricciones y obstáculos	69
Asuntos pendientes	70

CAPITULO 3
CONOCIMIENTO DE DERECHOS E INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS **73**

Conocimiento sobre salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)	74
Conocimiento de normas	77
Información de los servicios	79
Estigma y discriminación	81
Información para la acción	85
Valoraciones sobre el estado de situación sobre conocimiento de derechos e información de los servicios	86
Avances	86
Restricciones y obstáculos	86
Asuntos pendientes	87

CAPITULO 4
CALIDAD DE LA ATENCIÓN **89**

Profesionales de la salud: creencias, valores, actitudes y prácticas profesionales	90
Vulneración de derechos	92

Valoraciones sobre el estado de situación de la calidad de la atención.....	95
Avances	95
Restricciones y obstáculos	95
Asuntos pendientes.....	95

CAPÍTULO 5 PARTICIPACIÓN DE SOCIEDAD CIVIL 99

Comisión Nacional Asesora en SSR.....	101
Comisión Nacional de Lucha contra el Sida (CONASIDA)	107
Valoraciones sobre el estado de situación de la participación ciudadana	110
Avances	110
Restricciones y obstáculos	110
Asuntos pendientes.....	111

CAPÍTULO 6 PARA ASEGURAR Y AVANZAR SOBRE LO ALCANZADO 113

Asuntos pendientes.....	113
Respecto al marco legal	113
Respecto al funcionamiento de los servicios.....	114
Respecto al ejercicio de los derechos	115
Respecto a la participación ciudadana	116

BIBLIOGRAFÍA 119

Normativa referida	127
--------------------------	-----

ANEXOS 131

Ley N° 18.987 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	132
Ley N° 19.075 MATRIMONIO IGUALITARIO	137
Ley N° 19161 Subsidio por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada	147
Ley N° 19.167 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA	152
Decreto N° 293/010 Reglamentario/a de: Ley N° 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.....	158
Decreto N° 375/012 Reglamentario/a de: Ley N° 18.987 Interrupción voluntaria del embarazo .	162
Decreto N° 69/014 Reglamentario/a de: Ley N° 19.167 Técnicas de reproducción humana asistida.....	173
Decreto N° 311/014 Reglamentario/a de: Ley N° 19.167 Técnicas de reproducción humana asistida.....	177
Decreto N° 84/015 Técnicas de reproducción humana asistida	185
Ordenanza 369/04 Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.....	197

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

Cantidad ideal de hijos declarado por las mujeres según nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay	44
Elección de método y negociación con la pareja para el uso de métodos anticonceptivos. Población urbana y suburbana, Uruguay	48
Conocimiento de métodos anticonceptivos, respuesta espontánea, en varones de 15 a 49 años, por edades. Población total, Uruguay urbano y suburbano. 2012-2013	50
Relación entre parto natural y cesárea en prestador público de Fray Bentos. Año 2013	55
Relación entre parto natural y cesárea en AMEDRIN (Río Negro). Año 2013	55
Relación entre parto natural y cesárea en Young. Año 2013	56
Relación entre parto natural y cesárea en Paysandú (prestador público). Año 2013	56
Relación entre parto natural y cesárea en Paysandú (COMEPA). Año 2013	57
Relación entre parto natural y cesárea en Soriano (Prestador Público). Año 2013	57
Relación entre parto natural y cesárea por principales localidades de Soriano (Prestador Público). Año 2013	58
Relación entre parto natural y cesárea en prestadores públicos y privados de Paysandú y Soriano, y en prestador público de Soriano por principales localidades. Año 2013	58
Objeción de conciencia en el departamento de Salto	60
Objeción de conciencia en el departamento de Paysandú	61
Objeción de conciencia en el departamento de Río Negro	62
Objeción de Conciencia en el departamento de Soriano	63

Distribución de menciones espontáneas a derechos sexuales y derechos reproductivos (%)	76
Conocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos en hombres de 15 a 49 años, por edades y nivel socioeconómico. Población total, Uruguay urbano y suburbano. 2012-2013	76
Conocimiento de marco normativo vigente sobre Derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes, por nivel socioeconómico, en porcentajes. Población urbana y suburbana	78
Material informativo recibido en consultas en salud sexual y reproductiva realizadas en servicios de salud sexual y reproductiva entre 2010 y 2011, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay	80
Ciclo del Estigma	82
Conocimiento sobre estrategias para prevenir infecciones de transmisión sexual en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay	82
Creencias sobre prácticas preventivas frente al VIH-Sida en hombres de 15 a 49 años. Población total, Uruguay urbano y suburbano. 2012-2013	84

CUADRO DE ESTUDIOS REALIZADOS POR EL OBSERVATORIO EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – MYSU 2010 – 2014.

En el texto serán referenciados como lo indica la segunda columna.

Título	Denominación en el documento	Tipo de estudio	Apoyo
MYSU (2010) <i>Profesionales de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva</i> . Montevideo, MYSU.	PROFESIONALES	Cuantitativo. Encuesta.	Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
MYSU (2011) "Violación sexual: la intervención desde el sistema de salud. Importancia de un protocolo para la atención de víctimas de violaciones" en <i>Cuadernos. Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos</i> . Época 2, N° 4. Montevideo, MYSU.	VIOLENCIA SEXUAL	Discusión con expertos para la elaboración del protocolo.	ONU Mujeres.
MYSU (2012) <i>Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans</i> . Montevideo, MYSU (2013a) Montevideo, MYSU.	TRANS	Cualitativo. Entrevistas en profundidad.	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
MYSU (2013a) <i>Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas</i> . Montevideo, MYSU.	ADOLESCENTES	Cuantitativo. Encuesta Nacional.	Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
MYSU (2013b) <i>Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres uruguayas</i> . Montevideo, MYSU.	MUJERES	Cuantitativo. Encuesta Nacional.	Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
MYSU (2013c) <i>Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud</i> . Montevideo: MYSU. [Folleto con datos preliminares]	VARONES	Cuantitativo. Encuesta Nacional.	Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), ONUSIDA.
MYSU (2013d) <i>VIH – Diversidad Sexual. Educación sexual para prevenir el Estigma y la discriminación. A 5 años de la Declaración Ministerial de México</i> . Montevideo, MYSU.	EDUCACIÓN	Análisis documental Y entrevistas a Informantes calificados.	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.
MYSU (2014) <i>Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto. Informe de investigación</i> . (Documento inédito).	SALTO	Exploratorio/descriptivo. Entrevistas a informantes calificados.	International Women's Health Coalition, Global Fund for Women, Médicos del Mundo.
MYSU (2015a) <i>Monitoreo VIH y Violencia contra las mujeres. Situación de las dos pandemias en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay. Informe Uruguay</i> . Montevideo, MYSU.	VIH Y VIOLENCIA	Relevamiento y análisis de información estadística y documental.	ONUMUJERES
MYSU (2015b) <i>Estado de situación y desafíos en Derechos Sexuales y Reproductivos y Aborto. Departamentos de Soriano, Río Negro y Paysandú</i> . (Documento inédito). Montevideo, MYSU.	LITORAL	Relevamiento y análisis de información de servicios/Cualitativo, entrevistas en profundidad.	Safe Abortion Action Fund (SAAF) , International Women's Health Coalition, Médicos del Mundo.

INTRODUCCIÓN

Para asegurar y avanzar sobre lo logrado contiene la sistematización y el análisis de los resultados obtenidos en los estudios desarrollados por MYSU en el período 2010-2014. Este trabajo recoge el relevamiento de leyes y decretos reglamentarios, el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) incluidos los de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la percepción de las mujeres usuarias sobre la calidad y eficacia de dichos servicios, así como el funcionamiento de los mecanismos de participación de las organizaciones sociales en el proceso de instalación de estas políticas. Los primeros resultados de la sistematización fueron discutidos con un grupo de actores con experticia en políticas de salud, demografía, calidad de atención, sistema de cuidados, salud sexual y reproductiva y equidad de género y generaciones, con el fin de incorporar sus reflexiones y propuestas sobre los énfasis que deberían otorgarse a estas políticas para su proyección a futuro.

Del análisis de resultados y del diálogo con otras disciplinas y actores, este informe de quinquenio establece un estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay con el objetivo de definir una línea de base. En esta publicación se consignan los avances registrados y se procura identificar los obstáculos y restricciones en el proceso de la puesta en práctica de estas políticas, para ensayar una serie de recomendaciones sobre los asuntos que estarían pendientes. Estas sugerencias, que se espera sean consideradas por los elencos de la nueva gestión de gobierno para el periodo 2015-19, son hechas desde la mirada implicada de un actor social que ha contribuido activamente, junto a muchos otros, a generar los cambios políticos transitados. Pero este análisis tiene la distancia necesaria y la rigurosidad metodológica para que las evidencias y el conocimiento obtenidos puedan ser insumo para mejorar la performance de los distintos actores. Éstos refieren a los que operan en el nivel de definir y controlar el cumplimiento de las normas; los que están a cargo de la gestión de las políticas y de organizar las instituciones; y a quienes actúan a nivel de los servicios y son cruciales para la concreción de los mismos. Principalmente, todo este trabajo tiene el propósito de poner a disposición la información generada para que la ciudadanía –mujeres y varones de todas las edades y condiciones– pueda apropiarse de sus derechos, los ejerza y participe activamente para que éstos sean respetados y protegidos.

La información producida por el Observatorio en estos años, ha sido insumo para la elaboración de demandas y propuestas de política pública elevadas desde las organizaciones sociales, en particular, las de mujeres y movimientos de salud. Los resultados de estos estudios oficiaron como sustento de los planteos y acciones de incidencia social impulsadas por la más amplia articulación de organizaciones sociales a favor de la legalización del aborto y de los derechos de la diversidad sexual. Las personas con VIH, las que trabajan contra la violencia

hacia las mujeres y de género, las trabajadoras sexuales y personas trans, las organizaciones de jóvenes, entre otros, han utilizado los conocimientos generados por el Observatorio para elaborar sus plataformas reivindicativas. Fue compartida en las cinco jornadas nacionales por la salud y los derechos sexuales y reproductivos que desde 2012 MYSU organiza en conjunto con la Secretaría de género, equidad y diversidad sexual del PIT-CNT y sirvió de insumo para la definición de la Plataforma ciudadana por la salud y los derechos sexuales y reproductivos asumida en la 5ta Jornada de junio de 2014.

Datos y evidencias aportadas por el Observatorio han sido utilizados como contribuciones para la elaboración de informes país sobre el estado de situación de los derechos humanos, notas de prensa, estudios universitarios e investigaciones.

MARCO TEÓRICO, CONTEXTOS POLÍTICOS Y PROCESO DE ELABORACION

El propósito fundamental de toda esta tarea es contribuir al desarrollo de políticas informadas y calificar la demanda ciudadana, para exigir las condiciones que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en igualdad de condiciones.

Los principales cometidos del Observatorio son: desarrollar un sistema de vigilancia sobre la implementación de las normas en SSR; actualizar sistemáticamente la base de datos de indicadores socio-demográficos, de SSR, de acceso a servicios, de violencia y de calidad de atención mediante la información disponible; y elaborar recomendaciones para potenciar la implementación de normativas legales y técnicas en el área de la SSR en los servicios de salud que forman parte del SNIS.

Los estudios del Observatorio relevan la normativa existente y los datos estadísticos disponibles en el país en el campo de la SSR, para luego seguir la ruta de su implementación en los servicios de salud. En los años 2008 y 2009 se elaboraron informes sobre el estado de esta implementación en distintos componentes de la SSR mediante instrumentos que recogieron información sobre el funcionamiento desde la perspectiva de mujeres usuarias de ginecología y de mujeres hospitalizadas en situación de puerperio inmediato; de profesionales de la salud; de directores de servicios y de la observación directa de instalaciones. Los resultados revelaron que los profesionales tenían conocimiento de las normas vigentes en SSR pero sin embargo se registraba que su traducción era baja en la prestación de los servicios. Por lo tanto la implementación de la norma tenía dificultades. Además se identificó como una barrera de acceso el bajo conocimiento de las mujeres tanto de los servicios como de sus derechos en el campo de la vida sexual y reproductiva.

El año 2010 significó un punto de inflexión en la relevancia política otorgada por las autoridades sanitarias a la SSR. Esto contribuyó a dar legitimidad a la demanda de dar mayor prioridad, desde el sector salud, a las necesidades en SSR históricamente postergadas. Se aprueba la reglamentación de la ley N° 18.426 de defensa del derecho a la SSR y se integran los servicios en los efectores del sistema integrado de salud a partir de enero de 2011. El Ministro de Salud Pública Ec. Daniel Olesker con motivo de los actos en torno al 8 de marzo Día Internacional de la Mujer del 2010, afirmaba (...) *porque existen marcos normativos que han avanzado en estos temas es nuestro deber como gobernantes potenciar al máximo su implementación. Empezando por la propia existencia de un sistema de acceso universal cuyos ejes son la universalidad y la igualdad. Dentro de las específicas destaco en particular la Ley de Igualdad de Oportunidades y Derechos y la ley de avanzada en la región y en el mundo con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como derechos humanos, la ley 18426. Somos conscientes que esta última no da respuesta integral, completa a algunas problemáticas como el aborto*

clandestino pero somos, al mismo tiempo conscientes que contiene muchas normas que es nuestra obligación, trabajarlas (...)" (en MYSU, 2010).

A nivel de la educación, en el año 2008 una nueva resolución del Consejo Directivo Central (CODICEN) determina que el Programa de Educación Sexual (PES) se incorpore a la estructura de la Dirección Sectorial de Planificación Educativa, adquiriendo institucionalidad en el marco de la Administración Nacional de la Educación Pública (ANEP). La educación sexual es incorporada en los distintos niveles del sistema educativo a través de distintas estrategias específicas para la Educación inicial, Primaria, Secundaria, Técnico Profesional y Formación Docente.

En el Ministerio de Desarrollo Social se instalan programas de inclusión social que consideran a la dimensión étnico /racial, etaria, de género, orientación sexual e identidad diversa y que procuran reducir las condiciones de vulnerabilidad y estigma específicas que impactan sobre estas poblaciones.

En función de este nuevo escenario político y en base a los resultados anteriores, los estudios realizados desde el Observatorio en estos últimos cinco años, buscaron establecer el nivel de cumplimiento de estos compromisos políticos y la evolución de los cambios registrados en el país. El cometido fue indagar el estado del arte en tres planos fundamentales que caracteriza la Dra. Schraiber para desarrollar un modelo integral de atención: el de las políticas y normativas, el de la instalación y gestión de los servicios y el de las prácticas profesionales.

"Si en el plano de las políticas definimos los consensos doctrinarios y las normas mediante las cuales podrán alcanzarse determinamos derechos en términos de la atención a la salud, serán en el ámbito de la planeación y la administración que tales normas y consensos se filtrarán a través de las redes o sistemas en que se organiza la distribución de los servicios para la población. Es importante decir que si la política de la salud reconocer los derechos de las mujeres será necesario que dentro de la estructuración del conjunto de los servicios y en el funcionamiento interno de cada establecimiento de salud estos derechos se traduzcan también en acciones y flujos asistenciales que sean aceptados y valorados. Pero si todas esas pretensiones se quedan fuera del consultorio médico o del tratamiento del paciente o de cualquier otro profesional, cuando este profesional cierra la puerta para atender a la usuaria –delineando la imagen más fuerte de nuestra cuestión en cuanto a la importancia con que abordamos la práctica profesional–, la acción profesional no podrá concretar ningún consenso ético-político o ninguna norma práctica profesional en que procede al juicio clínico y a la toma de decisión asistencial del caso.(...) Entonces, para el propósito de concretar una atención integral que se cumpla de manera positiva, es importante suscribir los derechos de las mujeres y que la práctica profesional esté articulada a los planos de la política y la gestión de los servicios. Pasa a ser una cuestión fundamental estar al tanto de lo que se articula o desarticula, mediante el método más o menos autónomo de hacerlo efectivo frente de los demás planos, lo cual se torna en una situación fundamental para hacer valer los principios más generales de la atención integral de la salud." (Schraiber, 2010:16-17, en MYSU 2010: 18).

En base a este marco conceptual fue importante conocer el contenido de las normas, leyes y decretos reglamentarios que en este período fueron promulgados para identificar su grado de cumplimiento en relación a los estándares de derechos humanos asumidos por el Estado ante Conferencias y Convenciones del Sistema de Derechos Humanos, a nivel regional e internacional. Por esto la referencia al **Consenso de Montevideo** guía y ordena la elaboración de este informe, por entender que es el nuevo marco de acuerdos políticos que el estado uruguayo ha promovido y asumido en la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo (CEPAL, Uruguay, agosto 2014) el que establece los esfuerzos que deberían realizarse para mejorar las condiciones que permitan a la población ejercer sus derechos, sin discriminaciones. El Consenso explicita como clave para el Programa de Acción de El Cairo después del 2014 a la *"Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos"*.

También era necesario saber más sobre el vértice de la práctica profesional en el triángulo virtuoso planteado para alcanzar un modelo integral de atención. En tanto el quehacer profesional en relación a marcos regulatorios y guías clínicas, es sustantivo para la implementación del cambio de modelo de atención, era importante conocer en qué medida las percepciones, valores y prácticas de los integrantes de los equipos de salud facilitan u obstaculizan el funcionamiento de los servicios de SSR. En especial en el contexto de un proceso de cambio del sistema de salud que busca ir de un corte asistencialista, curativo y biomédico hacia uno preventivo e integral centrado en la protección de los derechos. (MYSU, 2010).

Las encuestas en hogares realizadas entre 2011 y 2013 sobre necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas en edad reproductiva y en varones entre 15 y 49 años, tuvo como propósito identificar esas demandas, explorar el tipo y calidad de información sobre las prestaciones en SSR; identificar el grado de conocimiento sobre DSR en mujeres, con particular énfasis en adolescentes y en varones; así como analizar la relación entre desigualdades sociales y su impacto en la incorporación de prácticas preventivas y de autocuidado en SSR. Además fue necesario conocer realidades concretas para lo cual se investigó sobre requerimientos específicos en salud y niveles de respuestas de los servicios para aquellas poblaciones que han sido postergadas y excluidas de las políticas públicas como son las personas con VIH, las mujeres que viven situaciones de violencia de género y las personas trans (MYSU, 2011, 2012, 2013, 2014). En ello fueron incorporadas las experiencias y prácticas piloto llevadas adelante por instituciones gubernamentales y organizaciones sociales para promover servicios libres de homofobia, estigma y discriminación. Acciones que tuvieron apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas y del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y donde distintas organizaciones sociales estuvieron involucradas como: Inlatina, Centro Virchow, Ovejas Negras, UTRU, ATRU, Visión Nocturna, FUDIS y distintos grupos a lo largo y ancho del país.

Luego de aprobada la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el año 2012, los estudios sobre el estado de situación de los servicios de SSR, incluyendo los de aborto, priorizaron el anclaje territorial y dieron seguimiento a la implementación de estas prestaciones, en el sector público y privado, de los departamentos de Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano. Estos estudios relevaron información descriptiva sobre el funcionamiento de los servicios en cada localidad a través de un formulario de registro sobre cada una de las prestaciones en SSR, incluido aborto. Si bien hubo dificultades desde las instituciones para brindar los datos solicitados, problema que se subsanó parcialmente a través del recurso que habilita la ley de acceso a la información pública, pudo consignarse un porcentaje alarmante de profesionales objetores de conciencia, mucho más elevado del promedio nacional de 30% difundido por el MSP. En dos de los tres departamentos relevados hay más de 80% de objetores, cifra que llega al 100% en las localidades de Young y de Mercedes de los departamentos de Río Negro y Soriano, respectivamente. En la segunda fase de estos estudios departamentales se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres entre 15 y 49 años con cobertura de salud en el departamento, con el objetivo de conocer significados, prácticas y valores que potencian o debilitan el ejercicio de los DSR, en tanto usuarias de los servicios. Los resultados indican que el conocimiento de los derechos y de los servicios es bajo, identificándose una brecha importante entre oferta y demanda, así como la persistencia de estigmas, situaciones de discriminación y vulneración de derechos. (MYSU, 2014 y 2015).

La participación ciudadana, entendida como una importante dimensión del grado de calidad democrática alcanzado y de rendición de cuentas en la gestión de los gobiernos, se valoró en base al análisis de la documentación y registro de dos mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil de los distintos dispositivos y estrategias existentes. Estos fueron la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva y la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), instancias bajo la órbita del MSP dedicadas a tratar asuntos estrictamente vinculados al objeto de estudio de este relevamiento. También se consideraron las lecciones aprendidas en la participación en el proyecto país *"Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay"*, en el que MYSU participó junto a otras organizaciones sociales en la ejecución no gubernamental de dicho proyecto.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL INFORME

Con la sistematización de la información obtenida por todos estos estudios, se elaboró una primera versión del informe que estuvo a cargo de Martín Couto, con la contribución de Valentina de Mello en lo referido al relevamiento de normativas. El documento fue puesto a discusión con profesionales, docentes e investigadores de distintas áreas de experticia y reconocida trayectoria como son: Juan José Calvo (demógrafo e investigador del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar), Miguel Fernández Galeano (médico, ex viceministro de salud pública en el período 2005-10, experto de OPS); Hugo Rodríguez (Profesor Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la UDELAR); Mónica Gorgoroso (ginecóloga, responsable de los servicios de SSR de ASSE); Karina Batthyány (Doctora en Sociología, Profesora agregada de la UDELAR) y Alejandra López Gómez (psicóloga, directora del Instituto de Psicología de la Salud – Profesora agregada de la UDELAR) y Beatriz Abero (docente del Consejo de Formación en Educación, integrante del Programa de Educación Sexual de CODICEN-ANEP). Participaron también Sonia Martinelli Heckadon y Valeria Ramos con contribuciones técnicas desde su lugar en el Fondo de Población de Naciones Unidas.

Los distintos aportes enriquecieron el documento original y en el análisis se identificaron avances, obstáculos y restricciones del proceso recorrido en estos últimos años de importantes acontecimientos. Las recomendaciones elaboradas se orientan hacia el plano normativo, de los servicios y de la práctica profesional, por ser dimensiones que deben estar en sinergia para lograr un modelo de atención integral. MYSU entiende que son varios los asuntos que aún estarían pendientes para mejorar desempeño del país en términos de promoción, atención y protección en este campo de los derechos humanos. En esta tarea participaron activamente María Eugenia Casanova, Santiago Puyol y Mauro Ramos bajo la coordinación de Lilián Abracinskas. Fiorella Duhalde y María Elena Fernández se sumaron al equipo para todo el proceso de edición y publicación de este informe quinquenal.

AGRADECIMIENTOS

Desde todo el equipo de MYSU agradecemos a quienes en estos cinco años han apoyado los estudios y actividades que hicieron posible generar conocimiento sobre el estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay y participar activamente en el proceso de cambios.

Al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), OPS-OMS, ONUmujeres, ONUSIDA, al Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a Médicos del Mundo- Francia, International Women Health Coalition (IWHC), Global Fund for Women (GFW), IPAS y a Safe Abortion Action Fund (SAAF), gracias por su invaluable aporte y por confiar en la función y en el rol que las organizaciones sociales tenemos para aportar.

Agradecemos y hacemos público nuestro reconocimiento a todas y todos quienes desde distintas inserciones institucionales y campos de acción han contribuido a forjar cambios, implementarlos, estudiarlos, generar diagnósticos y propuestas para avanzar. A todo el grupo de expertos/as gracias por la generosidad de compartir sus conocimientos y por sus aportes. A los integrantes del Programa de Educación Sexual, a las autoridades nacionales y departamentales de salud, a responsables de las direcciones y a los equipos profesionales. A todos ellos, gracias por posibilitar los estudios y darnos su apoyo.

A las organizaciones amigas y aliadas con las que tantas acciones hemos compartido para denunciar injusticias y promover cambios, también nuestro agradecimiento. Con ellas seguiremos bregando desde el campo social para combatir las desigualdades y las injusticias que aún impactan sobre mujeres y varones de distintas edades y condiciones. Particularmente a las integrantes del Departamento de género, equidad y diversidad del PIT-CNT por las complicidades y esfuerzos compartidos. A las compañeras de UTRU, un reconocimiento

especial porque nos permitieron conocer y comprometernos con una realidad de la que poco sabíamos. A todas las organizaciones y personas que han participado de las jornadas por la salud y los derechos sexuales y reproductivos porque su fuerza y movilización no sólo generaron avances sino también impidieron retrocesos. A las organizaciones amigas de la región como FEIM de Argentina y GESTOS de Brasil con las que articulamos saberes y compartimos esfuerzos para conocer la realidad regional a partir del quehacer en nuestros países. Así como a las redes y coaliciones de alcance regional e internacional con las que tanto hemos aprendido para incidir en el campo del sistema de Naciones Unidas.

Especial agradecimiento a quienes accedieron a responder a las encuestas y entrevistas de los diversos estudios realizados en este quinquenio.

A quienes integran el equipo de MYSU y que muchos son jóvenes que inician su carrera profesional, el agradecimiento por la convicción y rigurosidad con la que han emprendido la tarea. El aporte de MYSU es posible gracias a este trabajo y su futuro se construye cada día con la participación, compromiso y desempeño de personas como ustedes.

Particularmente agradecemos al Fondo de Población de las Naciones Unidas y a IWHC que hicieron posible la elaboración, edición y difusión de esta publicación.

Gracias porque, sin todos estos aportes, nada de todo este trabajo hubiera sido posible.

Lilián Abracinskas
Directora

CAPÍTULO 1

Relevamiento y análisis de normativas en salud y derechos sexuales y reproductivos

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en setiembre de 1994 en El Cairo (Egipto), 179 Estados Miembros de las Naciones Unidas elaboraron y aprobaron por consenso el Programa de Acción de la Conferencia con el compromiso de destinar los esfuerzos que permitieran lograr un desarrollo sustentable y sostenido basado en el reconocimiento y la protección de los derechos de las personas. Desde entonces se han evaluado periódicamente las acciones emprendidas, los recursos destinados así como el nivel de los resultados obtenidos, para determinar el futuro de estos compromisos.

En la revisión a veinte años de la CIPD, la región de América Latina y el Caribe se reunió en la Primer Conferencia de Población y Desarrollo realizada en 2013 en Uruguay y reafirmó, a través del Consenso de Montevideo¹, el compromiso con esta agenda así como la necesidad de redoblar los esfuerzos para alcanzar los objetivos planteados.

El documento del acuerdo, reconoce que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales así como condición necesaria para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza. En él se entiende que el avance hacia el logro del acceso universal a la salud sexual y a la salud reproductiva, ha sido insuficiente y desigual y por lo tanto entre otras medidas, se plantea la necesidad de llevar adelante cambios normativos que aseguren las condiciones para el reconocimiento, garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos.

"Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales" (Consenso de Montevideo, sección D, párrafo 35).

1 Naciones Unidas – CEPAL. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. PLE-1/ES

En estos últimos años Uruguay ha concretado cambios normativos, particularmente entre los años 2010 y 2014, que lo ubican entre los países de avanzada en la región, en lo que refiere a este campo. Las leyes promulgadas fueron el resultado de varios años de debate legislativo y de la incidencia sostenida por una amplia articulación de organizaciones sociales que impulsaron esta demanda de cambio legal.

En este período se destaca la aprobación de las siguientes leyes: de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Nº. 18.987), Matrimonio igualitario (Nº. 19.075), la de subsidio por maternidad y paternidad para trabajadoras/es del sector privado (Nº. 19161) y la de regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Nº. 19167); con sus correspondientes decretos reglamentarios.

Además en este tiempo se reglamentó y se implementó (Decreto Nº. 293/2010) la ley aprobada en el año 2008 sobre Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Nº. 18.426) que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Esta legislación otorgó carácter de ley a normativas y guías clínicas ya existentes en el país sobre distintos campos de la salud sexual y reproductiva (SSR). Por otra parte el Ministerio de Salud Pública (MSP), en este período, elaboró las siguientes guías clínicas que regulan la implementación de los servicios de SSR:

- "Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud" (2010),
- "Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita" (2012),
- "Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo IVE" (2012)
- "Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva en personas con discapacidad." (Octubre, 2012)
- "Guías Nacionales para el Abordaje de la Coinfección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana." (Octubre, 2012)
- la "Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH" (2013).

Todas estas leyes y decretos reglamentarios si bien significan avances, contienen en sus articulados condiciones y excepciones que limitan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, como se analizará a lo largo de este capítulo. El cometido de este trabajo de relevamiento normativo, es identificar progresos y señalar asuntos pendientes que deberían ser abordados a futuro para su adecuación y posterior mejora.

DECRETO REGLAMENTARIO DE LA LEY DE DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El decreto 293/010 del 30 de setiembre de 2010 reglamentó la ley Nº. 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva promulgada en noviembre de 2008. El decreto recoge el concepto de salud sexual y reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendiéndolo por *salud sexual* el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, lo que implica no sólo la ausencia de enfermedades sino también la posibilidad de tener relaciones sexuales seguras, placenteras y sin coerción, discriminación ni violencia. ("Considerando II").

El decreto expresa que por *salud reproductiva* se entiende el mismo estado de bienestar emocional, físico, mental y social, pero relacionado con el sistema reproductivo, lo cual implica la posibilidad de ser libre de elegir cuando y con qué frecuencia tener hijos, acceder a métodos seguros y eficaces de regulación de la fertilidad, "el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y

dar a luz en forma segura". ("Considerando III") Y se estipulan las condiciones para la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de las prestaciones que deben brindar las instituciones afiliadas al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Los prestadores del SNIS deben contar con servicios de salud sexual y reproductiva, cuyos objetivos son mejorar la calidad de vida y las relaciones personales para convertirse en ámbitos de asesoramiento y consulta en materia de enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y demás cuestiones vinculadas a la sexualidad de las personas y al sistema reproductivo (Arts. 1º y 2º).

Los servicios deben asegurar un abordaje universal, amigable, inclusivo, igualitario al mismo tiempo que respete la diversidad evitando cualquier forma de discriminación. La atención debe ser integral considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social, multidisciplinaria y enmarcada en una intervención ética que respete la autonomía de las personas, además de calificada, confidencial y que cumpla con todo lo relativo al secreto profesional (Art. 3º).

Las prestaciones deben estar basadas en la evidencia científica, con enfoque en la disminución de riesgos y daño y, por lo tanto, los profesionales que intervengan no podrán imponer sus convicciones filosóficas, profesionales ni ideológicas (Art. 4º).

Todas las decisiones de las usuarias deben estar mediadas por el consentimiento informado (Art. 5º).

Los servicios deben informar, asesorar y orientar en materia de derechos sexuales y reproductivos en sus siguientes componentes:

- sexualidad responsable y placentera.
- acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, reversibles e irreversibles.
- prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- prevención y tratamiento de enfermedades de origen reproductivo.
- prevención de la morbilidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- crear condiciones para que el parto institucional sea humanizado.
- promover la participación de parejas u otras personas a elección de la mujer, en el parto y post parto.
- prevención de la violencia física, psicológica y sexual.
- atención del aborto.

En lo referido a la atención del aborto, este decreto establece que los servicios deben asesorar y adoptar medidas que protejan a la mujer frente a condiciones de riesgo, lo que fue identificado como atención pre y post aborto; además de atender las interrupciones de embarazo autorizadas por la ley de 1938.

Con respecto a la integración de los equipos técnicos, las guías clínicas determinan los perfiles de los profesionales que pueden brindar la atención, con lo cual el prestador de salud debe contar como mínimo, con un equipo de referencia, integrado por profesionales de la ginecología, la obstetricia y la psicología. El MSP podrá autorizar una integración diferente teniendo en cuenta la cantidad de usuarios y las características de la localidad donde se encuentre el servicio de salud. Este equipo es el que establece los criterios para la actuación de los profesionales y técnicos de los servicios y debería monitorear la aplicación efectiva de la norma (Art. 9).

La capacitación de los profesionales de los equipos de referencia está a cargo del MSP, que además ejerce el contralor general de la ejecución de los servicios. Por su parte, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) es quien controla a los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud (Arts. 10 y 11).

MARCO REGULATORIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La Ley N°. 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley IVE) fue sancionada en octubre de 2012 y reglamentada en noviembre del mismo año a través del Decreto 375/012. La ley establece los criterios a través de los cuáles no se aplicará la pena del delito de aborto establecido por el Código Penal desde el año 1938. Dada la complejidad de su contenido en este apartado se irá vinculando el texto de la ley con los contenidos del decreto reglamentario, procurando identificar las restricciones que podrían generar obstáculos en su implementación y acceso a los servicios creados.

Los principios generales de la Ley IVE se especifican en el primer artículo donde se establece que *"El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos."*

En el **Decreto Reglamentario (DR)** se determinan los principios de actuación de las instituciones médicas y del personal de salud, en los que se identifica la confidencialidad de las consultas que alcanza a todo el personal médico y no médico de las instituciones del SNIS y al personal de los servicios tercerizados. Por otro lado, la voluntad de la mujer que solicita el servicio debe manifestarse mediante consentimiento informado. La información y el asesoramiento brindado debe registrarse en la historia clínica, al mismo tiempo que el equipo interdisciplinario actuante debe explicitarle a la mujer que consulta, los derechos y obligaciones que otorga la ley y los riesgos y beneficios de los procedimientos para la interrupción del embarazo.

La Ley contempla el respeto a la autonomía de la mujer sobre sus decisiones y, para asegurarlo, en el DR se establecen las medidas para que la decisión sea libre, consciente e informada. El personal de salud no debe imponer sus propios valores, visión filosófica ni creencias, debiendo brindar información basada en evidencia científica. Si la mujer no siente confianza en su prestador de salud, podrá presentarse ante la Junta Nacional de Salud (JUNASA) para solicitar el cambio de prestador, acreditando para ello las circunstancias que la fundamentan. En tal situación, el prestador de salud tiene 24 horas para evacuar la vista. En el caso de las usuarias con cobertura a través del Seguro Nacional de Salud, la JUNASA comunicará el cambio al Banco de Previsión Social (BPS), que el mismo día dará el alta en el prestador elegido por la usuaria. En el caso de las usufructuarias del SNIS, será la usuaria la que personalmente, a través de la presentación de la resolución de la JUNASA, solicitará el alta en el nuevo prestador de salud. El prestador elegido no puede rechazar la solicitud de afiliación de una mujer embarazada por ningún motivo, no siendo de recibo el requerimiento de cobro de ninguna suma que no sea el pago de la cuota mensual o las correspondientes tasas moderadoras.

Restricciones identificadas en el marco normativo alcanzado

En la negociación legislativa que finalizó con la sanción de la ley de IVE se constata un cambio en la interpretación y alcances de la protección del Estado en relación de los derechos sexuales y reproductivos.

Mientras que la ley 18.426 de 2008, estableció que *"el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población"* (Art. 1), la de IVE enfatiza en su artículo 1 *"el valor social de la maternidad"*. Establecer que la ley no se constituye en un *"instrumento de control de los nacimientos"* resulta una especificación confusa e innecesaria. Es confusa en el sentido de que el propósito

de la ley – en la medida que reafirma que el Estado debe velar por los DSR– debería ser el de garantizar las condiciones para que la maternidad sea producto de decisiones voluntarias e informadas. Por otra parte es un énfasis innecesario en la medida que el país ha ratificado y está comprometido con las convenciones de Derechos Humanos y los programas y planes de acción de las conferencias de Naciones Unidas –en particular la de Población y Desarrollo y de la Mujer (Cairo, 1994 y Beijing, 1995) y todas sus posteriores revisiones, en las cuales el Estado no debe violentar la libertad de decisión de las personas para definir si tener o no hijos, en qué cantidad y espaciamento.

Por otra parte, el alcance de la despenalización del aborto se restringe a lo definido en el artículo 2° de la Ley IVE donde se establece la inaplicabilidad de los artículos 325 y 325 bis del Código Penal², en los casos que cumplan con los plazos y condiciones estipuladas por la ley. Para ello determina que se podrá realizar la interrupción en las primeras 12 semanas de embarazo y siempre que se cumpla con los procedimientos definidos. De lo contrario se incurrirá en el delito de aborto.

La mujer que solicite la IVE deberá presentarse en la institución del SNIS que le corresponda y poner en conocimiento del médico las circunstancias en que ha sobrevenido la concepción ya sea por razones *“de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo”* (art. 3, Ley IVE).

Una vez realizada la primera consulta, identificada en el DR como IVE 1, el médico derivará a la mujer, el mismo día o al siguiente a la entrevista con un equipo interdisciplinario integrado al menos por un médico ginecólogo, un profesional de la salud psíquica y uno del área social, instancia indicada como IVE 2. El cometido definido por ley de este equipo es el de informar sobre características, riesgos y alternativas al aborto, debiendo constituirse en un espacio de apoyo que pueda contribuir a superar las causas que puedan inducirla a abortar y garantizarle toda la información necesaria para una decisión responsable y consciente. Luego de la consulta con el equipo interdisciplinario, la mujer tendrá un período de reflexión no menor de 5 días, transcurrido el cual y si ratifica ante el médico ginecólogo su voluntad de interrumpir el embarazo se procederá a la fase IVE 3 que es la realización del aborto. De acuerdo al artículo 9 del DR esta consulta con el médico ginecólogo se le otorgará en un plazo no mayor de 24 horas y dicho profesional coordinará de inmediato el procedimiento de interrupción según las características del embarazo y en base al criterio de reducción de riesgos y daños. La ratificación de voluntad deberá hacerse por consentimiento informado y se incorporará a la historia clínica, donde además quedará constancia de todo lo actuado (Art. 3 ley IVE).

La ley estipula tres situaciones excepcionales que pueden exonerar a la mujer de cumplir con alguno de los requisitos antes mencionados: cuando el embarazo implique riesgo grave para la salud de la mujer, cuando se verifique en el feto una malformación incompatible con la vida extrauterina o cuando el embarazo fuera el resultado de una violación (Art. 6 ley IVE). En el primer caso, se deberá intentar salvar la vida del feto sin poner en peligro la vida o salud de la mujer y es el único caso que, de acuerdo a la gravedad y condición de la mujer, no será requerido el previo consentimiento informado.

En el caso de los abortos terapéuticos no se fija el plazo para realizar la interrupción y para las situaciones de malformación fetal, el decreto reglamentario de la ley IVE crea una Comisión, en el ámbito del MSP, encargada de analizar si las situaciones presentadas están comprendidas en la norma y el pronunciamiento positivo de

2 Artículo 325 del Código Penal *“(Aborto con consentimiento de la mujer) La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión, de tres a nueve meses.”*

Artículo 325 bis del Código Penal *“(Del aborto efectuado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer) El que colabore en el aborto de una mujer con su consentimiento con actos de participación principal o secundaria será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión.”*

esta Comisión habilita al médico tratante a interrumpir el embarazo por esta causa, con previo consentimiento informado de la mujer (Art. 17 DR).

En las situaciones de embarazo producto de violación el plazo para la IVE es hasta las 14 semanas de gestación y requiere que la situación de violación sea acreditada con constancia de denuncia judicial. Para acreditar dicha situación la mujer deberá exhibir que ha realizado la denuncia de la violación ante el médico que consulta (Art. 18 DR).

Los abortos practicados sin cumplir con los requisitos de los artículos 2° y 3° y los que no se realicen en las circunstancias previstas como excepciones en el artículo 6° de la ley, serán ilegales y pasibles de ser sancionadas penalmente.

Los equipos de salud, fuera de los plazos y requisitos contenidos en la ley, actuarán conforme a lo dispuesto por el art 4° b.2 de la ley 18.426 y la ordenanza 369/2004 del MSP, esto quiere decir que se aplicarán los criterios de reducción de riesgos y daños para que la mujer prosiga con el embarazo o tenga la información necesaria para no recurrir a prácticas inseguras en caso de practicarse el aborto en la clandestinidad. Podrán aplicarse sanciones cuando los plazos se vencen por causas imputables al médico, al equipo interdisciplinario o a la institución (Art. 4° DR).

El DR define que será el médico ginecólogo el que determine el tipo de procedimiento a seguir para la interrupción del embarazo, basado en evidencia científica orientada a disminuir los riesgos, a las condiciones específicas de cada situación y de acuerdo a las guías que dicte el MSP. El MSP ha definido en sus guías clínicas que el medio prioritario para la interrupción es por medicamentos y para ello introdujo en el vademécum el uso intrahospitalario de la combinación mefiprestona y misoprostol.

Los plazos del procedimiento son en días continuos, por lo que no puede interrumpirse ni suspenderse por días inhábiles ni feriados. En cuanto al equipo interdisciplinario, se tomará como referencia el decreto reglamentario de la ley 18.426 de salud sexual y reproductiva aunque difiere la integración de los mismos dado que la ley IVE incorpora al profesional de servicio social como requisito y no incluye a obstetras.

En el decreto de regulación de la práctica del aborto se establece que para la protección de la salud integral de la mujer, la confidencialidad, secreto profesional y el asesoramiento en temas técnicos debe enmarcarse en la estrategia de reducción de riesgos y daños, sin imposición de convicciones personales. El equipo debe abstenerse de realizar juicios de valor sobre la decisión de la mujer (Art. 12 DR). A su vez, asesorará a la mujer sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.

En relación a la participación del co-progenitor, la ley estipula que si la mujer manifiesta expresamente su consentimiento, el equipo podrá entrevistarse con el progenitor pero únicamente para informarle sobre el marco normativo. Esta entrevista bajo ninguna circunstancia podrá demorar ni detener el proceso.

El equipo deberá garantizar en lo posible que la mujer no tome la decisión en base a presiones de terceros, lo que refiere a que personas ajenas al equipo se encuentren presentes durante la entrevista, o que haya individuos que quieran expresarse a favor o contra del aborto y permanezcan en salas de espera u otros sitios dentro del ámbito institucional. En esta misma línea el DR estipula que no está habilitada la existencia de material a favor o en contra de la ley IVE, excepto el material informativo del MSP. Además, el equipo deberá cumplir con el protocolo del MSP para su funcionamiento establecido en la ordenanza 369/004 de atención pre y post aborto (Art. 13 DR).

La ley ampara a todas las ciudadanas uruguayas (naturales y legales) y a las extranjeras que demuestren un año de residencia en el país (Art. 13 ley IVE). Las que no cumplan con estos requisitos quedarán fuera del sistema legal de interrupción del embarazo.

El análisis de la normativa permite identificar exigencias que limitan y entorpecen el ejercicio pleno de la autonomía reproductiva de las mujeres y su acceso a la IVE. La eventual represión penal ante los casos que no cumplan con el procedimiento y los plazos estipulados por ley puede llegar a sancionar hasta con la privación de libertad (Art. 2 ley IVE, Art. 325 del Código Penal). La exigencia de un período de reflexión y las distintas etapas impuestas para ratificación de la voluntad de interrupción, no guardan coherencia con el reconocimiento de las mujeres adultas como sujetos con capacidad plena para tomar decisiones (Art. 1278 y 1280 del Código Civil). La insistencia de ratificación de su decisión ante distintos profesionales se adscribe más a un sistema de tutelaje de las mujeres, que al reconocimiento de la autonomía y capacidad ética para tomar decisiones responsables (MYSU, 2013). Si bien la normativa aclara que los profesionales intervinientes no tienen potestad para realizar juicios de valor ni influenciar en la decisión de la mujer, (Art. 12 DR) la imposición de un procedimiento engorroso como mecanismo para desestimular la práctica del aborto sería un indicador de vulneración del derecho reproductivo consagrado en la legislación.

Ante esta circunstancia MYSU considera que se está frente a una situación contradictoria entre las leyes promulgadas porque se reconoce la responsabilidad del Estado de garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos pero se enfatiza en la protección de la maternidad en lugar del derecho a decidir de las personas, en este caso de las mujeres. Además se establecen mecanismos de control y tutelaje sobre sus decisiones procurando que desistan de una interrupción cuando se enfrentan a una situación de embarazo no buscado, planificado o deseado.

Adolescentes y aborto

El artículo 7 de la Ley IVE establece que en el caso de las mujeres menores de 18 años, no habilitadas, será el médico ginecólogo quien recabará el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo y lo hará atendiendo lo previsto por el artículo 7 del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), es decir, respetando la autonomía progresiva de la adolescente.

La norma prevé la hipótesis por la cual *“se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo”*. En esta situación, la adolescente tiene la posibilidad de presentarse con los antecedentes registrados por el equipo médico ante el Juzgado Letrado de Familia Especializado en Montevideo o en los Juzgados Letrados de Primera instancia con competencia en familia, en el interior del país. Desde la presentación, el juez tiene un plazo de tres días continuos para resolver acerca de la validez del consentimiento de la adolescente, indagando si fue expresado de manera espontánea, voluntaria y consciente. Para adoptar la resolución convocará a la adolescente y al Ministerio Público para oír sus argumentos conforme a lo previsto en el artículo 8° del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA)³. Este procedimiento es verbal y no tiene costo. (Art. 7 Ley IVE).

3 CNA Artículo 8°. (Principio general).- Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, este Código y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida. Podrá acudir a los Tribunales y ejercer los actos procesales en defensa de sus derechos, siendo preceptiva la asistencia letrada. El Juez ante quien acuda tiene el deber de designarle curador, cuando fuere pertinente, para que lo represente y asista en sus pretensiones. Los Jueces, bajo su más seria responsabilidad, deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de lo establecido en los incisos anteriores, debiendo declararse nulas las actuaciones cumplidas en forma contraria a lo aquí dispuesto.

El DR reitera lo dispuesto en el artículo 7 de la ley IVE y en el CNA estipulando que el médico ginecólogo recabará el consentimiento de las menores de 18 años no habilitadas (Art. 37 DR). La norma establece que, teniendo en cuenta la edad de la niña o adolescente, el médico ginecólogo o el equipo interdisciplinario tenderán a que la decisión de abortar se tome en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la niña o adolescente, siempre observando el debido respeto a la autonomía progresiva de la misma.

Si bien al inicio la norma determina que quien recaba el consentimiento es el médico ginecólogo, el segundo inciso expresa que si el especialista o el equipo interdisciplinario estiman que la menor puede prestar un consentimiento válido, entonces solo podrán notificar a los padres o representantes si la adolescente los libera formalmente respecto del secreto profesional. La formalidad exigida por el DR es que esta circunstancia quede asentada en la historia clínica firmada por la menor. En el caso contrario: cuando el ginecólogo o el equipo interdisciplinario entiendan que la menor no goza de la madurez suficiente como para otorgar un consentimiento válido, entonces le podrán notificar a los padres o representantes a efectos de que presten su asentimiento. Esta situación también debe registrarse en la historia clínica de la menor.

Ante el supuesto que no exista asentimiento sobre la decisión de abortar de la adolescente ésta podrá ejercer las acciones previstas en el artículo 7 de la Ley IVE, es decir, obtener el consentimiento judicial y alcanzará con presentar la documentación original del proceso judicial para que se proceda a la interrupción voluntaria del embarazo (Art. 38 DR).

El Código de la Niñez y la Adolescencia establece que "*niño/a*" es todo ser humano menor de trece años y "*adolescente*" todo ser humano de entre trece y dieciocho años. (Art. 1º inc. 2 CNA). Este Código se aplica a todos los niños, niñas y adolescentes y reconoce (como principio general) que éstos gozan de los derechos inherentes a la persona humana, que tienen derecho a ser oídos y a tener respuestas cuando se toman decisiones que afectan sus vidas (Art. 8 CNA). A lo largo de todo el articulado se establece como criterio el del "interés superior del niño" el cual implica una consideración del niño, niña o adolescente como sujetos de derechos.

Con frecuencia en la norma legal se especifican las características para reconocer la capacidad de las personas (Art. 831, 1278 a 1280 Código Civil) y si la capacidad se cuestiona, el derecho positivo asigna a los jueces la potestad de dirimir sobre la misma. En lo que refiere a menores de edad, la intervención del Ministerio Público es preceptiva. En el caso de la ley IVE, si bien se prevé una eventual instancia judicial, es el médico ginecólogo o los profesionales del equipo interdisciplinario quienes determinan, en primera instancia, si la adolescente es capaz de otorgar un consentimiento válido. En caso que el médico considere que la adolescente no es capaz de emitir una voluntad válida, estará habilitado para sin más, levantar el secreto profesional e informar al respecto a los padres, tutores o responsables de la menor, dejando de lado la regla de la confidencialidad, que es un principio rector en la actuación de los profesionales intervinientes en los procesos que rige esta ley (Art. 5 Ley IVE y art. 2 lit. a DR 375/012).

La intervención de un equipo interdisciplinario parecería ser la manera más idónea de establecer el grado de autonomía y capacidad de una adolescente, porque aseguraría las dimensiones bio-psico-socio culturales para la valoración. En el caso que sea sólo el profesional de la ginecología quien defina la validez del consentimiento, la idoneidad puede ser objeto de discusión debido a que tal atribución superaría técnicamente el alcance de dicha profesión. De esta forma las adolescentes podrían quedar expuestas a la discrecionalidad y subjetividad del profesional interviniente. El principio de confidencialidad y la decisión de informar a padres y/ tutores, también queda a consideración del ginecólogo. Estos criterios de intervención son débiles en términos de estipular las mayores garantías para que los derechos de niños, niñas y adolescentes sean asegurados.

Cuando la adolescente no cuenta con el asentimiento de sus responsables y si el equipo médico así lo determina, recién ahí se habilita la facultad para iniciar un proceso judicial. Esta posibilidad se presenta como la última

alternativa lo cual sería otra debilidad para la protección de los derechos. Si bien el saber exclusivamente jurídico tampoco es suficiente para establecer la correcta apreciación sobre la progresividad de la autonomía de una menor de edad, no debería ser una posibilidad que sólo se habilite cuando el saber de otros profesionales o tutores no haya sido suficiente. La autonomía *“supone que en la medida que la persona avanza en el desarrollo de sus capacidades de acuerdo a su edad toma control sobre ámbitos competenciales de representación o sustitución delegados a sus padres o al Estado bajo un concepto paternalista”* (UNICEF 2012, p.22)⁴. Este concepto presente en el Código de la Niñez y la Adolescencia y en la Convención sobre los derechos del Niño supone la consideración del menor como sujeto de derecho y no como objeto de protección.

“El concepto de grado de madurez y desarrollo que alcance un niño, niña o adolescente acorde a la evolución de sus facultades, que involucra el enunciado del principio de autonomía progresiva, nos lleva a concluir que responde a un concepto de la identidad, propia, individual y particular, compuesta por un determinado sistema de preferencias que representan una pluralidad de convicciones acerca del bien común o de lo que se considere bueno, basada en la especificidad de la construcción individual, y refiere a la esfera particular de experiencias y valores, en regla con lo que cada individuo crea de sí mismo, del otro o de su comunidad como expresión de su libertad y respeto, conviviendo con otras identidades sociales en forma dinámica y plural. Carece por tanto del carácter universal de una norma por ende tampoco pertenece al campo de la moral, siendo inherente a su contenido lo subjetivo y particular.” (UNICEF, 2012, p. 34).

Establecer el grado de autonomía es una determinación compleja que depende de la capacidad del entorno adulto para llevarlo a cabo en función del bien mayor de los menores implicados. Respetar y asegurar los derechos de niños, niñas y adolescentes implica cambiar los paradigmas tradicionales de intervención así como asegurar de forma clara y transparente las rutas de los procesos de determinación y la fiscalización para su adecuado cumplimiento. Particularmente ante situaciones como la de continuar o interrumpir un embarazo donde las valoraciones y subjetividades personales influyen de manera muy marcada, habría que asegurar que las intervenciones de los profesionales estén basadas en evidencia y conocimiento técnico y no en sus sistemas propios de valores (MYSU, 2009)⁵.

Mujeres declaradas incapaces y aborto

En estos casos se requiere consentimiento informado del curador y venia judicial del juez competente, previa vista al Ministerio Público. En estas situaciones tienen validez muchos de los señalamientos realizados para las mujeres menores de edad y si bien las protocolizaciones son necesarias para delimitar la intervención técnica también cada caso debe ser considerado en su particularidad.

Otras disposiciones de la ley de IVE

Los abortos que se practiquen de acuerdo a esta ley serán consideradas **acto médico sin valor comercial**. (Art. 9 Ley N°. 18.987).

4 Manual para la defensa jurídica de los derechos humanos de la infancia, UNICEF, 2012, p. 22.

5 MYSU (2009) Informe del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva. Percepciones y sistema de valores de los profesionales de la salud- Uruguay.

Sobre el recurso de objeción de ideario y de conciencia

Si bien la ley IVE establece que todas las instituciones del SNIS están obligadas a cumplir con lo estipulado por la norma, prevé una excepción al reconocer la objeción de ideario para las instituciones que ya tengan especificada dicha posición antes de la entrada en vigencia de la misma. Esta objeción debe acreditarse ante el MSP con quien se acordará la manera en que las usuarias de la institución objetora podrán acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (Art. 10 Ley IVE).

En la reglamentación se especifica que la objeción de ideario no se aplica en las situaciones donde la continuidad del embarazo implique riesgo grave de salud para la mujer dando cuenta de lo estipulado en el literal a) del artículo 6 de la ley (Art. 24 DR 293/010).

La objeción de ideario debe surgir de disposiciones presentes en los estatutos del Prestador de Salud Privado o de las que se pueda inferir que no se realizarán abortos (Art. 21 DR). Para acreditar esta objeción preexistente, el prestador de salud tiene un plazo de quince días hábiles a partir de la fecha de entrada en vigencia del decreto. En caso de no cumplimiento con dicha acreditación, la institución no podrá ampararse a la objeción de ideario (Art. 22. DR). Una vez recibida la solicitud, el MSP la evaluará y dictará pronunciamiento. Previamente el MSP constatará que existen condiciones para amparar los derechos de la mujer de acuerdo a la ley N°. 18.987 y la ley N°. 18.426 (Art. 23 DR).

Las instituciones que se excusen de practicar abortos por recurrir a la objeción de ideario deben celebrar contratos y convenios para que las usuarias cuya voluntad sea la de interrumpir un embarazo de acuerdo a la ley, tengan garantizados sus derechos, respondiendo la institución médica por todos los gastos que ocasionen traslados y derivaciones (Art. 25 DR).

En cuanto a la **Objeción de conciencia** la ley IVE prevé la posibilidad de que los médicos ginecólogos puedan negarse a participar en los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo cuando manifiesten expresamente objeción de conciencia y lo comuniquen a las autoridades de las instituciones en las que se desempeñan. Esta comunicación, así como la manifestación de su revocación, pueden realizarse en cualquier momento. Quienes no lo hayan manifestado no pueden negarse a intervenir en los procedimientos que establece la ley. La objeción de conciencia solo es válida respecto del aborto propiamente dicho, no abarca las instancias de asesoramiento y de la atención pre y post-aborto (Art. 11 Ley IVE).

Si un profesional objeta conciencia, se entiende que la misma queda tácitamente revocada cuando participa en una interrupción de embarazo. La objeción de conciencia no se admite cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer, como ya ha sido mencionado.

Si bien la objeción de conciencia es un recurso jurídico que el médico ginecólogo puede invocar para abstenerse de cumplir con la ley, también puede convertirse en un obstáculo para el acceso de las mujeres al sistema legal de aborto. En el capítulo de monitoreo de los servicios que incluye este informe, se da cuenta de esta situación.

Para MYSU, la objeción de ideario reconocida con esta ley genera un antecedente preocupante en términos de reconocer conciencia a las instituciones cuando son las personas físicas quienes las detentan. Esta excepcionalidad admitida a las personas jurídicas para no cumplir con una norma genera diversas consecuencias y perjuicios a las mujeres que requieren de dicha atención y están afiliadas a las mismas. Por otra parte, ésta condición les impide realizar abortos y cumplir con la ley a aquellos profesionales de la ginecología que allí trabajen, imponiendo la "conciencia" de la institución sobre la del profesional y –obviamente– sobre la de la mujer que lo requiere.

Las usuarias de las instituciones objetoras de ideario deben iniciar el proceso de interrupción legal en un entorno que notoriamente se ha expresado en contra de su decisión. Lo mismo sucede cuando recurre a un médico que es objetor, la propia reglamentación establece que la mujer podrá realizar todas sus consultas con un médico que se ha manifestado personalmente en contra del aborto (Art. 28 DR).

Sobre el registro e indicadores para medir el efecto de la ley

El artículo 12 de la ley IVE obliga al MSP y a las instituciones del SNIS a llevar un registro estadístico de las consultas, los procedimientos de abortos realizados y los previstos como excepciones en el artículo 6°, el número de mujeres que luego de la entrevista con el equipo decide proseguir con el embarazo, los nacimientos y cualquier otro dato que se estime pertinente.

El cometido de la ley y el indicador de éxito de su implementación es lograr que las mujeres desistan de abortar, reforzando lo establecido en su primer artículo de protección de la maternidad. Sin embargo, desde MYSU se considera que para dar cuenta del respeto y la protección de los derechos reproductivos, que también están consagrados por ley, el énfasis y la medición exitosa de la implementación de la normatividad deberían centrarse en la reducción de las situaciones de embarazos no deseados y de maternidades forzadas. El propósito que busca lograr que las mujeres desistan de abortar estaría vulnerando la autonomía de decisión y generando una forma de obstaculizar el acceso al servicio.

LEY DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (RHA)

La Ley N°. 19167 establece la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida, y los requisitos para las instituciones públicas y privadas autorizadas para desarrollar dicho procedimiento. *"Quedan incluidas dentro de las técnicas de reproducción humana asistida la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional prevista en el artículo 25 de la presente ley."* (Art. 1).

Las técnicas de reproducción *"podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica a la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley"* (Art.2). A su vez, el artículo 6 define como infertilidad la *"incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de mantener relaciones sexuales"*. Esta definición coincide con la de OMS que estipula que la infertilidad es *"(...) la enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas."*⁶

El Estado deberá garantizar que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas en el SNIS (Art. 2). En cuanto al tipo de procedimientos se identifican los de alta y baja complejidad. Éstos últimos son aquellos en función de los cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino. Mientras que las técnicas o procedimientos de alta complejidad son los que posibilitan que la

6 OMS Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

unión entre óvulo y espermatozoide tenga lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a éste los embriones resultantes de la fecundación in vitro, sean estos criopreservados o no.

El concepto de maternidad subrogada también está identificada en la ley habilitando la participación de otra mujer para llevar adelante la gestación debido a que la mujer que ha recurrido a las técnicas no puede sostener un embarazo por causa de enfermedades genéticas o adquiridas. La norma restringe la maternidad subrogada a mujeres familiares de la que está en tratamiento, o de su pareja, hasta segundo grado de consanguinidad. La incapacidad de gestación de la mujer en tratamiento deberá ser diagnosticada por el equipo interviniente, el que elevará un informe a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida para su conocimiento y control de cumplimiento de las condiciones que habilitarían la subrogación.

La reglamentación de la ley se realizó a través de los decretos 69/014, 311/014 y 84/015 y por la Ordenanza 462 del MSP del 26 de agosto de 2014 a través de la cual se estipuló la integración de Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida prevista en el Artículo 29 de la Ley 19.167.

En el Decreto 69/014 se establece las condiciones de funcionamiento para centros y servicios del país que realicen las técnicas. El proceso de habilitación debe realizarse ante el MSP previo a iniciar o estando en actividad, las que tendrán el plazo de un año desde la aprobación de la normativa para ser habilitadas. La habilitación se otorga por un plazo de cinco años. El pasaje hacia técnicas de mayor complejidad, requiere una nueva habilitación. Todos los servicios y centros que realicen las técnicas deben tener cobertura de emergencia médica. El MSP podrá de oficio, por denuncia o a solicitud del interesado realizar inspecciones que se estimen pertinentes. Para habilitar un servicio, clínica o centro de baja complejidad, éste deberá contar con Consultorio Ginecológico acorde al Decreto N° 416/002 y laboratorio clínico para procedimientos de Alta Complejidad, se deberá contar además con block quirúrgico y laboratorio de embriología. La Dirección Técnica de una Clínica o Centro debe ser desempeñada por un Doctor/a en Medicina que se encuentre registrado en el MSP quien no podrá ejercer simultáneamente la Dirección del Laboratorio de Embriología. La Dirección Técnica de los servicios pertenecientes a Prestadores Integrales, será ejercida por los Directores Técnicos de éstas instituciones. La dirección del Laboratorio de Embriología será ejercida por un profesional registrado que deberá acreditar conocimiento y experiencia demostrable en organización y manejo cotidiano de laboratorio de embriología.

El Decreto 311/014 establece un Glosario de Términos con las principales definiciones en materia de reproducción asistida y regula todo lo relativo a las técnicas de baja complejidad, definiéndolas como *"aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realizan dentro del aparato genital femenino e incluyen inducción de la ovulación e inseminación artificial, en todas sus modalidades"* (Art. 2). Con respecto a la financiación, el artículo 6 expresa que estos procedimientos serán de cobertura obligatoria por parte de los prestadores integrales del SNIS con el financiamiento que corresponda, cuando la mujer no supere los 40 años. En el caso de las mujeres mayores de 40 años de edad el financiamiento correrá por su cuenta.

Los requisitos exigidos en el artículo 10 del decreto para la aplicación de las técnicas de baja complejidad especifican que:

- a. Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de 60 años, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo tratante sobre las técnicas de referencia, sus riesgos y probabilidades de éxito, salvo que hubiere sido declarada incapaz por el Juez competente.
- b. Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia, conforme a lo establecido en los protocolos que dicte el Ministerio de Salud Pública. (...)

- c. Otorgamiento de consentimiento informado y escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso (...)
- d. Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la inseminación."

La mujer a la que se le apliquen estas técnicas podrá pedir la suspensión de las mismas en cualquier momento (Art. 11).

En cuanto a la donación de gametos y a su utilización con fines de investigación las condiciones se incluyen en el artículo 13 y en el 12 y 21, se reconoce el derecho a la identidad de quienes hayan nacido por el uso de TRHA. Los artículos 12 y 21 determinan que los hijos gestados por medio de estas técnicas tienen derecho a conocer el procedimiento llevado a cabo para su fecundación mediante petición por escrito ante la institución en la cual se practicó la técnica. A su vez la identidad del donante solo será revelada cuando el juez lo indique a petición del nacido o sus descendientes. Esto no producirá efecto jurídico alguno en lo relativo a la filiación. El artículo 22 consagra el secreto profesional y los artículos 23 a 27 regulan todo lo concerniente a deberes formales y de registro.

El decreto 84/015 enumera las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad con cobertura a cargo del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Estas son: *"la inducción de la ovulación, la microinyección espermática (ICSI), la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la criopreservación de embriones, la donación de gametos y embriones, y la gestación subrogada en caso de la situación excepcional de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio."*

Los requisitos para las técnicas de alta complejidad contenidos en el artículo 7 son:

- a. Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de cuarenta años.
- b. No obstante lo anterior, serán de aplicación a las personas a partir de los 40 años y hasta que cumplan 60 años de edad, durante los 24 meses siguientes a la fecha de promulgación de la ley.
- c. Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia.
- d. El profesional médico responsable del equipo actuante deberá dejar constancia escrita en la historia clínica correspondiente, de los estudios, tratamientos seguidos y resultados que justifiquen la realización del procedimiento:
- e. Otorgamiento de consentimiento informado y escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso.
- f. Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la implantación.

La financiación de las técnicas de alta complejidad, así como el sistema de copagos a cobrar por parte del FNR, podrá variar en función del número de intentos y del ingreso promedio de la pareja. (Arts. 32 y ss.)

Si bien cada procedimiento tiene una regulación específica que debe acompañarse y actualizarse en base a la evidencia científica disponible, en el caso de la maternidad subrogada los criterios para su aplicación aparecen como arbitrarios y sin una comprobada fundamentación. Suponer que se evitarán los conflictos de intereses económicos porque una familiar de la mujer o de la pareja que no puede gestar sea quien porta la gestación, es un supuesto que no se sostiene con evidencia. Por otra parte, quedan fuera del sistema legal las mujeres que no tengan hermanas ni cuñadas, o que en caso de tenerlas, éstas no tengan la disposición de realizar el

acuerdo de gestación subrogada. Tampoco contempla los conflictos de identidad y vínculos familiares que podrían generar en el bebé que nazca por este medio.

Esta restricción no obedece el mandato establecido por la Convención para la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), que Uruguay ha ratificado plenamente, la cual consagra en su Recomendación General N°24 que *"Los informes que se presentan al Comité deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del estado y las necesidades de salud de la mujer en el país"* (Parr. 9).

LICENCIA Y SUBSIDIO POR MATERNIDAD Y PATERNIDAD

En el año 2013 se sancionaron dos leyes que regulan la licencia y subsidio por maternidad y paternidad de los y las trabajadoras de la actividad privada (Ley 19.161) y de funcionarios/as públicos del Poder Ejecutivo (Ley 19.121). Si bien ambos regímenes suponen avances en materia de protección de derechos respecto a la regulación anterior, guardan diferencias que determinan que los trabajadores gozarán de distintos beneficios de acuerdo al sector en el que desarrollen su actividad ya sea en el público o en el privado.

En el **sector privado**, la Ley 19.161 establece en su primer artículo que tienen subsidio por maternidad las trabajadoras dependientes y no dependientes de la actividad privada; las que desarrollan tareas amparadas por el Banco de Previsión Social, *-siempre que no tuvieran más de un trabajador subordinado-* y las titulares de empresas monotributistas. También aquellas que habiendo sido despedidas, queden embarazadas en el período de amparo del subsidio por desempleo previsto en el Decreto-Ley 15.180, del 20 de agosto de 1981 y modificativas.

El decreto reglamentario N°17/2014 considera que cuando la ley hace referencia a "titulares de empresas monotributistas" (Art. 1 lit C y Art. 7 lit C) incluye tanto a las amparadas por la Ley 18.083 de Reforma Tributaria como a quienes se amparan en la Ley 18.874 de Monotributo Social Mides.

No están comprendidas las profesionales universitarias que ejerzan su profesión de manera liberal.

En el periodo de amparo del subsidio por maternidad *"Las beneficiarias deberán cesar todo trabajo seis semanas antes de la fecha presunta del parto y no podrán reiniciarlo sino hasta ocho semanas después del mismo. No obstante, las beneficiarias autorizadas por el Banco de Previsión Social, podrán variar los periodos de licencia anteriores, manteniendo el mínimo previsto en el inciso siguiente. En ningún caso, el período de descanso será inferior a catorce semanas."* (Art. 2 de la ley)

Este es uno de los aspectos que hacen de esta ley una regulación más favorable para la trabajadora con respecto al régimen anterior, la licencia por maternidad se amplía y pasa de doce a catorce semanas de duración.

Los artículos 3 y 4 contemplan las situaciones de anticipación o retraso de la fecha de parto. Ante parto prematuro que implique iniciar el descanso antes de la fecha prevista, la licencia se prolongará después del parto hasta completar las catorce semanas. Cuando el parto sobreviene después de la fecha prevista el descanso correspondiente a la primera etapa se extenderá hasta el día del parto y el descanso correspondiente a la etapa posterior del parto no se reducirá, por lo que el descanso total podría llegar a prolongarse más allá de las catorce semanas.

Durante los períodos de descanso la beneficiaria percibirá el promedio mensual o diario cuando se trate de trabajadoras dependientes y de acuerdo a que la remuneración sea por mes, día u hora- El promedio se calcula en base a las asignaciones computables percibidas en los últimos seis meses, más la cuota parte correspondiente al sueldo anual complementario, licencia y salario vacacional a que hubiere lugar por el período de amparo. En las trabajadoras no dependientes, el monto será el promedio mensual de las asignaciones computables de los últimos doce meses.

En ningún caso el monto del subsidio por maternidad puede ser inferior a 2 BPC (dos Bases de Prestaciones y Contribuciones) por mes o la suma que proporcionalmente sea correspondiente a períodos menores. Los plazos mencionados corresponderán a período de trabajo efectivo si fuere más favorable para la trabajadora.

Las trabajadoras beneficiarias del subsidio no pueden desarrollar actividades remuneradas durante el período de ausencia por esta causa. La inobservancia de esta regla implicará la pérdida del derecho al cobro del subsidio. (Art. 15).

Para el **Sector público**, la licencia por maternidad está regulada en el artículo 15 de la ley N°. 19.121 sobre el "ESTATUTO DEL FUNCIONARIO PÚBLICO DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL" que se aplica a los funcionarios públicos del Poder Ejecutivo (Art. 1º). No están amparados por esta ley los funcionarios diplomáticos, consulares, militares, policiales y de los magistrados dependientes del Ministerio Público y Fiscal. Tampoco se les aplica la ley a las personas que desarrollen actividades remuneradas en el Estado en función de contratos de arrendamiento de obra, becas, pasantías, contratos artísticos, contratos laborales privados, ni adscriptos (Arts. 47, 51, 52, 54 y 58 de la Ley N°. 18.179).

"Toda funcionaria pública embarazada tendrá derecho mediante presentación de un certificado médico en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia por maternidad. La duración de esta licencia será de trece semanas. A esos efectos la funcionaria embarazada deberá cesar todo trabajo una semana antes del parto y no podrá reiniciarlo sino hasta doce semanas después del mismo. La funcionaria embarazada, podrá adelantar el inicio de su licencia, hasta seis semanas antes de la fecha presunta del parto. Cuando el parto sobrevenga después de la fecha presunta, la licencia tomada anteriormente será prolongada hasta la fecha del alumbramiento y la duración del descanso puerperal obligatorio no deberá ser reducida. En caso de enfermedad que sea consecuencia del embarazo, se podrá fijar un descanso prenatal suplementario. En caso de enfermedad que sea consecuencia del parto, la funcionaria tendrá derecho a una prolongación del descanso puerperal cuya duración será fijada por los servicios médicos respectivos (Art. 15, ley 19.121).

La duración de la licencia por maternidad es diferente entre las mujeres del sector público y las del sector privado, las primeras tienen 13 semanas mientras a las segundas se les acaba de extender a 14. También es distinta la regla de aplicación de los días de licencia antes y después del parto.

En los casos de nacimientos múltiples, pretérmino o con alguna discapacidad la licencia será de dieciocho semanas.

Con respecto al monto, las funcionarias públicas cuentan con un sistema más beneficioso que las trabajadoras de la actividad privada ya que les asegura la remuneración vigente. También está prevista una prima por nacimiento (o adopción) por la cual la funcionaria o el funcionario percibe compensación. Si ambos padres son funcionarios, sólo uno de ellos percibirá la prima (Art. 24).

LICENCIA POR PATERNIDAD

Para el sector privado la ley 19.161 regula en su segundo capítulo una prestación que denomina "Inactividad compensada por paternidad" a la cual tienen derecho a ausentarse de su trabajo por razones de paternidad y percibir el subsidio los siguientes beneficiarios: trabajadores dependientes de la actividad privada, no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, siempre que no tengan *más de un trabajador subordinado* y titulares de empresas monotributistas.

Los trabajadores inscriptos como deudores alimentarios morosos en el Registro Nacional de Actos Personales, Sección Interdicciones, no tendrán derecho al beneficio que otorga esta ley. Se exige además que los beneficiarios se encuentren al día con sus aportes al sistema de la seguridad social. La duración del descanso, se fija de forma progresiva en base a los siguientes criterios incluidos en el artículo 8:

- a. "Un máximo de tres días continuos, a partir de la entrada en vigencia de la ley.
- b. Un máximo de siete días continuos, a partir del 1° de enero de 2015.
- c. Un máximo de diez días continuos, a partir del 1° de enero de 2016."

El descanso se inicia el día del parto, salvo en el caso de los trabajadores dependientes a los cuales por la ley 18.345 les corresponden tres días más de licencia. En estos casos a los tres días previstos por esa ley que comprenden el día del parto y los dos siguientes, se le adicionan los días que le corresponden por la ley N°. 19.161.

El monto del subsidio, correspondiente a cada día de ausencia por razones de paternidad, será el siguiente: si se trata de un trabajador dependiente es el promedio diario de sus asignaciones computables percibidas en los últimos seis meses, más la cuota parte correspondiente al sueldo anual complementario, licencia y salario vacacional a que hubiere lugar por el período de amparo. Si es trabajador no dependiente, es el promedio diario de sus asignaciones computables de los últimos doce meses (Art. 9). También rige el monto mínimo establecido por el art. 6° ya que en ningún caso el subsidio debe ser inferior a 2 BPC por mes. Los trabajadores dependientes que quieran hacer uso de este beneficio deberán comunicar en forma fehaciente a su empleador la fecha probable de parto, con una antelación mínima de dos semanas y para recibir el subsidio, deberá presentar certificado médico o testimonio de partida de nacimiento de su hijo en el BPS, de la forma que el organismo determine. (Arts. 10 y 11).

Los trabajadores que se amparen en el subsidio por paternidad también tienen prohibido desarrollar actividades remuneradas durante el período de ausencia por este motivo. El incumplimiento de esta regla implicará la pérdida del derecho al cobro del subsidio.

Para el Sector público el art. 15 de la ley 19.121 establece diez días hábiles de licencia.

CUIDADOS Y LACTANCIA

En el sector privado se les beneficia con un subsidio para el cuidado del recién nacido, que pueden usar indistintamente y en forma alternada el padre y la madre una vez finalizado el período de subsidio por maternidad, hasta que el referido hijo de los beneficiarios cumpla cuatro meses de edad. Dicho plazo máximo de goce del subsidio se extenderá, a partir del 1° de enero de 2015, hasta los cinco meses de edad del hijo y a partir del 1° de enero de 2016, hasta sus seis meses de edad.

La incorporación del subsidio para cuidados y la posibilidad de que el mismo pueda ser utilizado de forma alternada por la madre o el padre, resulta positivamente novedosa. Los alcanzados por el derecho a este subsidio

son tanto la madre o el padre pero es necesario que haya preexistido el subsidio por maternidad. El período de subsidio para cuidados se inicia el día siguiente de la finalización del subsidio por maternidad.

El horario laboral durante el período del subsidio no superará la mitad del horario habitual ni las cuatro horas diarias (Art. 13). El monto a percibir por el subsidio para cuidados equivaldrá a la mitad del que corresponde por maternidad/paternidad (Art. 14).

Para el **Sector público** la jornada diaria laboral podrá reducirse hasta la mitad. Por lactancia se podrá extender hasta un máximo de nueve meses; por adopción o legitimación adoptiva por seis meses desde la fecha de vencimiento de la licencia respectiva, todas debidamente certificadas.

En términos de protección de los derechos reproductivos en estos componentes, quedan pendientes una serie de mejoras que deberían abordarse a futuro. Por ejemplo, deberían asegurarse a las mujeres mejores condiciones para la lactancia en los lugares de trabajo y estudio. En la Plataforma ciudadana por la salud y los derechos sexuales y reproductivos adoptada en el año 2014 por organizaciones y gremios de todo el país⁷, entre sus demandas se enfatizan las de exigir cambios en este campo. Textualmente allí se plantea que el Estado debe "Asegurar la existencia de las salas de lactancia que permitan continuar con el amamantamiento una vez que las mujeres deban reintegrarse a sus lugares de trabajo o de estudio, después del parto. (...) Equiparar los días de licencia por maternidad/paternidad para trabajadores del sector público y privado".

Para el próximo período deberían corregirse las diferencias que condicionan el ejercicio de los derechos en función de si la persona trabajadora realiza su actividad laboral en el sector privado o en calidad de funcionaria pública. Las trabajadoras del sector privado tienen más días de licencia por maternidad que las funcionarias públicas. A su vez, el período previsto para los trabajadores del sector privado subsidiando las tareas de cuidados, es más justo que el período previsto por lactancia en las funcionarias públicas. Por otra parte, los/las funcionarias públicas tienen derecho a gozar de la reducción de la jornada por un período mayor (hasta los 9 meses del hijo) y el subsidio para cuidados es parental por lo tanto puede ser utilizado de forma alterna tanto por la madre como por el padre, lo cual implica un avance en materia de corresponsabilidad y división de las tareas cuidado superando las asignadas en los modelos estereotipados y sexistas.

LEY DE MATRIMONIO IGUALITARIO

La Ley N° 19.075 del 2013, que rige desde agosto de ese año, reconoce como legítimo el matrimonio entre personas del mismo sexo. En su primer artículo la nueva regulación sustituye el artículo 83 del Código Civil por el siguiente: "*El matrimonio civil es la unión permanente, con arreglo a la ley, de dos personas de distinto o igual sexo (...)*"

El matrimonio civil es el único obligatorio en todo el territorio del Estado, no reconociéndose, a partir del 21 de julio de 1885, otro legítimo que el celebrado de acuerdo a las disposiciones establecidas en las leyes de Registro de Estado Civil y su reglamentación.

Los impedimentos legales ya previstos en las disposiciones del Código Civil refieren a la edad que con el nuevo régimen se iguala a varones y mujeres exigiendo en ambos casos 16 años o más (Art. 26); a la existencia de un matrimonio anterior no disuelto y con relación al vínculo de parentesco entre los contrayentes y/o la falta de consentimiento de alguno de ellos.

7 Documento aprobado en la 5ta Jornada Nacional por la salud y los derechos sexuales y reproductivos, convocada por MYSU y la secretaria de género, equidad y diversidad del PIT-CNT, junio de 2015.

Los cónyuges tienen por ley derechos y obligaciones. Entre las obligaciones se encuentran el deber de convivencia (Art. 4), de fidelidad mientras exista vida en común, de contribuir a los gastos del hogar en forma conjunta y proporcional a sus posibilidades económicas. Así como ambos cónyuges son responsables de la educación y mantenimiento de los hijos a su cargo, sean hijos de la pareja o de uno de sus integrantes.

La nueva ley, en líneas generales, sustituye la redacción de los artículos del Código Civil, adaptando la terminología que refería a marido y mujer por palabras neutras, de modo tal que la regulación del matrimonio comprenda a las uniones de personas del mismo sexo. En algunos casos la normativa añade nuevos elementos, como en el caso de la separación y divorcio. Entre las novedades, la ley agrega una nueva causal de divorcio que es el cambio de identidad de género producido con posterioridad a la unión matrimonial (Art. 5). También se modifica el divorcio por sola voluntad que se amplía a cualquiera de los cónyuges. Anteriormente sólo se posibilitaba a las mujeres; así como se incorpora el divorcio por mutuo consentimiento (Art. 10).

La Ley además aporta una definición de adulterio que queda configurado a las situaciones en las que existan relaciones sexuales fuera del matrimonio con persona de igual o distinto sexo (Art. 5).

En materia de pensiones alimenticias, la nueva normativa modifica la pensión permitiendo que cualquiera de los cónyuges pueda solicitarla para mantener la posición que tenía durante el matrimonio. Previo a la Ley de Matrimonio Igualitario sólo la mujer podía ser beneficiaria de esta pensión, bajo la vigencia de la nueva normativa cualquiera de los cónyuges, siguiendo los procedimientos y cumpliendo los requisitos exigidos en la ley, puede solicitarla (Art. 9).

La ley N.º 19.075 amplió las condiciones para la igualdad de derechos incluyendo a parejas que hasta entonces, se les desconocía la posibilidad de legitimar su relación desde el ordenamiento jurídico. A partir de la vigencia de esta ley, muchos vínculos afectivos han encontrado en el sistema normativo la protección jurídica de la que se les privó hasta el año 2013.

La promulgación de esta ley sin duda es valorable y consignable como un avance en el reconocimiento de los derechos de las personas con orientación sexual e identidad de género diversas. Desde su puesta en vigor son múltiples las parejas de personas gay y lesbianas que han contraído matrimonio legitimando públicamente una relación afectiva que transitaba por la invisibilidad y el no reconocimiento.

Este avance, lamentablemente, no fue acompañado ni motivó un debate más profundo sobre la institución matrimonial sino que se asimiló al viejo modelo, las relaciones postergadas. Podría haber sido una oportunidad de revisar la vulneración de derechos que también se producen en el ámbito familiar y las relaciones inequitativas de poder que están presentes en el mundo afectivo y de estructuración tradicional de la familia, pero no fue el caso.

Por otra parte adecuar la norma para hacerla inclusiva a la homosexualidad, redujo lo "igualitario" del matrimonio al hecho de ser entablado entre personas del mismo sexo, invisibilizando y dando por superadas otras inequidades que siguen presentes y que, históricamente, han caracterizado a esta institución. Particularmente en todo lo que refiere a la subordinación e inequidad por razones de género. Con la igualdad formal entre sexos y géneros con la que se ha adecuando la institución matrimonial, las mujeres quizás hayan perdido protección con esta modificación porque la orientación sexual no es la única forma de discriminación que padecen y la igualdad no puede decirse que se haya alcanzado por el reconocimiento del derecho a casarse entre personas del mismo sexo o identidad de género. En este sentido, este avance podría llegar a consignarse más como una ampliación de los derechos de los varones, que de garantías de protección para las mujeres, más allá que las parejas lesbianas también puedan casarse. La solicitud de pensión alimenticia para cualquiera de los cónyuges

o el divorcio por voluntad de cualquiera de ellos podría parecer igualitario pero los indicadores de desigualdad entre hombres y mujeres que aún persisten en la sociedad, no permitirían dar cuenta de que se garantice mayor justicia de género con esta modificación.

REFORMA DEL CÓDIGO PENAL URUGUAYO

Cuando estaba finalizando la legislatura de este período de gobierno, en diciembre de 2014 y a través de los medios de comunicación, se hizo público que un proyecto de reforma del código penal sería aprobado en la Cámara de Representantes.

El Código Penal vigente rige en Uruguay desde el año 1934. Su autor, el abogado penalista José Irureta Goyena, tomó como modelo el Código Penal Italiano (Codice Rocco), cuyo autor, Alfredo Rocco, se desempeñó como Ministro de Justicia desde 1925 a 1932, periodo en el que imperaba la ideología fascista en Italia. Con lo cual el marco penal uruguayo está impregnado de sus concepciones lo que ameritaba, desde la opinión de diversos actores políticos y operadores jurídicos, su necesaria modificación.

El parlamento uruguayo comenzó en 2010 a trabajar en un proyecto de reforma elaborado por una comisión creada por la Ley N° 17.897 de 2005, integrada por representantes de instituciones jurídicas y académicas pero sin la participación de la sociedad civil organizada. Esta comisión tuvo un complejo recorrido y durante la elaboración del texto se presentaron discrepancias que obligaron la renuncia de algunos representantes académicos que impulsaban los cambios más de avanzada.

En ese período algunas organizaciones sociales generaron espacios de reflexión y análisis paralelos al debate legislativo pero no hubo mecanismos claros de diálogo con las comisiones parlamentarias. De todas maneras los aportes elaborados desde estas instancias fueron enviados a la comisión parlamentaria y textos alternativos se formularon en aquellos capítulos y temáticas en los que se entendió que el proyecto era deficitario. Por ejemplo, el Consejo Nacional contra la violencia de género y doméstica habilitó una consultoría para analizar el proyecto desde la perspectiva de género, señaló dificultades y sugirió propuestas de cambio por los problemas detectados en lo referido a violencia y justicia de género⁸. Éstos y otros aportes no fueron tenidos en cuenta por la Comisión de Constitución, Códigos y Legislación General y Administración de la Cámara de Representantes la que tampoco consideró las recomendaciones realizadas al país por entidades como el Comité de Expertas de la CEDAW, porque Uruguay no cumple con los estándares ratificados en Convenciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo emitió un comunicado ante la inminencia de la aprobación del proyecto donde expresó su preocupación sobre el contenido del proyecto en varios de sus capítulos y sugirió recomendaciones. A su vez, más de cuarenta organizaciones sociales y de la academia, buscaron frenar la aprobación del proyecto a través de una declaración pública que señaló sus principales problemas. Se llevaron adelante acciones de incidencia para promover la postergación del debate exigiendo condiciones para mejorar su contenido. Se logró el compromiso de la bancada oficialista, de revisar el proyecto y finalmente los tiempos de la legislatura no fueron suficientes para cumplir con el proceso de modificación y el proyecto no fue aprobado.

⁸ Los resultados de la consultoría realizada por las abogadas Diana González y Alicia Deus fueron presentados a la Comisión de Constitución y Código del Parlamento durante el debate del proyecto y en ese caso contó con el auspicio de la Bancada Bicameral Femenina y cuando se suspende su aprobación en el mes diciembre y el proyecto retornó a la comisión para su revisión.

Dada la necesaria modificación que requiere la normativa penal, se espera que en la legislatura del período 2015-2019 se retomen los esfuerzos para lograr la actualización del Código Penal y que su texto armonice con los estándares internacionales en términos de derechos humanos y justicia de género y generaciones.

Entre algunos de los problemas detectados en el proyecto de reforma, las organizaciones sociales destacaron en sus posicionamientos públicos la incorporación de un capítulo denominado "Protección de la vida prenatal" donde se ubican los artículos referidos al aborto, cambiando el bien de protección, cuando en la discusión sobre la legalización del aborto el posicionamiento que primó fue el de la salud y los derechos de la mujer en función de un sistema de plazos. No se incluyen, además, tipos penales como la esterilización y la inseminación forzadas, la manipulación del cuerpo de la mujer y la violencia obstétrica. Se mantiene el honor como atenuante o eximente de responsabilidad en delitos de violencia perpetrados contra niñas, adolescentes y mujeres. En los delitos sexuales se tutela el pudor por encima de la integridad física y de la libertad, y en la violación debe existir penetración para su tipificación. La reforma planteada pretende situar el consentimiento en los 12 años, antes de la adolescencia según la normativa interna y en los delitos de explotación sexual de menores se reduce la misma a aquellos casos en los que se acredite el aprovechamiento lucrativo del trabajo sexual y refiere a las niñas y adolescentes como trabajadoras sexuales. En cuanto a los delitos de lesa humanidad el proyecto los limita a la clonación y manipulación genética eliminando el sometimiento a esclavitud que incluso considera el código vigente con raíces fascistas. No se incluyen los delitos de trata de personas, tráfico de migrantes, los crímenes de genocidio, lesa humanidad, la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Tampoco se regula la figura de feminicidio y se restringe el delito de violencia doméstica a las situaciones de convivencia, excluyendo las relaciones de noviazgo, exparejas y familiares en las cuales no exista convivencia. A su vez, continúa limitando el delito exclusivamente a aquellos casos en los cuales existan lesiones físicas, dejando por fuera otras manifestaciones como la psicológica, sexual, patrimonial.⁹

En el campo de derechos sexuales y reproductivos este proyecto de reforma no está a la altura de la propia normativa que se promulgó en el mismo período y por el propio cuerpo legislativo. Como consta en este capítulo, las leyes aprobadas en los últimos años buscaron superar situaciones de injusticia y discriminación ampliando el marco de derechos humanos e incluyendo como sujetos de los mismos a amplios sectores de la población que no habían sido anteriormente contemplados. Sin embargo, a la hora de reformular la tipificación de delitos y sus penas, estos avances no sólo no fueron incorporados sino que se consagraron concepciones opuestas a las democráticamente alcanzadas. La introducción de la "protección de la vida prenatal", es un claro ejemplo de cómo se pretendió introducir en la normativa penal una concepción que demostró ser minoritaria en el proceso político y social que consagró el cambio normativo sobre aborto.

El país tiene pendiente transitar por una necesaria reforma que actualice el Código Penal pero ésta tendrá que estar a la altura de los avances que Uruguay ha logrado. El texto penal que se obtenga deberá asegurar la superación de visiones patriarcales, androcéntricas y de clase para consolidar la eliminación de estereotipos de género y concepciones discriminatorias y sexistas. Tendrá que contemplar la condena de todas las formas de violencia incluidas las de género y no retroceder sobre formas delictivas ya legisladas como la explotación sexual comercial y las leyes sobre trata de personas, tráfico de migrantes así como crímenes de genocidio, lesa humanidad, tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes.

El Poder legislativo si procesa este debate en el período 2015-2019, debería adoptar mecanismos claros y transparentes de participación ciudadana para asegurar que las formas y los contenidos sean de carácter sustantiva y formalmente democráticos.

9 El comunicado de las organizaciones sociales puede consultarse en www.mysu.org.uy y www.mujerahora.org.uy

VALORACIONES SOBRE EL ESTADO DE SITUACIÓN DEL MARCO NORMATIVO ALCANZADO

AVANCES

En base al relevamiento, sistematización y análisis del marco normativo alcanzado en el período de gobierno 2010-2014, MYSU entiende que se registran avances sustantivos que ubican al país entre aquellos de la región, con mejores condiciones para respetar los derechos sexuales y reproductivos y generar garantías para su ejercicio. La implementación de la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva y la promulgación y reglamentación de la de interrupción voluntaria del embarazo con la creación de servicios de salud sexual y reproductiva en las instituciones públicas y privadas del sistema nacional de salud, constituyen un avance importante que debe ser profundizado en el período de gobierno que inicia su quinquenio de gestión en el año 2015. La Inclusión del matrimonio entre parejas del mismo sexo también ubica al país en la línea de aquellos que en el mundo vienen avanzando en esta dirección para superar la vulneración de derechos que significa su no reconocimiento.

La regulación de las técnicas de fertilización asistida y la generación de mecanismos para asegurar su acceso son también un avance en el desarrollo de las mejores condiciones para el derecho reproductivo del ejercicio de la maternidad y paternidad.

Las políticas de licencias por maternidad/paternidad con subvenciones que apoyen la crianza y el cuidado generan mejores condiciones para su ejercicio y se evidencia la intención de promover y apoyar el involucramiento de los varones en esta responsabilidad que hasta ahora ha estado delegada casi exclusivamente sobre las mujeres.

RESTRICCIONES Y OBSTÁCULOS

Las condiciones establecidas en las leyes promulgadas en muchos casos representan barreras que dificultan su implementación. Sus textos reglamentaristas y los detalles en los que abundan son innecesarios en campos donde los avances de las tecnologías médicas y los acelerados cambios que se generan en la sociedad hacen que estas normas puedan quedar rápidamente desactualizadas o limiten la puesta en marcha y el funcionamiento de los servicios que crean.

En la negociación política para la aprobación de estas normas, el cuerpo legislativo no tuvo cabal cuenta de los compromisos jurídicos adoptados por el Estado uruguayo ante convenciones y tratados del sistema de derechos humanos y por lo tanto los textos promulgados no siempre los reconocen ni respetan. Se constatan, por otra parte, contradicciones entre los contenidos de las leyes aprobadas en cuanto a la interpretación y alcance de los derechos que se reconocen dejando espacio a márgenes interpretativos que podrían habilitar prácticas discrecionales. Estas situaciones reducen las garantías y pueden representar vulneración de derechos, que deberían subsanarse.

ASUNTOS PENDIENTES

En el campo normativo para el próximo quinquenio deberían revisarse y corregirse aquellas leyes que presentan contradicciones, límites y barreras para el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Estos derechos deberían ser legitimados, promovidos y respetados social, cultural, legal y política-

mente asegurándose desde el Estado la igualdad de condiciones para que toda persona pueda desarrollar sus capacidades y vivir con libertad y autonomía sin sufrir violencia ni discriminación por edad, sexo, clase social, condición, orientación e identidad sexual o de género.¹⁰

Debería fortalecerse un eficiente sistema de registro con indicadores que permitan evaluar procesos y resultados contando con las herramientas adecuadas de fiscalización que tengan como cometido generar los insumos para adaptar y mejorar las respuestas ante problemas y vacíos normativos detectados.

En cuanto a la reforma del Código Penal que ha sido reconocida como muy necesaria y que debería procesarse en el próximo quinquenio, ésta debería salvaguardar bienes jurídicos como la libertad y la integridad física de las personas, evitando la criminalización del aborto, protegiendo la autonomía reproductiva y en consonancia con la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Es alarmante que la reforma planteada pretenda introducir un título de protección de la vida prenatal, agravando la categorización del delito.¹¹

El sistema penal en Uruguay debería incluir tipos penales no contemplados en la legislación actual ni en la reforma proyectada como la esterilización e inseminación forzada, manipulación del cuerpo de la mujer contra su voluntad y violencia obstétrica; de forma tal de garantizar los derechos a la salud, integridad física, a no sufrir tortura y a decidir libremente número y espaciamiento de hijos, formas de familia, orientaciones sexuales e identidad de género, sin padecer por ello ningún tipo de perjuicio. Erradicar el "honor" como atenuante o eximente de responsabilidad, dado que ello es discriminatorio contra las niñas, adolescentes y mujeres y frecuentemente utilizado en los delitos de violencia contra ellas. Se debe eliminar la referencia al pudor como bien jurídico a tutelar en los delitos sexuales y la inclusión de todas las formas de expresión y dimensión de la violencia de género y hacia las mujeres, niños/as y adolescentes.

En síntesis, debería ser revisado, armonizado y modificado el marco normativo en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para superar los vacíos y problemas identificados así como mejorar y crear mecanismos eficientes para fiscalizar su implementación y cumplimiento.

10 Para la elaboración de los asuntos pendientes se incluyeron algunos de los señalados en la Plataforma ciudadana en salud y DSR, Uruguay 2014, adoptada en la 5ta jornada nacional por la salud y los DSR como ya ha sido mencionado.

11 Estos planteos fueron elaborados por Mujer Ahora, MYSU e IACI para ser presentados ante la audiencia temática solicitada por estas organizaciones y concedida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para el 16 de marzo de 2015, en su sede en Washington.

CAPITULO 2

Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

El Consenso de Montevideo tiene, entre sus medidas prioritarias, un capítulo dedicado al *“Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva” (sección D)*. Este documento fundamenta la importancia del acceso a servicios sosteniendo que *“el avance hacia el logro de la meta de acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva ha sido insuficiente y desigual y que la educación y la calidad de la atención en salud representan factores fundamentales para alcanzar el objetivo final de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva” (2º párrafo del preámbulo de la sección D)*.

Asimismo, el documento afirma entre sus acuerdos: *“Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGTB, personas mayores y personas con discapacidad” (párrafo 37)*.

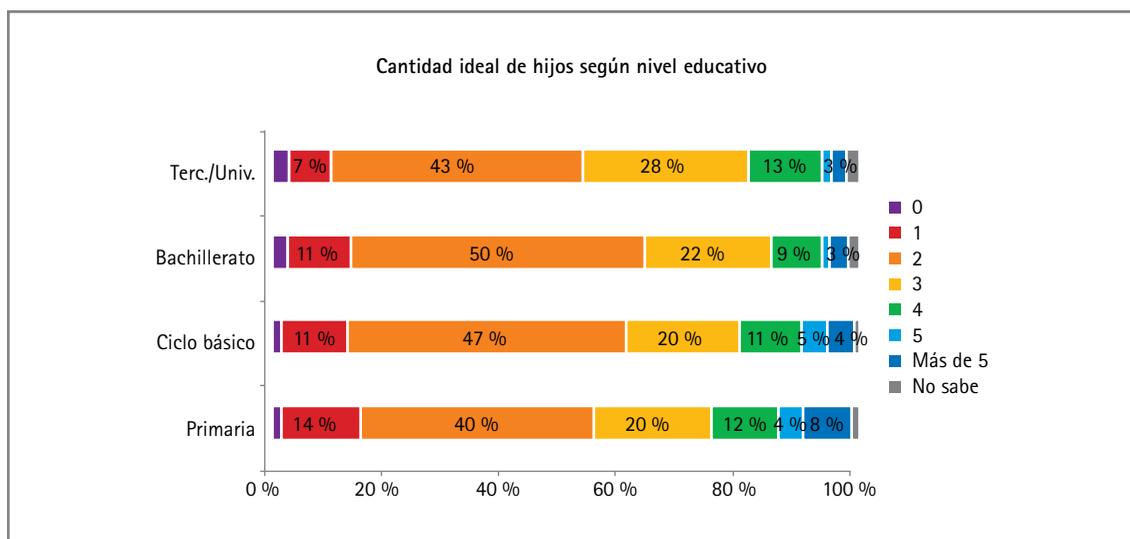
La capacidad de decidir de las personas y la puesta en práctica efectiva de esas decisiones resulta el núcleo fundante de los derechos sexuales y reproductivos. Así, la garantía del ejercicio pleno de estos derechos implica que las personas puedan decidir sobre su sexualidad y su reproducción, y ejecutar plenamente las decisiones que asuman, sin padecer situaciones de vulneración ni violencia. Para ello los Estados deben asegurar las condiciones de plausibilidad necesarias, lo cual constituye un objetivo fundamental a la hora de pensar el país de los próximos años. El demógrafo uruguayo Juan José Calvo sostiene que *“se debe construir un país que ofrezca oportunidades para elegir la vida que quiere vivirse, en un espacio donde los objetivos globales sean compatibles con las metas particulares de las personas y de los grupos” (Calvo, 2013: 6)*. Y agrega: *“un país que asegure el pleno ejercicio de derechos a todas las familias y sus miembros. Se trata de garantizar el pleno derecho de los ciudadanos a tener los hijos que desean tener, que puedan disfrutarlos y criarlos en forma saludable, destinándoles tiempo y atención. Esto implica apoyar a las familias para el ejercicio de maternidades y paternidades responsable, sea cual sea su constitución, asumiendo la diversidad sin estigmatizar” (Calvo, 2013: 6)*.

En el campo de las decisiones reproductivas diversos estudios han analizado los niveles de satisfacción entre el número de hijos deseados y el que finalmente se tiene. En Uruguay se han constatado intentos para aproximarse a la hipótesis de la doble insatisfacción reproductiva debido a que las mujeres de los sectores medios podrían llegar a tener menos hijos que los deseados, mientras que las mujeres de los sectores bajos tendrían más hijos que su ideal. Esta hipótesis indica que existen dos tipos de insatisfacción, por defecto y por exceso. La primera indica que las personas tienen menos hijos de los que desearían tener. La segunda, que las personas tienen más hijos de los que desearían. La insatisfacción por defecto se espera observar entre las personas de

ingresos medios y medios altos, mientras que la insatisfacción por exceso se podría presentar entre las personas de bajos ingresos.

El estudio de MYSU sobre MUJERES uruguayas en edad reproductiva arroja algunos datos en este sentido. A partir de la pregunta "si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos a tener, ¿cuántos hijos tendría o hubiese tenido?" se relevó que el número de 2 hijos es el que desconcentra la mayoría de las respuestas (46%), seguido por el tener 3 hijos con un 23%.

Cantidad ideal de hijos declarado por las mujeres según nivel educativo. Población urbana y suburbana de Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

Estos datos presentan diferencias si se consideran los niveles educativos alcanzados por las usuarias. Mientras que las mujeres con más de 12 años de estudio responden en un 28% que la cantidad ideal de hijos a tener es 3, este porcentaje baja a 20% en aquellas menos educadas. Tal como muestra el gráfico ambos grupos fueron los que eligieron en mayor medida 4 como el número ideal de hijos. Por otra parte, tener 5 o más hijos es señalado mayormente como un número ideal por aquellas mujeres con menor educación.

Tal como plantea el estudio "si se observa la población según grupos de edad, se aprecia que el número dos está marcando la tendencia en las preferencias de las generaciones más jóvenes. Mientras que 58% de las adolescentes prefieren dos hijas/os, 39% de las mujeres de 35 a 49 años acuerda con ese número" (MYSU 2013b: 36).

Según Peri y Pardo "la generación que acaba de culminar su período reproductivo está lejos de haber alcanzado el ideal de que toda persona tenga los hijos que desea. Uno de cada tres, por haber tenido menos que los que esperaba, mientras que uno de cada cinco por haber tenido más" (Peri y Pardo, 2008: 18). Esta constatación muestra que la comprobación de la hipótesis es parcial en el entendido de que es más común la insatisfacción por defecto, "siendo mayor que la insatisfacción por exceso en casi todos los sectores" (Ibidem: 18). No obstante, si bien la insatisfacción por exceso no se verifica empíricamente, entre aquellos que la sufren, el nivel socioeconómico es determinante: a menor nivel socioeconómico la insatisfacción por exceso ocurre más.

Para resolver las situaciones de doble insatisfacción una de las tentaciones podría ser la de adoptar políticas de fomento de la natalidad para algunos sectores poblaciones y de control de la fecundidad en otros. Este tipo de políticas predominaron antes de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, en base al paradigma predominante de entonces a través del cual el tamaño de la población se consideraba el freno o el dinamizador del desarrollo económico para un país. La violación de derechos que muchas de estas políticas significaron, particularmente en los sectores más pobres de la población mundial, fue el detonante que produjo la inflexión para el cambio de paradigma adoptado en el Programa de Acción de esa Conferencia. Desde entonces el centro de las políticas de población y desarrollo debe ubicarse en el respeto y la generación de garantías para que las personas puedan decidir sobre el número y espaciamiento de hijos de forma libre y sin coerción ni violencia. Desde entonces la promoción de las políticas de población deben estar basadas en el enfoque de derechos humanos, en particular de respeto a los derechos reproductivos. Aumentar la capacidad de decidir de las personas y generar las condiciones para acceder a los bienes materiales y simbólicos que permitan tener el número de hijos efectivamente deseados, sería la forma más adecuada de reducir las brechas de la insatisfacción reproductiva, sea ésta por defecto o por exceso. Calvo señala que, *"una meta deseable de una política de población no debería ser alcanzar un determinado nivel en las tasas de crecimiento o de fecundidad, sino que las personas puedan tener el número de hijos deseado en el momento preferido por ellas. En el caso uruguayo, esto llevaría a la desaparición de la actual doble insatisfacción"* (Calvo, 2013: 13).

Las causas de la insatisfacción son de diversa índole según de qué tipo sea. Así, la insatisfacción por defecto se puede dar por dificultades para conciliar la vida productiva y la reproductiva, factor que determinaría el tamaño de la prole en base al costo de cuidado por hijo. Esto podría ocasionar que no se cumpla con el número de hijos deseado dado que sería incompatible con las características y condiciones de la vida productiva. Un elemento que permite argumentar en este sentido es la participación en el mercado laboral de hombres y mujeres en hogares con hijos pequeños, y la agudización de las desigualdades en este aspecto. El fascículo sobre Desigualdades de género del Atlas Sociodemográfico elaborado a partir del último censo poblacional realizado en Uruguay¹, afirma que *"al comparar la tasa de actividad de varones y mujeres jefes/as del hogar o conyugues del jefe, se observa que la brecha en la participación en el mercado de trabajo aumenta en la medida que los hijos/as son más pequeños. De este modo, el comportamiento de varones y mujeres es contrario, ya que ellos aumentan su participación si tienen hijos menores de 12 años, mientras que las mujeres la disminuyen considerablemente, y se vuelven a insertar a medida que los hijos van creciendo"* (Batthyány et. al., 2014: 58). Es decir que se comprueba que la articulación entre vida productiva y reproductiva entra en conflicto para las mujeres, haciendo que éstas tengan que retirarse del mundo del trabajo para dedicarse a cuidar a sus hijos.

Para atacar las causas de esta insatisfacción sería necesario contar con una serie de medidas que permitan armonizar y conciliar las dimensiones de la vida familiar con otros intereses personales, en función de otros proyectos de vida y de la actividad laboral. Situación que afecta de forma particular a las mujeres a causa de la división sexual del trabajo que estructura el orden social en base a una concepción patriarcal y sexista.

La creación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados fue una de las promesas centrales de la plataforma electoral propuesta por el Frente Amplio, fuerza política reelecta para gobernar los próximos cinco años. El propósito es asumir el cuidado como una política pública para evitar que dicha tarea sólo dependa de las familias y, por lo tanto, recaiga de forma abrumadora sobre las mujeres como ha sido demostrado por distintos estudios realizados en estos años por diversos actores². La co-responsabilidad de tan importante tarea distribuida entre la familia, la comunidad, el mercado y el Estado, sería no sólo más justo sino que contribuiría a reducir

1 El último censo poblacional realizado en Uruguay data del 2011.

2 Se destacan los trabajos realizados sobre trabajo no remunerado, tareas de cuidado y uso del tiempo, llevados adelante desde la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y por la red de Género y Familia.

la insatisfacción de tener más hijos que los deseados. De acuerdo a Batthyány, *"el cuidado designa a la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material que implica un 'trabajo', del cuidado económico que implica un 'costo económico', y del cuidado psicológico que implica un 'vínculo afectivo, emotivo, sentimental'"* (Batthyány, 2011: 54). Si estos costos se distribuyeran entre los distintos actores responsables de contribuir a esta tarea, tener hijos permitiría acompañar mejor las decisiones reproductivas con la concreción y ejercicio de otros derechos.

Un Sistema de Cuidados de estas características necesariamente debe diseñarse desde la concepción de la equidad de género, de lo contrario podría llegar a institucionalizar y potenciar las desigualdades entre hombres y mujeres. Actualmente, las encuestas de uso del tiempo demuestran que las mujeres tienen una carga total de trabajo mayor, incidiendo el trabajo no remunerado de forma importante. Según Batthyány, *"el uso del tiempo tal como se da en la actualidad, reproduce las desigualdades socioeconómicas y de género que caracterizan a nuestro país y la región"* (Batthyány, 2011: 59). Un sistema de cuidados, en sí mismo, no será el único factor que resuelva las causas de la insatisfacción por exceso pero tendrá un impacto importante para las mujeres de menores ingresos, en el entendido de que éstas tienen menor capacidad de resolver el cuidado en el mercado, y por tanto cubren estas necesidades con su trabajo no remunerado.

Si bien un Sistema de Cuidados impactaría favorablemente en todos los niveles socioeconómicos y contribuiría a reducir las brechas de insatisfacción, son también necesarias las políticas que generalicen el acceso a los métodos anticonceptivos para regular la fecundidad de forma planificada. También las políticas educativas y la difusión de información son imprescindibles para alcanzar el cometido deseado. Como señalan Peri y Pardo, *"esto no se restringe a las políticas de propiciar el acceso de la población más pobre a métodos anticonceptivos modernos, sino que implica darles a las personas un marco de acción donde puedan hacer valer sus aspiraciones"*, es decir, no sólo fomentar la capacidad de decisión sino asegurar la posibilidad de efectivizarla.

Los esfuerzos en educación, la difusión de información accesible para personas de todas las condiciones y la promoción del ejercicio de derechos con conciencia de las responsabilidades son componentes de políticas públicas que demostrarían arrojar los mejores resultados.

Para conocer el grado en que las personas ejercen sus derechos sexuales y reproductivos en Uruguay, MYSU ha monitoreado el desarrollo de las políticas en este campo con la incorporación de los servicios de SSR en el sistema de salud. Como se señala en el informe de MUJERES *"uno de los indicadores más relevantes en materia de derechos reproductivos es el acceso y uso de métodos anticonceptivos modernos. El derecho a decidir cuándo, cuántos y con qué frecuencia tener hijos, encuentra en el acceso y uso de métodos anticonceptivos un indicador sensible para evaluar en qué medida este derecho está garantizado y es ejercido por las mujeres de distintas edades y condiciones"* (MYSU, 2013b: 14).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para conocer el acceso y el uso de métodos anticonceptivos, además de relevar los datos oficiales existentes y monitorear la implementación de los servicios, MYSU llevó adelante una encuesta representativa en hogares dirigida a mujeres y hombres entre 15 y 49 años. Entre los resultados que se destacan como muy positivos el estudio en MUJERES reveló *"(...) la alta proporción de mujeres que manifestaron haber hecho uso de algún método en su última relación sexual (87 %). Es también alentador que en este último indicador las diferencias por nivel educativo hayan sido mínimas. Es importante señalar que la enorme mayoría representa casos de uso de anticoncepción moderna, predominando en orden descendente el preservativo (42 %), las pastillas (32 %), el DIU (14.8 %) y la ligadura tubaria (6.8 %)"* (MYSU, 2013b: 41).

Comparando estos resultados con datos obtenidos por otros estudios existentes en el país se pudo identificar que *"Hubo un incremento sensible en el uso de DIU entre 1986 y 2005 y el porcentaje se mantiene estable para 2012, con 23 %. Con los anticonceptivos orales hubo un marcado descenso de uso para 2005 y una recuperación en el porcentaje para 2012, asociado probablemente a la disponibilidad gratuita o a bajo costo bolsillo de este método en los servicios de salud en los últimos años. El preservativo masculino es el que presenta una pauta de mayor incremento en el período, de 34 % en 1986 a 83 % en 2012, asociado a una amplia difusión de este recurso en el marco de las campañas de prevención de ITS y VIH"*. (MYSU, 2013b: 40).

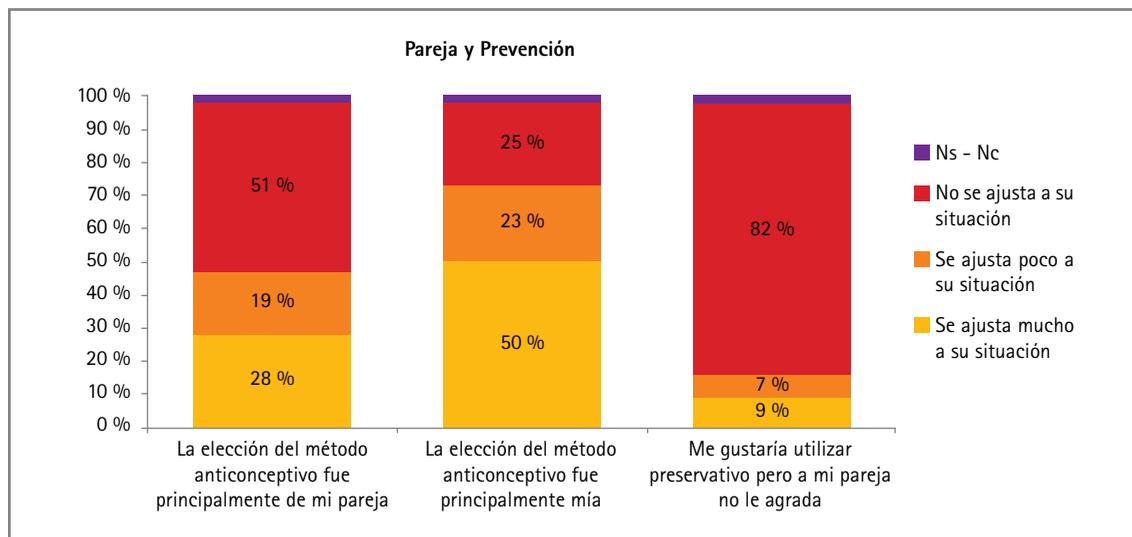
En mujeres adolescentes, los resultados de la encuesta sobre uso de métodos en la última relación sexual no presentan grandes diferencias con respecto al total de mujeres en edad reproductiva: *"la mayoría de las adolescentes (87 %) reportó utilización de método anticonceptivo (MAC) en la última relación sexual para evitar un embarazo no deseado. Más de la mitad prefirieron uso de preservativo (54 %) seguido por pastillas anticonceptivas (36 %). Es muy bajo el uso de la doble protección, con apenas 4 %. Si se analizan los resultados por edades, las que tienen 15 años reportan el más bajo uso (79 %), al igual que aquellas con rezago escolar, con 82 %. A su vez, las más jóvenes son quienes reportan mayor uso de preservativo (62 %). A medida que se avanza en la edad, disminuye el uso de preservativo y se incrementa el uso de pastillas"* (MYSU, 2013a: 19).

Es alto también el uso de alguna medida preventiva en la primera relación, reportado por 86.7 % de las adolescentes encuestadas, dato que tampoco varía significativamente con respecto a la muestra total de mujeres. Es razonable la constatación de que la amplísima mayoría de las adolescentes eligieron como método el preservativo (89 %) frente al 7 % que afirmó haber utilizado pastillas en su primera relación sexual. Este hecho se vincula a la elección del método que también brinde protección frente a las infecciones de transmisión sexual, prevención más presente en las generaciones más jóvenes. Sin embargo, se detectó un menor porcentaje en el uso de métodos en la primera relación sexual en aquellas adolescentes con retraso escolar, hecho a destacar porque se requerirían redoblar esfuerzos para llegar con los servicios a éstas adolescentes y reducir la brecha que se identifican al interno de este grupo etario.

El conocimiento sobre otros métodos anticonceptivos como el Dispositivo Intra Uterino (DIU) varía según la edad y nivel educativo *"si los resultados se analizan por edades, las adolescentes son las que reportaron más bajo conocimiento (52.7 %) así como las mujeres con menor nivel educativo (67.3 %) frente a las más educadas (85.6 %). Su uso se incrementa a medida que se avanza en edad, 20.4 % entre quienes tienen de 19 a 35 años y 33 % entre quienes tienen de 36 a 49 años. También se evidencian diferencias relevantes por nivel educativo. A pesar de ser quienes reportan menor conocimiento de este método, las mujeres menos educadas lo han usado en porcentajes superiores (38 %) en comparación con las universitarias (13.4 %). No se observan diferencias por región ni por tipo de cobertura de salud"*. (MYSU, 2013b: 41).

De los resultados más preocupantes identificados es que *"(...) casi seis de cada 10 adolescentes no controlan por sí mismas el método anticonceptivo y deben negociar el uso del preservativo con la pareja, en cada relación sexual"* (MYSU, 2013a: 20). Ante la afirmación *"no tendría relaciones con quien no use preservativos"*, 73.4 % acordó con la misma, frente a 17 % que la rechazó. Finalmente, 21 % de las adolescentes manifestó sentir impotencia en la negociación con su pareja para el uso del preservativo si él no quiere usarlo. Ese porcentaje se incrementó en las más jóvenes, 29 % entre quienes tienen 15 y 16 años" (MYSU, 2013a: 19). Esto constituye un grave problema, porque el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos no siempre está acompañado del empoderamiento de las mujeres para determinar las condiciones de seguridad y protección en las relaciones sexuales. La asimetría de poder en los vínculos entre hombres y mujeres se sostiene a través de las generaciones y se expresa a través de situaciones abusivas.

Elección de método y negociación con la pareja para el uso de métodos anticonceptivos. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Estudio Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. MYSU, 2012.

El estudio sobre necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de los varones uruguayos (informe VARONES) reveló que a mayor edad, se constata un menor uso de métodos anticonceptivos, siendo los más jóvenes los que más los utilizan. Esto podría indicar una mayor conciencia en las nuevas generaciones sobre la importancia y necesidad de usar métodos. En cuanto al tipo de métodos utilizados: *"El método o medida protectora utilizada en la última relación sexual fue mayoritariamente el preservativo masculino, si bien se pudieron constatar diferencias por edades y en función de la situación conyugal. Los varones más jóvenes optan por el preservativo, en mayor proporción, al igual que los solteros o divorciados. En el caso de los varones de mayor edad y los casados o con pareja conviviente, la responsabilidad de uso del método anticonceptivo recae mayoritariamente en la mujer"* (MYSU, 2013c: 1).

Se puede afirmar que 9 de cada 10 varones conocen, por lo menos, dos métodos anticonceptivos modernos: preservativo masculino y pastillas anticonceptivas. El conocimiento de otros métodos no supera el 50 %. La mención de conocimiento de la vasectomía presenta porcentajes muy bajos, apenas 17 % del total de los varones hicieron referencia a este método. Ante la pregunta directa por la vasectomía, el conocimiento aumenta al 51 %. Pero cuando se analiza este resultado por edades, los de mayor edad reportaron mayor conocimiento que los de menor edad: 64 % de quienes tienen entre 40 y 49 años frente a 19 % de aquellos que tienen entre 15 y 18 años.

Algo similar sucede con la anticoncepción de emergencia, el porcentaje de conocimiento se incrementa de manera notoria cuando se realiza la pregunta guiada, ubicándose en el 83 %. En este caso no se observan diferencias relevantes por edades.

A pesar de que la gran mayoría de los varones reporta conocer el preservativo masculino, así como hacer uso del mismo, habitualmente no llevan este recurso consigo; apenas 3 de cada 10 respondió a esto afirmativamente. Los adolescentes son quienes lo hacen en mayor medida, con porcentajes cercanos al 60 %.

MYSU entiende que es necesario profundizar en las políticas educativas y sanitarias no sexistas que busquen deconstruir el modelo hegemónico de masculinidad, el cual promueve en los varones comportamientos sexuales de riesgo, baja asunción de responsabilidades reproductivas y la no demanda de programas y servicios que atiendan su salud sexual y reproductiva.

CONOCIMIENTO Y ACCESO A MÉTODOS

Resulta clave haber indagado en el grado de conocimiento de los métodos como la información de dónde acceder a éstos. En las ADOLESCENTES, *“el preservativo masculino es referido por 96 % de las encuestadas. Este porcentaje no presenta variaciones por estratos sociales. La gran mayoría declara saber dónde conseguirlo (95 %) y manifiesta haberlo usado alguna vez, siendo el 91.3 % de aquellas que se han iniciado sexualmente”*. En cuanto a las pastillas anticonceptivas, *“el conocimiento es alto (94 %); un porcentaje similar manifestó saber dónde conseguir las (93 %) y los antecedentes de uso se ubicaron en 72 %*. El Dispositivo Intrauterino (DIU) es conocido por la mitad de las adolescentes y este porcentaje desciende a 42 % respecto a saber dónde obtenerlo. *El uso es bajo en comparación con otras opciones anticonceptivas, ubicado en 7.7 %”* (MYSU, 2013a: 17).

En cuanto al conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia, la encuesta arrojó los siguientes resultados: *“la referencia espontánea a este método es muy baja, 18 %, y un porcentaje similar declaró saber dónde conseguir las. Cuando se preguntó a las adolescentes iniciadas sexualmente por el uso de este recurso anticonceptivo, 21.6 % manifestó haberlo utilizado, y ese porcentaje se incrementó a 27.8 % en los últimos doce meses. Cuando se les preguntó directamente sobre conocimiento de este recurso, el guarismo se incrementó al 86 %”* (MYSU 2013a: 17).

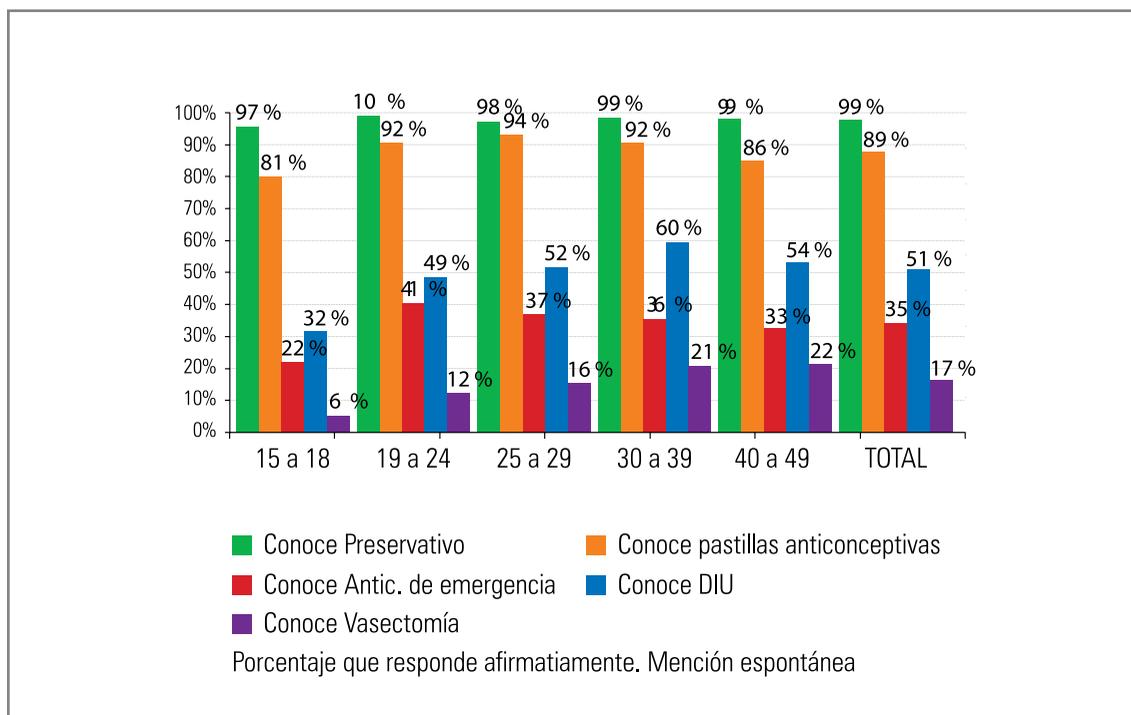
La encuesta, a su vez, encontró diferencias en el conocimiento de métodos según niveles educativos: *“Se observan porcentajes levemente superiores sobre conocimiento de métodos en mujeres sin rezago escolar y con cobertura mutua”* (MYSU, 2013a: 17).

En lo que refiere al conocimiento sobre todos los métodos, el informe de ADOLESCENTES sostiene: *“El resto de los métodos anticonceptivos modernos, así como los llamados ‘naturales’, reportan muy bajo conocimiento, con porcentajes que no superan el 5 %, con excepción de los inyectables anticonceptivos que se ubica en el 10 %”* (MYSU, 2013a: 17).

En los varones *“Se puede afirmar que 9 de cada 10 varones conocen, por lo menos, dos métodos anticonceptivos modernos: preservativo masculino y pastillas anticonceptivas. El conocimiento de otros métodos no supera el 50 %. (...) La mención de conocimiento de la vasectomía presenta porcentajes muy bajos, apenas 17 % del total de los varones hicieron referencia a este método. Ante la pregunta directa por este método, el conocimiento aumenta al 51 %. Pero cuando se analiza este resultado por edades, los de mayor edad reportaron mayor conocimiento que los de menor edad: 64 % de quienes tienen entre 40 y 49 años frente a 19 % de quienes tienen entre 15 y 18 años. Algo similar sucede con la anticoncepción de emergencia, el porcentaje de conocimiento se incrementa de manera importante cuando se realiza la pregunta guiada, ubicándose en 83 %. En este caso no se observan diferencias relevantes por edades.”* (MYSU, 2013c: 1).

El relevamiento realizado en el 2014 sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano señala que en Río Negro en lo que refiere a anticoncepción, las estrategias de difusión son pobres y limitadas. No hay campañas informativas o se restringen al preservativo y no a todos los métodos de la canasta disponible en los servicios. En Paysandú se identificaron buenas prácticas de difusión de métodos anticonceptivos a través de ferias informativas periódicas y rotativas

Conocimiento de métodos anticonceptivos, respuesta espontánea, en varones de 15 a 49 años, por edades. Población total, Uruguay urbano y suburbano. 2012-2013.



Fuente: Estudio Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos. MYSU, 2013.

en distintas localidades del departamento organizadas de forma interinstitucional y con la participación de actores gubernamentales y no gubernamentales. (MYSU, 2015b)

En cuanto a cómo y dónde obtener los métodos anticonceptivos, varios de los estudios realizados dejan en evidencia que es deficitario el desempeño de los centros de salud en las tareas de promoción y prevención. Según el informe de MUJERES, "poco menos de la mitad había solicitado el método anticonceptivo en su centro de salud (44 %), siendo las adolescentes quienes lo hicieron en menor medida. Casi tres de cada 10 mujeres solicitaron colocación de DIU en su centro de salud y 14 % declaró no haber podido acceder a este método en su servicio, fundamentalmente en el sector privado o mutual. Los motivos por los cuales no accedieron fueron principalmente no contar con recursos económicos y no haber disponibilidad de DIU en el servicio" (MYSU, 2013b: 42).

En Salto el relevamiento de los servicios arrojó resultados que coinciden con los datos de la encuesta de MUJERES, las dificultades de acceder a la colocación del DIU están vinculadas a los pocos días disponibles y a las pocas consultas que se destinan por semana para brindar esta prestación. (MYSU, 2014a).

"70 % de las mujeres de los sectores de mayores recursos y educación accede a los métodos anticonceptivos a través de farmacia o comercio.

El acceso a métodos gratuitos o subsidiados a través de ASSE u otros servicios públicos es declarado por el 50 % de las mujeres.

Apenas 20 % de las mujeres con cobertura mutual, accede a los métodos en sus servicios de salud" (MYSU, 2013a: 43).

Las ADOLESCENTES también dijeron que el primer lugar al que recurren para acceder a los métodos anti-conceptivos es la farmacia o comercio (61 %) *"por debajo se ubican los servicios públicos de salud (21 %) y las mutualistas son referidas en 11 %. Como podrá observarse, la presencia de los servicios de salud, públicos o mutuales, aunque con diferencias entre ellos, es dramáticamente bajo en tanto recurso al cual acudir para resolver una demanda en salud sexual y reproductiva como el acceso a la anticoncepción" (MYSU, 2013a: 20).*

"Los resultados sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos muestran, en términos generales, que la gran mayoría de las adolescentes tiene algún tipo de información sobre distintos métodos. A su vez, la mayoría reporta haber utilizado métodos anticonceptivos alguna vez, y el número de quienes lo usaron en la última relación sexual es elevado. Sin embargo, más de la mitad de ellas no acude a su servicio de salud para acceder al método y lo resuelven en su mayoría a través de farmacias o comercios" (MYSU, 2013a: 21).

El informe de Salto brinda indicios para entender parte del fenómeno de la baja provisión de métodos por parte de los servicios de salud: *"las demoras para concretar consultas con los profesionales repercuten en el acceso a métodos anticonceptivos como las píldoras o preservativos, que requieren de una receta para comenzar a retirarlos en los servicios de salud. Para acceder a esa receta, según las entrevistadas, las consultas pueden demorar meses en ser realizadas ante un profesional, por lo que la persona en ese tiempo deberá proveerse de esos métodos por fuera del sistema de salud" (MYSU, 2014a: 31).*

En cuanto al asesoramiento de las adolescentes, los resultados sobre los servicios de salud también son preocupantes: *"poco menos de la mitad de las adolescentes (42.2 %) había solicitado información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos en su centro de salud. Este porcentaje presenta algunas variaciones si se observan los resultados por tipo de cobertura, pública o mutual" (MYSU, 2013a: 21).*

Deberían revisarse los dispositivos de difusión e información sobre métodos anticonceptivos y las instituciones de salud tendrían que realizar especiales esfuerzos porque sus servicios no estarían cumpliendo adecuadamente con la función de promoción, prevención y asesoramiento en anticoncepción.

Los centros de salud no son percibidos, por un importante porcentaje de mujeres, como lugares de referencia para la búsqueda de información y consejería. Particularmente las adolescentes son las que menos lo reconocen como lugar donde resolver sus requerimientos en anticoncepción.

ITS/VIH

En tanto la salud sexual y reproductiva debe atender diversas dimensiones de los requerimientos y necesidades para el desarrollo de una vida sexual sin consecuencias negativas, MYSU ha monitoreado, sistemáticamente, las respuestas y programas implementados desde las políticas públicas, buscando identificar sus niveles de integralidad. Conocer las condiciones para llevar adelante prácticas sexuales protegidas con el objetivo de evitar infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, ha sido uno de los cometidos buscados por los estudios del Observatorio de MYSU. Los niveles de integración de los programas de prevención y atención de las ITS/VIH con los servicios de SSR implementados desde el años 2010, forma parte de los hallazgos obtenidos.

Los resultados de los estudios sobre el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, arrojan algunas diferencias en cuanto al tipo de infección. El informe de MUJERES revela, que en el test para la detección de la sífilis gestacional *“el porcentaje de realización se incrementó de manera significativa en los últimos años. Sin embargo, entre quienes consultaron durante su embarazo a partir del año 2010, casi la mitad de las mujeres reporta no haber realizado este estudio. El porcentaje de realización del test de VIH es mayor, pero una cuarta parte de las mujeres reportan no haber realizado la prueba”* (MYSU, 2013b: 37).

El mismo informe agrega que *“(…) con excepción de VIH, sífilis y HPV, en el resto de las ITS las mujeres no se han realizado estudios de detección oportuna y/o estudios preventivos. En el caso de VIH, 51 % de las mujeres reporta haberse realizado el test, en el caso de HPV, 39.5 % y 28 % para sífilis. En todos ellos se observa que las adolescentes y las mujeres sin hijas/os son quienes reportan en más baja proporción. En estas tres situaciones, aproximadamente la mitad de las mujeres refirieron haberse realizado los estudios en los últimos 12 meses. Aquellas a las que les fue detectada una ITS, en porcentajes menores al 10 %, en su mayoría mencionaron haber sido atendidas y tratadas en su centro de salud”* (MYSU, 2013b: 46).

La población Trans, sufre situaciones de discriminación por el doble estigma, tanto por asociarse su identidad con la epidemia así como por ser la población más afectada por ella, dado el perfil concentrado que ésta presenta en el país. El informe sobre necesidades y requerimientos en salud de la población Trans corrobora que para quienes realizan trabajo sexual de esta población *“el vínculo más fuerte con el sistema de salud es a través de los controles obligatorios que deben hacerse cada 3 meses, de acuerdo con la ley 17.515 (de reglamentación de la prostitución). Dichos controles incluyen pruebas de detección de hepatitis B, VIH/sida, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual”* (MYSU, 2012: 13). Esto puede explicar, según el informe, que la amplia mayoría de las entrevistadas sabe si tienen o no VIH dado que su detección es más observada por el sistema de salud que para otros sectores poblacionales.

El relevamiento de los servicios en los departamentos de litoral del país, destaca dos elementos en cuanto a ITS-VIH que son comunes a Paysandú y Río Negro. Por un lado las actividades de concientización para la prevención de las ITS se reducen a fechas especiales anuales como el Día Mundial de Lucha contra el Sida, y por otro se destaca el peso que tienen las acciones de las organizaciones de la sociedad civil frente a las llevadas adelante por las instituciones de salud tanto públicas como privadas (MYSU, 2015b). Manos Púrpuras y Mujeres Viviendo con VIH en el departamento de Paysandú, y Visión Nocturna en el caso de Río Negro han realizado más acciones de difusión y de prevención que los servicios de salud y las instancias gubernamentales a cargo de las políticas públicas en la materia.

En el departamento de Soriano, por parte del prestador privado se manifiesta que los resultados de los test se manejan exclusivamente por parte del laboratorio y el médico correspondiente en cada caso para que se

ponga en contacto con el/la usuario/a (MYSU, 2015b), lo que lleva a un mejor manejo de la información y una reducción de los problemas de confidencialidad.

El informe sobre VIH Y VIOLENCIA destaca la relación existente entre ambas pandemias y su impacto vinculante sobre la salud y condiciones de vida de las mujeres. Sin embargo las respuestas implementadas por las instituciones gubernamentales son poco articuladas para atender ambas dimensiones y las acciones en salud, educación y de las políticas de protección social siguen siendo verticales y con muy débiles niveles de articulación entre ellas. Incluso esa falta de articulación también se registra en las organizaciones sociales que trabajan en una u otra de estas problemáticas (MYSU, 2015a). En este mismo informe se identifica que son pocas las referencias a conceptos relativos a la violencia vivida por mujeres y niñas en los protocolos y guías de actuación en atención de VIH. Esta recurrencia se ve reflejada en los protocolos de acción de servicios de atención a la violencia doméstica y sexual. En los casos más extremos, desde las instituciones de salud, como *"en el caso del SEIC³ el tratamiento es desde una óptica especializada al igual que la atención en unidades hospitalarias, lo que implica que la violencia no es un tema a considerar"* (MYSU, 2015a: 34).

Otro dato que llama la atención es que *"a la hora de constatar el número de mujeres y niñas con VIH como consecuencia de una violación no se obtiene ningún dato oficial desde los centros de salud. El formulario de solicitud de test de VIH no incluye entre las razones la causa por relación sexual consentida o no consentida, excluyendo así la 'violación' como motivo de solicitud"* (MYSU, 2015a: 29). Este mismo formulario presenta otros problemas, ya que a la hora de identificar las posibles vías de transmisión del VIH requiere que se identifique la orientación sexual de la persona. Es cuestionable que se realice esta indagación, ya que la respuesta no constituye evidencia para la detección de la infección. La única razón justificable de relevar este dato en las solicitudes del test de VIH sería la de generar estadísticas para medir el impacto de la epidemia sobre poblaciones específicas pero los riesgos de continuar alimentando mitos en relación al impacto del VIH es importante (MYSU, 2015a).

Según este informe *"el porcentaje de cobertura de TARV aumentó a 65 % en el 2012, mientras que en el año 2011 era de 44 %. A pesar del aumento, este nuevo porcentaje no alcanza el recomendado por ONUSIDA, que establece un 90 %"* (MYSU, 2015a: 15). Este dato es preocupante ya que no se está llegando a todas las personas que necesitarían el tratamiento. A su vez *"el número de inicios del tratamiento en el año 2011 y su permanencia muestra un mayor número de adherencia por parte de los hombres (74.2 %) que de las mujeres (68.5 %)"* (MYSU, 2015a: 16). La baja adherencia es un problema para ambos sexos, pero en un contexto de feminización de la epidemia, la baja adherencia de las mujeres complejiza más la situación.

Este informe identifica, por otra parte, que tanto el tratamiento como la realización de los tests son gratuitos para usuarios/as de ASSE, sin embargo esto *"no así en las instituciones del subsector privado del sistema de Salud (IAMC - mutualistas) donde se debe abonar el valor del ticket de examen médico y tickets de medicamento para los fármacos necesarios, los cuales varían de costo según el centro de atención. Como consecuencia, el TARV adquiere distintos valores en las distintas IAMC"* (MYSU, 2015a: 33).

CONSULTAS GINECOLÓGICAS

Para conocer mejor las condiciones para el ejercicio de la salud y los DSR fue importante también analizar el acceso de las mujeres y el motivo de consulta más frecuente en la atención ginecológica. El informe de MUJERES señala: *"si bien el porcentaje total de mujeres con vida sexual activa que ha realizado consultas ginecológicas se ubica en el entorno del 90 %, en las más jóvenes este porcentaje desciende a 67 %"* (MYSU, 2013b: 39).

3 Servicio público para la atención de las enfermedades infecto-contagiosas.

“Cuando se analizan los datos para las mujeres jóvenes con menor nivel socio-económico, casi 43 % de ellas declaran haber iniciado su vida sexual activa pero no haber realizado una consulta ginecológica. Si se contrasta esta información con la ya referida sobre inicio de vida sexual activa, resulta claro que donde se concentra el inicio temprano (antes de los 15 años y entre los 15 y 18 años) es también donde más marcadas son las brechas de acceso a la atención en salud sexual y reproductiva” (MYSU, 2013b: 43).

“Estas brechas están indicando un déficit de acceso oportuno a información y atención, precisamente donde ésta resulta más necesaria: al inicio de la vida sexual activa y en los sectores de menores recursos” (MYSU, 2013b: 39).

El informe de ADOLESCENTES presenta datos preocupantes: *“del total de las adolescentes encuestadas, poco más de la mitad (56 %) respondió haber acudido a una consulta ginecológica en los últimos 12 meses. Si se analizan estos datos por algunas variables de corte, se puede apreciar que casi ocho de cada 10 adolescentes que ya se iniciaron sexualmente han consultado, frente a tres de cada 10 que no se han iniciado” (MYSU, 2013a: 20). (...) “las más jóvenes han consultado en menor proporción que las de más edad. Las que cuentan con cobertura mutual lo han hecho en mayor medida que quienes se asisten en servicios públicos. Entre quienes consultaron a ginecólogo/a, mencionaron que lo hicieron porque habían iniciado su vida sexual activa (22 %) y porque entendían que debían hacerlo (28 %). Respecto al lugar de consulta, la gran mayoría (63 %) consultó directamente con el o la ginecóloga de su centro de salud y 17.8 % mencionó policlínicas del Espacio Adolescente. Este último recurso es más referido por quienes se asisten a nivel público, quienes tienen retraso escolar y aquellas con 15 y 16 años. Las adolescentes reportan, en su mayoría, acudir a la consulta acompañada de la madre (67 %), la pareja (12 %) u otro familiar (9.3 %). Casi un 27 % de quienes nunca consultaron con ginecólogo/a mencionaron no hacerlo porque no le gusta, o prefiere no hacerlo” (MYSU 2013a: 20).*

Como se verá más adelante, en aquellos sectores donde el inicio de la vida sexual es más temprano, es donde se declara haber consultado menos con un profesional de ginecología. A su vez, quienes se atienden en centro públicos y cuanto más joven son las mujeres, menos asisten a consulta ginecológica. Esto indica un segmento de la población en donde es necesario reforzar el acceso a salud sexual y reproductiva, en edades claves, como es la adolescencia.

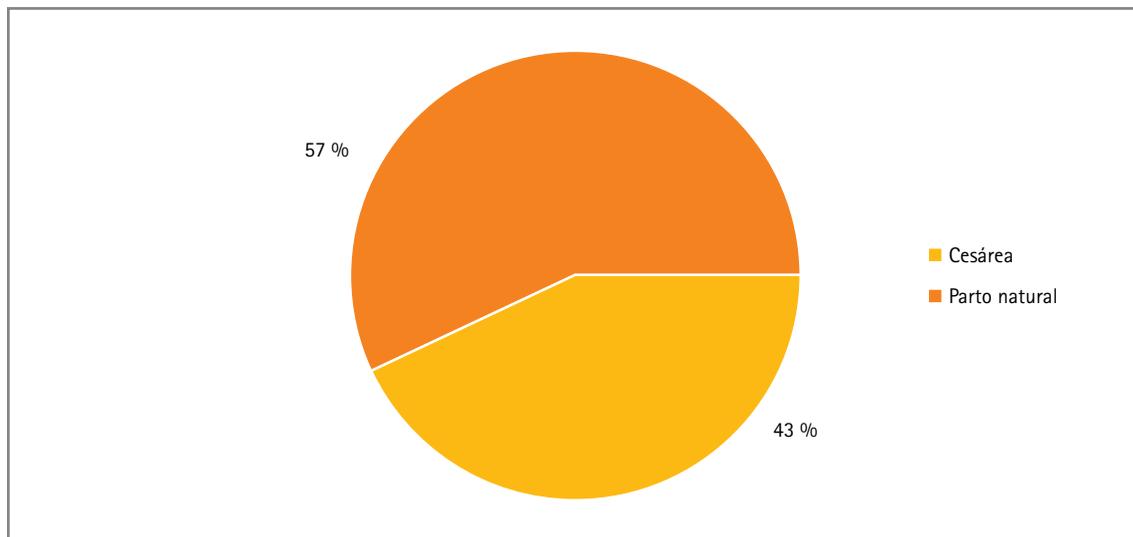
CONSULTA OBSTÉTRICA

En cuanto al acceso a consultas obstétricas, el país presenta resultados muy positivos: *“la totalidad de las mujeres reportan haber asistido a consulta obstétrica. Una amplia mayoría (91 %) responde haber acudido a consulta a partir del primer trimestre de embarazo y 8 % desde el segundo trimestre”. No obstante, se presentan diferencias por tramos de edad y nivel educativo: “las adolescentes son las que presentan porcentajes más bajos en el primer trimestre (72 %), al igual que las que tienen estudios primarios (82 %).” A su vez, en cuanto al número de consultas, “2 % reporta haber asistido entre una y cuatro veces, 9 % entre cuatro y ocho veces y la mayoría con nueve o más controles, o todas las veces que el profesional tratante se lo indicó” (MYSU, 2013b: 37).*

ATENCIÓN DEL PARTO Y POSPARTO

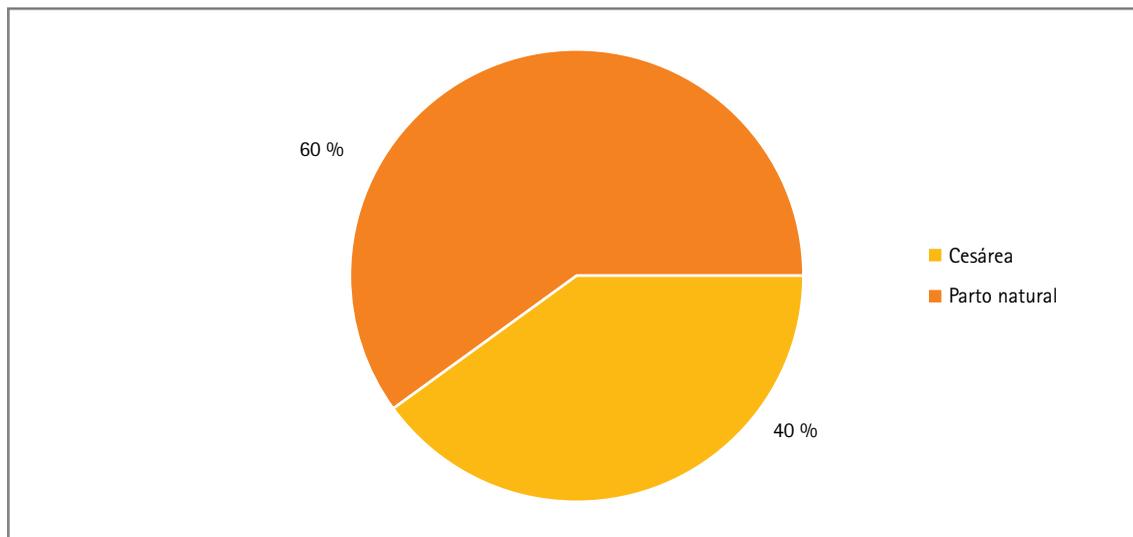
El informe de MUJERES presenta cifras a través de las cuales, una vez más, se identifican diferencias resaltables sobre la atención del parto y posparto de acuerdo al nivel educativo de la mujer embarazada. *“Nueve de cada 10 mujeres respondieron haber asistido a consulta puerperal. Las mujeres con estudios primarios son quienes lo hicieron en menor medida. El motivo más mencionado para no hacerlo fue no sentir necesidad de ello. Respecto a*

Relación entre parto natural y cesárea en prestador público de Fray Bentos. Año 2013.



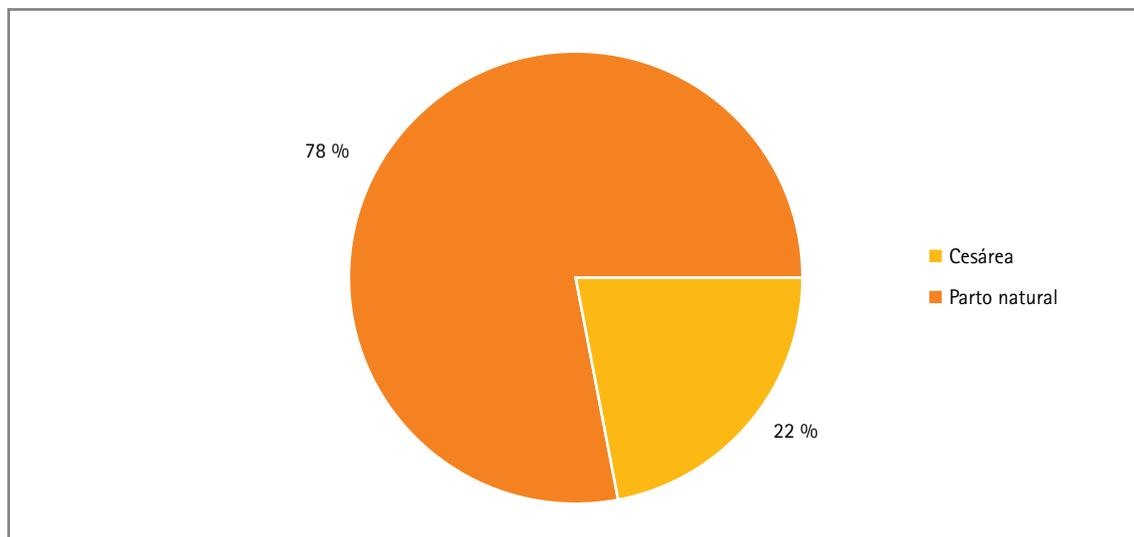
Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por Departamento de Gestión de la Información, Dirección de Sistemas de Información, ASSE.

Relación entre parto natural y cesárea en AMEDRIN (Río Negro). Año 2013.



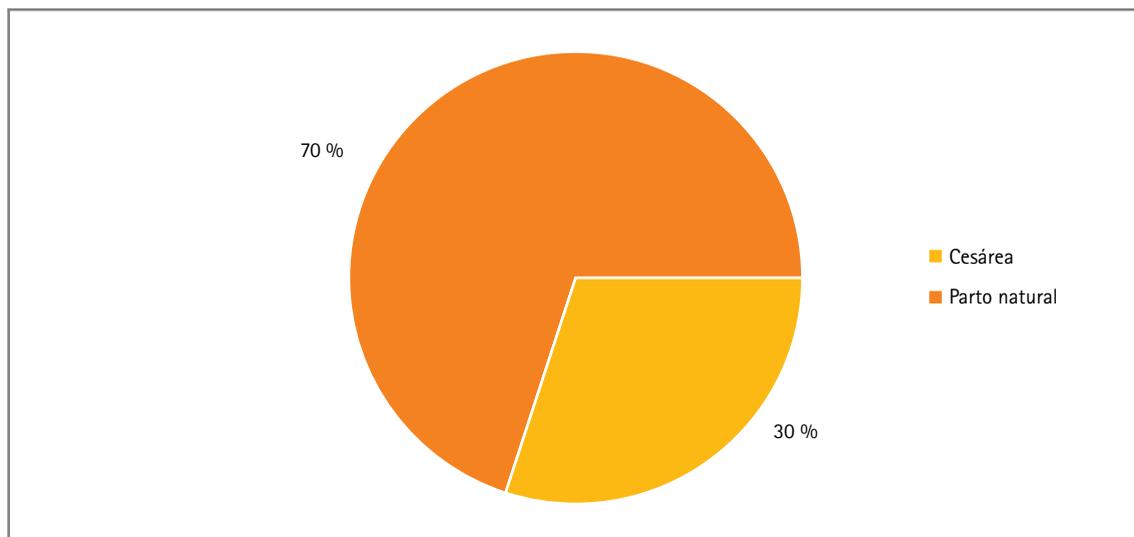
Fuente: Estado de Situación y Desafíos en Derechos Sexuales y Reproductivos y Aborto. Departamentos de Soriano, Río Negro y Paysandú (MYSU, 2015b).

Relación entre parto natural y cesárea en Young *. Año 2013.
*La maternidad es compartida entre el prestador público y el privado (CAMY).



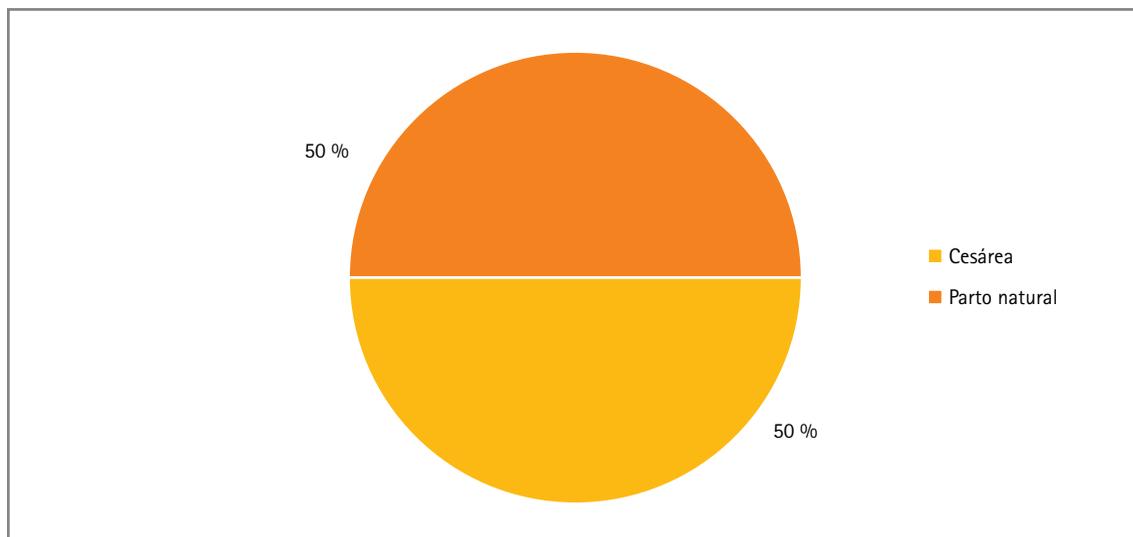
Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por Departamento de Gestión de la Información, Dirección de Sistemas de Información, ASSE.

Relación entre parto natural y cesárea en Paysandú (prestador público). Año 2013.



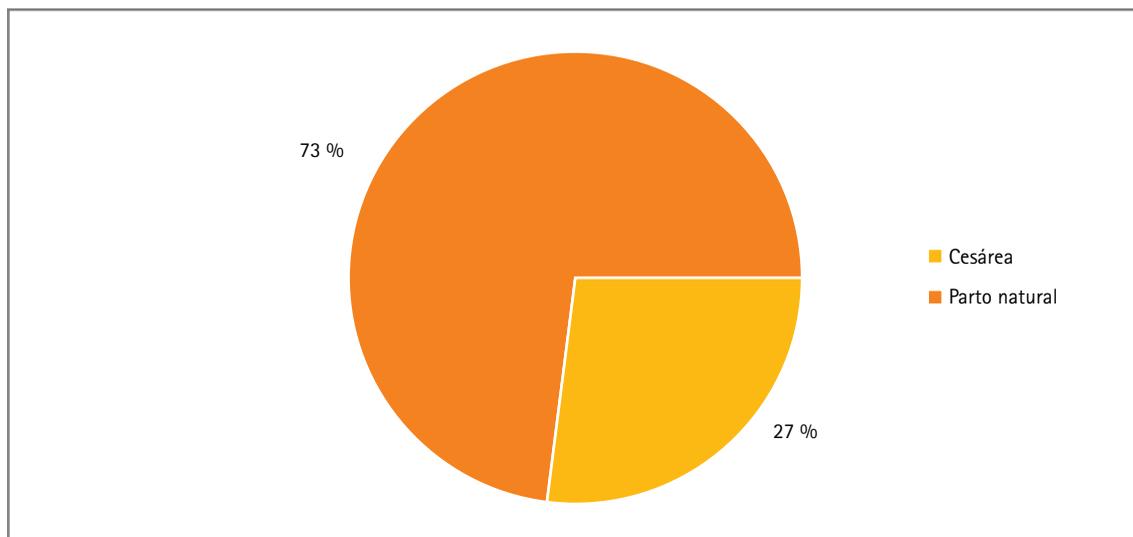
Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por Departamento de Gestión de la Información, Dirección de Sistemas de Información, ASSE.

Relación entre parto natural y cesárea en Paysandú (COMEPA). Año 2013.



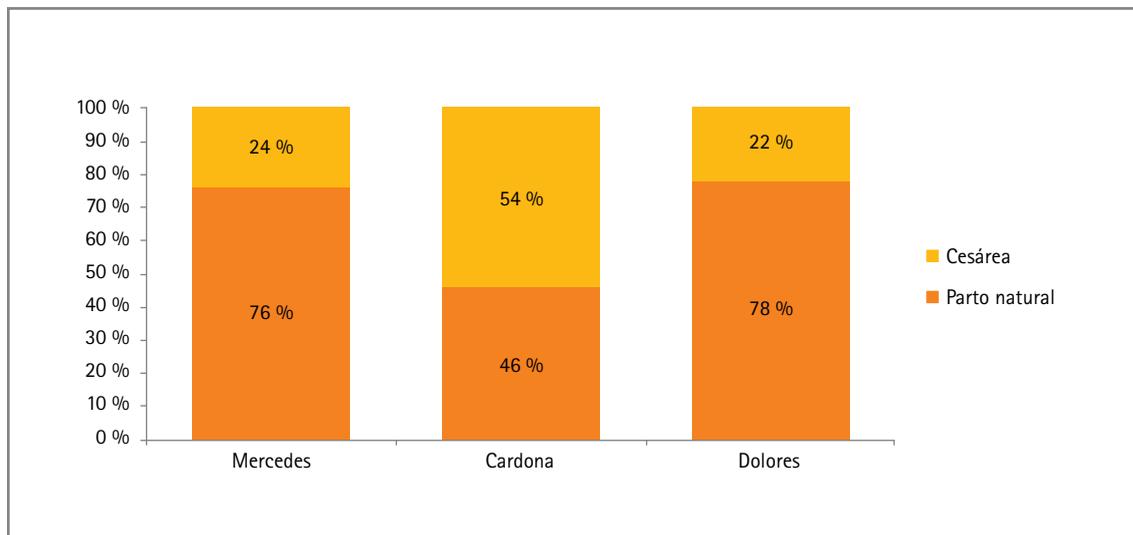
Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por COMEPA.

Relación entre parto natural y cesárea en Soriano (Prestador Público). Año 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por Departamento de Gestión de la Información, Dirección de Sistemas de Información, ASSE.

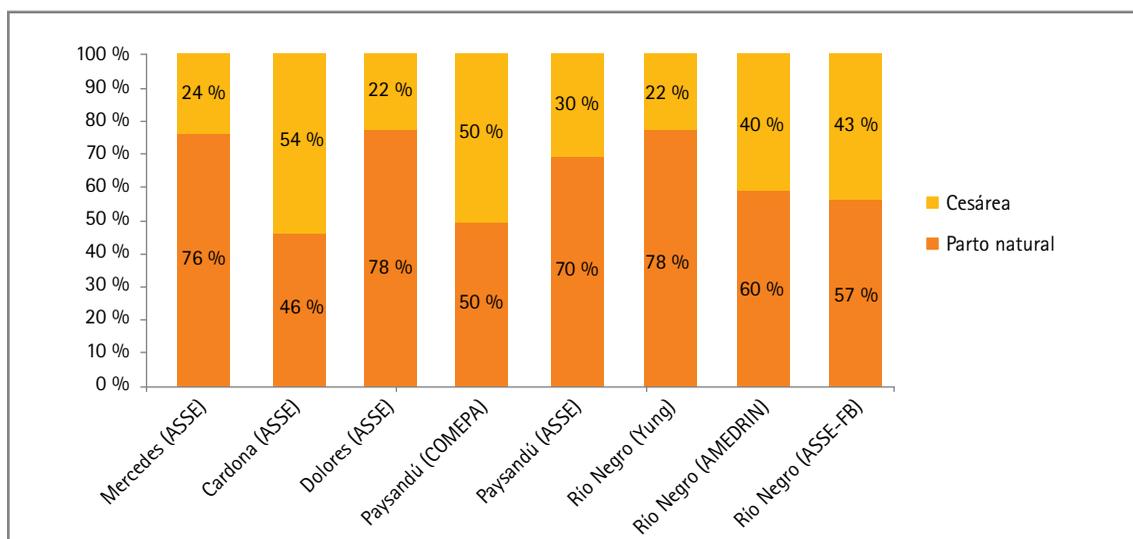
Relación entre parto natural y cesárea por principales localidades de Soriano (Prestador Público). Año 2013.



la lactancia, la mayoría reporta haber amamantado a su hija/o (97%), siendo las adolescentes las que presentan porcentajes más bajos (84%)” (MYSU, 2013b: 39).

En cuanto a la relación parto natural y cesárea, los datos solicitados a ASSE por MYSU para los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano, sumados a la información obtenida durante el relevamiento específico de

Relación entre parto natural y cesárea en prestadores públicos y privados de Paysandú y Soriano, y en prestador público de Soriano por principales localidades. Año 2013.



Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por Departamento de Gestión de la Información, Dirección de Sistemas de Información, ASSE.

situación en estos departamentos a través del estudio en el LITORAL, muestran datos preocupantes sobre la incidencia de cesáreas, que supera ampliamente los porcentajes esperables estimados por OPS- OMS.

La ciudad de Young en el departamento de Río Negro, donde el prestador privado y el público comparten el sector de maternidad y llevan a cabo una decidida política de parto natural y humanizado, presenta el porcentaje más bajo de incidencia de cesáreas (22 % en el año de 2013) . Sin embargo cuando la mirada se centra en la capital Fray Bentos, en el prestador público la cifra de cesáreas asciende a un 43 %, y en el privado (AMEDRIN) es del 40 %. Lo que daría cuenta que la incidencia de cesáreas está más vinculada a prácticas institucionales y profesionales que a razones que la justificarían por causas asociadas a las complicaciones del parto natural.

Soriano que presenta cifras de cesáreas, en promedio, no tan elevadas en su prestador público, rondando el 27 %, cuando se disgregan los datos por localidades, aparece como preocupante el 54 % de cesáreas en Cardona durante el año 2013. En el 2012, la cifra para esa localidad no se puede considerar baja (41 %), pero revela que la evolución de los números de un año demuestran una inversión en la relación parto natural-cesárea. No se pudieron relevar datos para el prestador privado de ese departamento (CAMS).

La segunda fase del Estudio en el LITORAL indagó en las percepciones de las mujeres entre 15 y 49 años sobre los servicios en SSR que se brindan en estos departamentos. Se identificaron, en la opinión de las entrevistadas, una serie de problemas que obstaculizarían el cumplimiento de lo estipulado por la Ley N°. 18.426 en términos de atención en el parto⁴, y en el postparto. Las mujeres expresan haber recibido una atención "fría" o "poco humanizada" durante su parto y se constatan experiencias de violencia obstétrica expresadas que van desde tratos irrespetuosos, malos tratos hasta prácticas invasivas innecesarias. La situación relevada a partir de los relatos de las entrevistadas sobre la atención en esta área, resulta muy preocupante. (MYSU, 2015b).

Entre las entrevistadas, las primerizas (sean adolescentes o no) aparecen como las más afectadas por las situaciones de maltrato durante el parto. Otras manifestaron que durante el puerperio son "abandonadas" por el servicio ya que toda la atención de los equipos de salud se centra en el recién nacido. Las entrevistadas expresaron y evaluaron negativamente la ausencia de apoyo psicológico durante el puerperio así como relataron haber padecido violencia psicológica durante y luego del parto, que se acentúa cuando no se cumple con el modelo de parturienta, puérpera y/o madre paciente y sufrida (MYSU, 2015b). Estas situaciones de maltrato se reflejan en presiones ejercidas por el personal de salud para el amamantamiento inmediato, o ante exigencias para que se respeten los tiempos y posturas durante el trabajo de parto, así como el intento de imponer decisiones por sobre la voluntad de la usuaria en lo referente a la elección libre e informada de métodos anticonceptivos.

TRATAMIENTOS DE LA ESTERILIDAD Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En los estudios realizados desde MYSU se indagó sobre el estado de situación del tratamiento de esterilidad y el acceso a técnicas de reproducción humana antes de la promulgación y reglamentación de la nueva ley que regula estas técnicas. De todas formas el informe de MUJERES aporta datos significativos: *"15.7 % de las mujeres intentó embarazarse sin éxito; y de ellas, 60.5 % realizó una consulta con el fin de acceder a un tratamiento para poder embarazarse. De ese porcentaje, sólo la mitad pudo realizarlo. Este dato es muy importante en términos de identificar la relación entre demanda de atención y servicios en tratamiento de la esterilidad y*

4 Artículo 3º, literal c): "Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva: c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados" (Ley N°. 18.426).

acceso a la reproducción asistida, los cuales no han sido ofrecidos dentro de las prestaciones en salud para las usuarias del SNIS". (MYSU, 2013b: 39)⁵.

Esta brecha entre demanda y capacidad de respuesta del sistema deberá ser evaluada en los próximos años en función que es muy reciente la implementación del cambio normativo y la puesta en marcha de mecanismos que aseguren su acceso a través del financiamiento por el Fondo Nacional de Recursos tal como ha sido detallado en el capítulo sobre normativas de esta publicación.

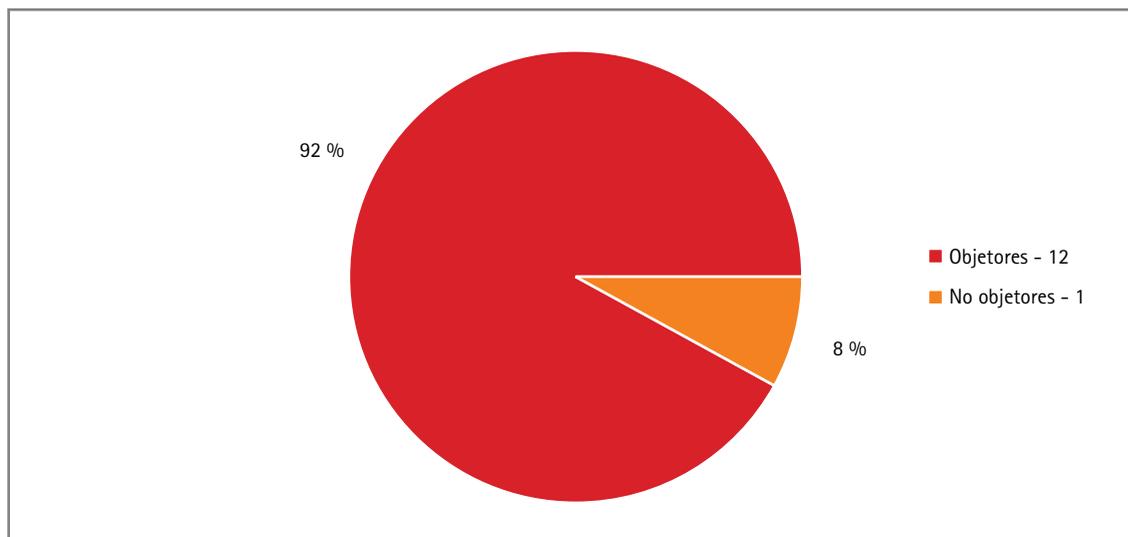
ABORTO LEGAL Y CLANDESTINO

El estudio de Salto relevó los comienzos de la implementación de los servicios creados por la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Se identificó que este departamento: *"(...) ha sido de los que mayores dificultades ha tenido para implementar la ley N°. 18.987, debido al uso del recurso de objeción de conciencia por parte de todos los y las ginecólogas actuantes en el departamento. Es así que desde el inicio de la implementación a fines de 2012, hasta el 6 de setiembre de 2013, no se realizó ninguna interrupción de embarazo en el departamento"* (MYSU, 2014a: 23).

A partir de la última fecha señalada los traslados prácticamente no se han repetido debido a la presencia de una ginecóloga que no realizó objeción de conciencia, y que se traslada desde Montevideo una vez por semana para brindar el servicio de IVE tanto para el prestador público como el privado. La ginecóloga fue contactada en un primer momento por integrantes de la dirección del prestador privado, acordando trabajar para éste.

⁵ Es necesario aclarar que el estudio de MYSU es previo a la aprobación de la ley N°. 19.167 de Técnicas de Reproducción humana asistida. Es esperable que con una implementación adecuada de la ley la realidad relevada en el estudio sufra modificaciones.

Objeción de conciencia en el departamento de Salto.



Fuente: Elaboración propia en base a Informe SALTO.

Posteriormente, enteradas las autoridades de ASSE, le ofrecieron destinar parte de las horas de trabajo de su cargo en el Pereira Rossell para brindar esta atención en el departamento de Salto.

La percepción de diversos actores entrevistados en el departamento, es que el aborto clandestino sigue existiendo. Lo mismo ocurre en los demás departamentos abarcados por el estudio LITORAL. La diferencia sobre esta práctica antes y después de la aprobación de la ley es que las mujeres acuden más para consultar por complicaciones de abortos realizados fuera del sistema de salud en base al mal conocimiento sobre la legislación promulgada lo que las expone a posible medidas judiciales dado que cuando se practica fuera del SNIS se comete el delito de aborto (MYSU, 2014a).

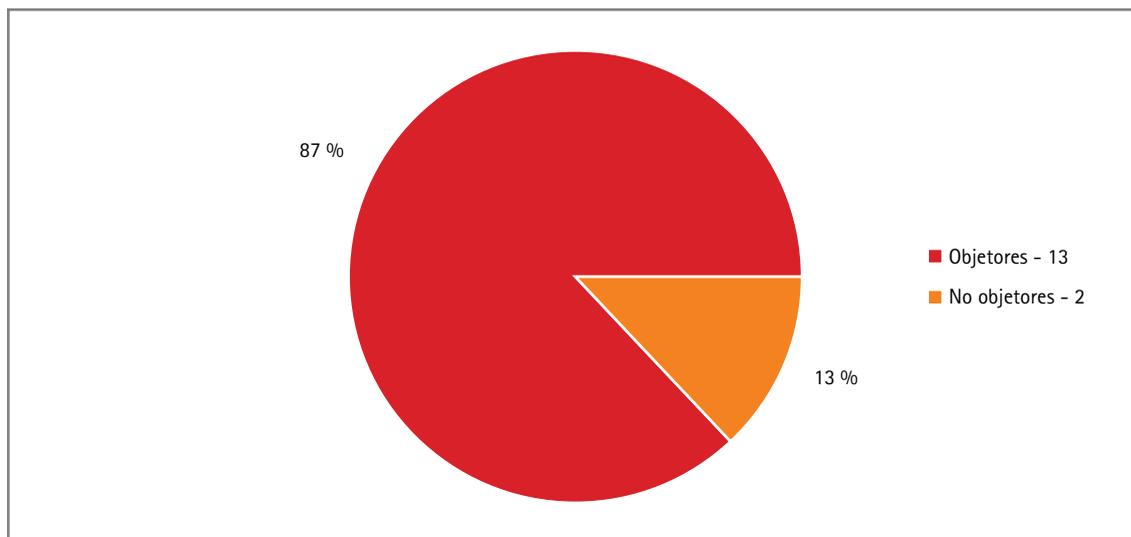
El estigma asociado a la práctica de aborto ha sido uno de los resultados más relevantes del estudio en los departamentos del litoral y puede identificarse como una barrera para el acceso a los servicios de IVE. El estigma y la posible discriminación se expresan tanto sobre las mujeres que requerirían una interrupción como sobre los profesionales que la realizan o que forman parte del equipo del servicio.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

El porcentaje de profesionales que han recurrido a la objeción de conciencia para no integrar los equipos y brindar la atención del aborto en los departamentos estudiados por MYSU es alarmante y sensiblemente más alto que el promedio nacional informado por el MSP de 30 % de objetores.

En Paysandú, el prestador público cuenta sólo con dos ginecólogos no objetores (13 % de los profesionales disponibles en el departamento), uno que realiza el IVE 3 y otro que lo hace sólo cuando el primero se encuentra de licencia. Cuando no hay disponibilidad de profesionales para realizar la interrupción, las mujeres

Objeción de conciencia en el departamento de Paysandú.



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento LITORAL.

que lo requieren son derivadas al departamento de Salto. En situaciones anteriores, dónde el mencionado departamento no contaba con profesionales disponibles para IVE se las derivaba a Montevideo, al servicio del Hospital Pereira Rossell.

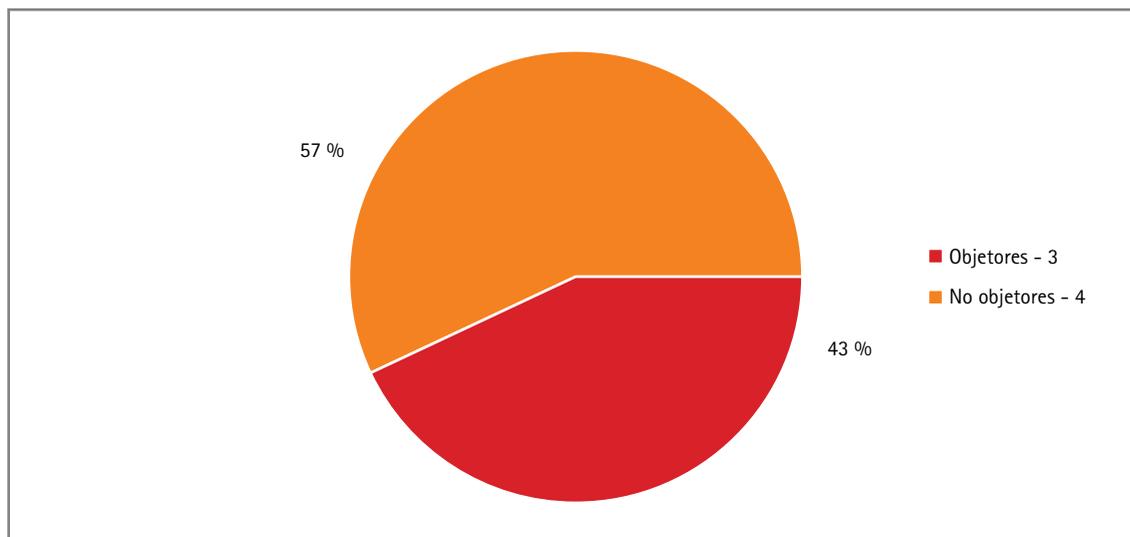
El prestador privado (COMEPA) cuenta con los mismos dos ginecólogos que no han objetado conciencia y se utiliza el mismo mecanismo de actuación: uno es el que habitualmente brinda el servicio y otro sólo actúa cuando suple al primero por motivo de licencia o enfermedad.

De los departamentos estudiados del litoral del país, el único en el que número de ginecólogos no objetores supera al de objetores es Río Negro. Sin embargo, cuando se analiza la situación a la interna del departamento, los ginecólogos no objetores se concentran todos en la capital Fray Bentos, esto hace que el 100 % de los objetores se encuentran en la ciudad de Young, la segunda en tamaño, por lo cual tanto los prestadores privado y público de dicha localidad deben derivar a las usuarias para la realización de IVE 3. En su mayoría las derivaciones son a Fray Bentos, pero en ocasiones se realizan también los traslados a Montevideo.

La realidad de la objeción de conciencia en los departamentos limítrofes también genera problemas en el servicio de IVE que se brinda en la capital de Río Negro. El Centro de Salud de ASSE en Fray Bentos donde se realiza el proceso de IVE recibe usuarias de Mercedes, la capital de Soriano, y también -aunque en menor medida- de localidades cercanas de Paysandú. Esto explicaría la cantidad de abortos legales registrados en este prestador que cuadruplicaría (35 abortos por mes) al número que se registra en el prestador público de Paysandú (8 por mes) cuando en este departamento hay casi el doble de población afiliada al prestador público del SNIS en relación a Río Negro.

Según lo relevado, en determinados meses el número de usuarias que provienen desde la capital de Soriano para el procedimiento IVE 3 en el Centro de Salud de Fray Bentos llega a superar a las del propio departamento de Río Negro.

Objeción de conciencia en el departamento de Río Negro.



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento LITORAL.

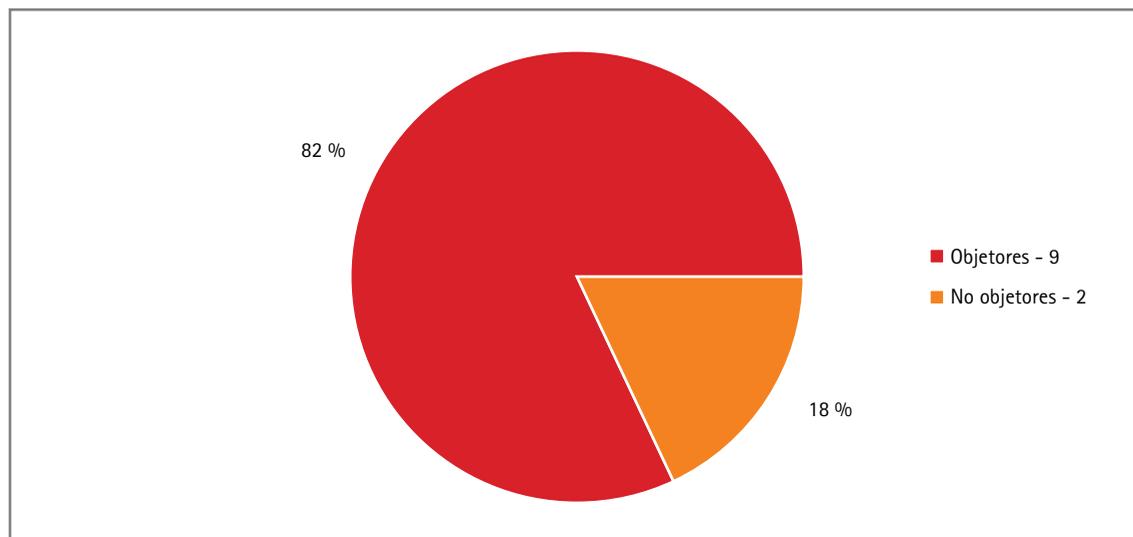
En los casos de derivación de la mujer hacia los servicios de otros departamentos, se constata que no siempre se cumple con el requisito de cubrir con los costos de traslados como especifica el decreto de reglamentación.

La diferencia en la incidencia de abortos legales registrados entre los servicios de cada localidad indicaría, por un lado, que la mayor disponibilidad absoluta de ginecólogos no objetores en Río Negro estaría asumiendo la responsabilidad de cumplir con el servicio de aborto no cubierta por los departamentos fronterizos. Se entiende que también está encubriendo la subcaptación de la demanda de IVE en los lugares donde priman los médicos objetores. En este mismo sentido, es de notar la diferencia entre las cifras de aborto que se registran en el prestador público de Río Negro (35 por mes) con los que realiza la mutualista de la misma localidad la que sólo registra dos abortos legales por mes. Particularmente baja cuando éste prestador privado también resuelve las consultas derivadas desde la mutualista en Young.

Estas diferencias podrían revelar que las usuarias con cobertura mutual quienes, en general, tendrían mayor poder adquisitivo no estarían recurriendo a su institución de salud para resolver los casos de embarazos no deseados. En cuanto al estigma vinculado a la práctica que ha sido detectado en estos departamentos, así como las dudas ante la confidencialidad de la consulta podrían ser las causas que llevaran a resolver estos asuntos en el circuito clandestino incluyendo la práctica privada.

En Soriano, de los 11 profesionales de la ginecología que se desempeñan en el departamento, 9 son objetores. Los dos profesionales no objetores se encuentran, uno en Cardona y el otro en Dolores, por lo tanto en la capital departamental no hay ningún ginecólogo que realice abortos, lo que lleva necesariamente a derivaciones a los servicios de las ciudades más pequeñas (MYSU, 2015b). En este departamento se ha identificado además otro problema y es que profesionales de la psicología han alegado objetar conciencia cuando en realidad la ley sólo habilita este recurso a los ginecólogos quienes son los que proveen el aborto (MYSU, 2015b). Por lo tanto hay déficits de equipos también para dar el asesoramiento y la orientación (IVE 2) con lo cual las derivaciones

Objeción de Conciencia en el departamento de Soriano.



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento LITORAL.

a otras ciudades además tienen que realizarse por este motivo y muchas veces, para la consulta de control post-aborto (IVE 4).

Se registran en este departamento otras dificultades que debe sortear el equipo para preservar la confidencialidad de las consultas y no exponer a la mujer que lleva adelante el proceso de IVE. Se relatan faltas de apoyo hacia el equipo actuante por parte del resto de la institucionalidad y del funcionariado, así como la falta de sensibilización y capacitación al personal que debe intervenir en todo el procedimiento. Por ejemplo, los profesionales dicen tener que encargarse de entregar personalmente los medicamentos a las usuarias para que ellas no sufran episodios de discriminación o violencia institucional.

En Cardona se encuentra una de las instituciones objetoras de ideario como es el Círculo Católico. Por esto se realizó un acuerdo con la JUNASA para dar de baja de este servicio mutual a las afiliadas que soliciten la interrupción. Las mismas deberán ser inscriptas en otra mutualista que las realice. Con el fin de efectivizar este cambio las usuarias deben expresar la razón de su solicitud lo cual podría violarla confidencialidad y revictimizar a la mujer que atraviesa una situación de embarazo no deseado (MYSU, 2015b).

Sobre la percepción, conocimiento y uso del aborto en la población de mujeres adolescentes, el estudio ADOLESCENTES identificó que: *"4.6 % de las encuestadas manifestó haber interrumpido un embarazo, fundamentalmente montevideanas y con atraso escolar. La mayoría de las adolescentes (55 %) considera que el aborto voluntario es una práctica frecuente entre las mujeres uruguayas y un 36 % manifiesta estar a favor de la despenalización de la práctica, frente a un 55 % que está en contra. Quienes acuerdan en mayor medida son las montevideanas, quienes tienen niveles socioeconómicos más favorecidos y las de mayor edad"* (MYSU, 2013a: 25).

La situación de las personas migrantes es particularmente preocupante en lo referido al acceso a los servicios legales de aborto. El Consenso de Montevideo señala como uno de sus acuerdos: *"proteger decididamente los derechos humanos, evitando toda forma de criminalización de la migración, garantizando el acceso a servicios sociales básicos, de educación y de salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva cuando corresponda, para todas las personas migrantes, independientemente de su condición migratorio"* (Sección F, párrafo 72). Sin embargo, la ley de interrupción voluntaria del embarazo es restrictiva en este sentido al exigir como condición la residencia mínima de un año en el país, para poder acceder a estos servicios.

La escasez de difusión del derecho al aborto en los departamentos estudiados es una constante, y además de contribuir con la permanencia del estigma sobre la práctica en estas sociedades, deja lugar a que la información de la que pueden disponer las usuarias se base en rumores que vulneran el derecho a un acceso adecuado.

"El bajo porcentaje de consultas vinculadas a violencia doméstica y sexual o prevención de aborto de riesgo podría indicar que, a pesar de los avances registrados en la visibilidad de estos asuntos en la agenda pública y en las políticas de salud, parecería que las mujeres no identifican los servicios de salud en tanto espacios donde acudir frente a estas necesidades de atención. En este sentido, parece importante revisar si las estrategias implementadas hasta el momento son suficientes y/o adecuadas como respuesta institucional frente a problemas "no tradicionales" en salud sexual y reproductiva" (MYSU, 2013b: 49).

CÁNCER GÉNITO-MAMARIO

En cuanto a la prevención del cáncer de cuello uterino, *"69 % de las mujeres reportaron, en los últimos dos años, la realización del estudio de Papanicolaou (PAP), recurso eficaz en la prevención del cáncer de cuello uterino. 30 % de las mujeres no lo hicieron en ese período y 16 % nunca se lo realizaron. Las mujeres con mayor educación, las que cuentan con*

cobertura mutual y las montevideanas fueron examinadas en mayor proporción que las mujeres con niveles educativos más bajos, aquellas que se asisten en ASSE y las residentes en departamentos del interior del país” (MYSU, 2013b: 44).

El informe de ADOLESCENTES, a su vez, afirma que *“ante la realización de Papanicolaou o PAP, un 11,2 % del total de adolescentes se lo ha realizado. Si se observa quienes se han iniciado sexualmente, este porcentaje es muy bajo y se ubica en 22 %” (MYSU, 2013a: 22).*

El estudio del LITORAL arroja algunas cifras en cuanto a exámenes concernientes a cáncer génito-mamario. En Río Negro el promedio mensual de mujeres que se realizan el PAP en el Hospital de Fray Bentos es de 130, y en el Hospital de Young es de 100 mujeres. En cuanto al examen de mamas, en Fray Bentos se lo realizan un promedio de 100 a 150 mujeres por mes, registrándose un promedio de 100 en el examen de mamografía. No se posee datos del número de mujeres que se realizan dichos exámenes en el Hospital de Young.

El prestador público posee dos mamógrafos en Fray Bentos pero solo uno se encuentra en funcionamiento, éste es utilizado desde el año 2014 y es digital. Por otro lado el Hospital de Young cuenta con un mamógrafo desde el 2009 pero no digitaliza las imágenes. CAMY cubre aproximadamente 64 mamografías por mes pero deriva a las usuarias a Montevideo para realizar este examen, debido a que pretendió comprar un mamógrafo o realizar un convenio con ASSE para la compra de un mamógrafo digital, pero ninguna de las iniciativas prosperó. Las usuarias son llevadas en un micro contratado por el prestador, teniendo que destinar toda una jornada para realizarse este examen.

En el departamento de Paysandú tanto el prestador público como privado tuvieron dificultades para brindar datos conforme a la atención en cáncer génito mamario. El único dato obtenido es que se utilizan mamógrafos digitales en ambas instituciones. Con la solicitud de información a ASSE central, se obtuvo el dato de que el mamógrafo data desde el año 2011, pero en la posterior visita a los servicios se encontró que el Hospital recibió un nuevo equipo en el año 2014.

También de acuerdo a los datos aportados por ASSE Central, el departamento de Soriano cuenta con dos mamógrafos, uno en el Hospital de Dolores desde el año 2013 y otro en el Hospital de Mercedes desde el 2012. El primero es un mamógrafo convencional y el segundo digital. A su vez, desde CAMS se declara la existencia de un mamógrafo convencional en la ciudad de Mercedes, que data de 1995 y cuya última calibración fue en el año 2012.

VIOLENCIA Y SERVICIOS DE SALUD

Los hallazgos de los diversos estudios realizados permiten afirmar que los servicios de salud no son lugares de referencia para las mujeres que hayan vivido o estén en situaciones de violencia basada en género (VBG). Según el estudio de MUJERES, *“en cuanto a los lugares donde pidieron asistencia frente a la situación vivida, la policía es mencionada en primer lugar (22 %), seguida por familiar (18 %), Comisaría de la Mujer (13 %), centro de salud (7 %) y ONG (2 %). Un tercio de las mujeres no pidió ayuda en ningún lugar” (MYSU, 2013b: 48).*

A su vez, la muestra de ADOLESCENTES coincide con lo antes expuesto: el 21.6 % acudieron a la policía, a un familiar el 15 %, la Comisaría de la Mujer fue mencionada por el 6.8 % de las entrevistadas y ayuda profesional fue señalada en el 5.7 % de los casos. Los centros de salud y las instituciones educativas no fueron mencionados. Frente a la dimensión que presenta la violencia contra las mujeres en el país la poca capacidad de respuesta y de intervención de los centros de salud ante esta problemática es preocupante.

El informe del LITORAL evidencia que en el prestador público de Río Negro no existe un servicio específico de trabajo con situaciones de VBG. En el caso que se constaten situaciones de violencia, se deriva a otros servicios

estatales, aunque no parece haber una política muy activa para la detección de estas situaciones. El formulario para despistaje de estas situaciones implementado por el MSP no se aplica. (MYSU, 2015b). En las dos mutualistas de este departamento el trabajo en violencia se lleva adelante por las referentes en metas asistenciales, y también en ambos casos, las usuarias víctimas de VBG son derivadas a profesionales de los programas de salud mental.

En Paysandú existe una Comisión Departamental de Lucha contra la Violencia Doméstica, integrada por diversas instituciones, entre ellas, la Dirección Departamental de Salud del MSP. Esta comisión ha realizado y realiza actividades de conceptualización de la violencia basada en género y sensibilización con la población en general y públicos específicos.

En cuanto a la atención en los servicios de salud, el prestador público no cuenta con un equipo de referencia en violencia doméstica. En los casos en que se detecte situaciones, las personas son derivadas a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En el prestador privado existe un equipo para atender estos casos, el cual trabaja en los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto implica una diferencia con la forma de atención en el departamento de Salto, donde los prestadores de salud derivan a otras instituciones del Estado.

Soriano revela una situación similar, más allá de ciertos esfuerzos identificados desde el servicio de atención a mujeres en situación de violencia doméstica del INMUJERES son pocas las instancias en que el tramado interinstitucional tiene un impacto real.

Funcionarios médicos y no médicos de los servicios de los tres departamentos, han puesto en entredicho la pertinencia de la aplicación del formulario de despistaje, y más bien señalan que no está generando resultados satisfactorios. Esto también aparece registrado en el informe de VIH Y VIOLENCIA, donde se expresa que *"este formulario no siempre es utilizado, ya que los profesionales de la salud suelen entender que entorpece la dinámica habitual de las consultas o que con la falta de tiempo necesario para desarrollarlo no se puede indagar correctamente en la problemática"* (MYSU, 2015a: 37).

A su vez, *"las organizaciones de la sociedad civil suelen identificar problemas con el formulario también, pues no es un instrumento privilegiado para favorecer que las mujeres expresen su situación, en especial al ser un formulario genérico y estandarizado"* (MYSU, 2015a: 37). Aunque se reconocen algunas virtudes del mecanismo, como la capacidad de generar estadísticas, la no-aplicación sumada a la mala valoración del mismo lleva a que estas estadísticas no existan o no den cuenta de la realidad.

Los datos aportados por el MSP para la elaboración por parte del INMUJERES del 8^{vo} y 9^{no} informe periódico ante el Comité de Expertas de la CEDAW⁶ demuestran la ineficacia e ineficiencia de esta estrategia de detección. El informe consigna que: *"En los servicios de salud, según datos del año 2012, se realizó la pesquisa a 522.200 mujeres mayores de 15 años detectándose 4.090 (0,8 %) en situación de VD, actual o pasada. De éstas fueron derivadas a los Equipos de Referencia en VD 1.711 mujeres"* (INMUJERES, 2015: 22). Sin embargo, en el mismo informe se expresa que la Encuesta Nacional de VBG y Generaciones, implementada desde el Consejo Nacional de lucha contra la violencia doméstica y sexual, se encontró que 68,8 % de las mujeres han vivido algún tipo de violencia por razones de género en algún momento de su vida lo que representaría más de 650.000 mujeres afectadas (Ibídem, 25). Es particularmente preocupante la falta de respuesta adecuada del sistema en cuanto a violencia sexual. MYSU en su estudio sobre VIOLENCIA SEXUAL hace la siguiente recomendación: *"más allá de la forma institucional, que depende de las características de cada institución –servicios, equipos, referentes por especialidad– la conformación*

6 Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres por su sigla en inglés.

de un equipo interdisciplinario, con integrantes de los distintos servicios involucrados –ginecología, obstetricia, infectología, psicología, servicio social –y con capacidad de atención las 24 horas o en el horario más amplio posible, resulta una herramienta fundamental” (MYSU, 2011: 47). Esto no ha sido implementado, lo que da cuenta de una falta de preparación de los servicios para atender personas víctimas de violencia incluida la sexual.

ATENCIÓN DE LAS PERSONAS TRANS

En el relevamiento sobre los requerimientos en salud y respuestas del sistema de salud para las personas Trans, realizado en el 2012, se pudo verificar que si bien existen políticas, normas y guías clínicas en diversos componentes de la SSR incluida la atención a personas Trans y de orientaciones sexuales diversas, no ha habido hasta la fecha una debida organización de los servicios ni una estrategia sostenida de formación de los recursos humanos que garantice su pleno cumplimiento.

De las entrevistas realizadas para el informe a personas Trans de distintos lugares se pudo constatar que la amplia mayoría cuenta con cobertura de salud así como la amplia mayoría se atiende, principalmente, en los servicios de salud pública. Por lo tanto el sistema de salud capta y brinda servicios a esta población pero éstos no necesariamente responden a todas sus necesidades específicas ni la atención que reciben es respetuosa de sus orientaciones sexuales e identidades de género. (MYSU, 2012).

Las entrevistadas entienden que los servicios existentes, particularmente, no son lugares de referencia para los procesos de transformación y feminización de sus cuerpos, así como tampoco para los requerimientos en salud mental o ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Las entrevistadas con cobertura mutual en el estudio TRANS afirman no recibir tratamientos de cambios corporales en los centros de salud a los que están afiliadas, por lo que deben acudir a servicios públicos que implican un sobre costo. (MYSU, 2012: 13). En aquellas que tienen cobertura en el efector público, también se presentan dificultades; *“las que tienen cobertura de Salud Pública suelen no recurrir a los servicios cuando se realizan tratamientos de feminización del cuerpo. Del 71,4 % de las [personas entrevistadas] que se realizaron cambios en sus cuerpos –fuese a través del uso de hormonas o de intervenciones quirúrgicas – sólo 15,6 % tuvo algún tipo de control médico, durante o después de las intervenciones. De las personas [entrevistadas] que realizaron un seguimiento médico, 85,7 % reside en Montevideo, indicando una tendencia más fuerte de seguimiento médico en Montevideo que en el Interior” (MYSU, 2012: 14).*

La causa de consulta más mencionada en las entrevistas fue para la de realización de controles de VIH e ITS, especialmente entre quienes realizan trabajo sexual debido, entre otras razones porque así lo determina la reglamentación para que su ejercicio sea legal. Sin embargo, el VIH es de alta prevalencia en las personas Trans.

El estigma y la discriminación han sido percibidas como las prácticas del personal de salud que actúan como verdaderas barreras para el acceso y uso de los servicios.

Por eso, entre los años 2013 y 2014 se ensayaron experiencias para la instalación de servicios amigables libres de homofobia implementadas por organizaciones sociales en articulación con el MSP y la cátedra de medicina social y comunitaria. Así como se instalaron centros especializados de referencia que incorporaron referentes de la población para las tareas de promoción, también desde el MSP pero a través de la Unidad de Gestión creada específicamente para la ejecución del proyecto financiado por el fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Ninguno de los ensayos logró consolidarse.

En la región y en el mundo está vigente la discusión entre generar servicios específicos "amigables de la diversidad sexual" o transversalizar la atención para personas Trans, gay, HSH, lesbianas o intersexuales en el sistema de salud y dar respuestas a sus diversas demandas en salud, sin que haya riesgo de estigma y discriminación. De la evaluación de experiencias de "servicios amigables" realizadas en otros países, algunos autores estiman que estas soluciones pueden contribuir a marginalizar y excluir a la comunidad Trans, restringiendo el acceso sólo a determinados centros, lo que dificultaría la universalización de las prestaciones. Por otro lado, los "centros amigables" no necesariamente están pensados para atender todas las necesidades por lo tanto la seguridad de espacios "suyos" no los protegería cuando tienen que interactuar en los "otros" espacios, contribuyendo a generar la segregación y marginación a la que ya están expuestas socialmente.

Pero, por otro lado, la viabilidad de la transversalización de una atención adaptada a la diversidad sexual y de género no es algo fácil de lograr. Entre otros desafíos deben superarse las lógicas verticales de los programas y servicios que han imperado en el funcionamiento de las políticas de salud. La concentración de servicios altamente especializados en el tercer nivel de atención para la reasignación de sexo no sólo debería restablecerse como prestación dado que fue desmantelada en los últimos años sino que además tendrían que actualizarse y universalizar el acceso para quien lo requiera. Pero evidentemente no podrían multiplicarse en todo el país porque no sería viable ni sustentable.

VARONES Y SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El estudio de VARONES para indagar sobre demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva implicó superar distintas barreras y obstáculos en su propia implementación porque se hizo difícil conseguir que los hombres respondieran al formulario de entrevista. No están acostumbrados a hablar de su vida sexual y reproductiva y los resultados obtenidos dan muestra que no tienen mucha conciencia ni conocimiento de sus derechos y responsabilidades en este campo de su salud y del ejercicio de la sexualidad.

Apenas el 10 % de los encuestados en la encuesta de hogares dijeron haber consultado a un profesional de la salud por temas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Los motivos esgrimidos son prácticamente unívocos: "no sentir necesidad de hacerlo", en el 87 % de las respuestas. *"Este argumento tiene menor peso relativo en los adolescentes de entre 15 y 18 años (67 %). Para este grupo, no saber que podía hacerlo o las dificultades de acceso al servicio de salud, fueron motivos expresados que merecen atención"* (MYSU, 2013c: 4).

Quienes se asisten a nivel público consultaron menos que aquellos que lo hacen a nivel mutual y privado. Asimismo quienes tienen más bajo nivel socioeconómico consultaron en menor proporción que aquellos de los sectores de mayor nivel. A su vez, se evidencia la ausencia o débil incorporación de medidas de autocuidado. Estos elementos están relacionados con el modelo hegemónico de masculinidad y el correspondiente impacto sobre la salud.

Fue preocupante constatar que el 55 % de los varones encuestados no escuchó hablar de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y apenas el 36 % conoce la existencia de leyes y normativas que protegen el ejercicio de estos derechos.

Las políticas y programas sociales, educativos y de salud deben desarrollar una perspectiva integral de los derechos sexuales y los derechos reproductivos incluyendo a los varones. Si no se promueve que éstos reconozcan, respeten y se apropien de estos derechos, difícilmente podrán desarrollar actitudes y prácticas de autocuidado y de cuidado de las personas con las que se relacionan. A su vez, las políticas no tendrán mayor impacto en fomentar el involucramiento de los varones para promover una mayor responsabilidad sobre su capacidad reproductiva.

VALORACIONES SOBRE EL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR

AVANCES

Sin dudas el avance principal en materia de SSR en este período es la incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el SNIS como medida prestacional obligatoria para las instituciones públicas y privadas del país.

La implementación de la SSR implica haber superado el modelo tradicional de prestaciones, exclusivamente centradas en atención de embarazo y controles ginecológicos generales, incluyendo aquellas que usualmente habían sido ignoradas o no tenidas presentes hasta entonces, como anticoncepción, atención a adolescentes, violencia doméstica y sexual, aborto legal, técnicas de fertilización y atención a población Trans y con orientación sexual diversa.

Se desataca el alto porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a consulta obstétrica desde el primer trimestre (91 %). Dato que no sólo es importante para reducir las causas de morbi-mortalidad materna sino también como oportunidad para abordar otras dimensiones de la SSR con ellas.

Mejorar el acceso y la cobertura a las técnicas de reproducción humana asistida también representa un avance significativo porque reduce las brechas de desigualdad que existían y que restringían el acceso a las mismas, a la capacidad de pago de las parejas que las requiriesen.

La gratuidad para acceder a métodos anticonceptivos en salud pública y con coste mínimo en salud privada, también ha sido fundamental en la prevención en SSR.

Así como el gran avance ha sido la rápida reglamentación de la ley de IVE que posibilita la atención legal del aborto con la inclusión de la combinación mefiprestona y misoprostol al vademécum que asegura los mejores resultados en la interrupción por medicamentos.

RESTRICCIONES Y OBSTÁCULOS

Este proceso de logros sin embargo no ha estado exento de dificultades y considerables restricciones que se reflejaron en el cumplimiento de la norma como en las dificultades impuestas por la ley para la correcta implementación y desempeño de los servicios en términos de integralidad y respeto a la autonomía de las personas. Lo cual se traduce, en última instancia, en vulneración de derechos y en el accionar entorpecido del sistema.

No se ha logrado superar la verticalidad en las intervenciones de acuerdo a cada una de las problemáticas que se busca atender. Se cuenta con equipos de atención en violencia, SSR, IVE, además de aquellos dirigidos a adolescentes y a personas con VIH, por nombrar algunos de ellos. Estos equipos que deberían ser de referencia dedican gran parte de su tiempo a la atención directa dejando de cumplir con el rol estipulado por las leyes y decretos reglamentarios que los crean. Este funcionamiento además va en detrimento al abordaje integral y a la atención acorde a la realidad compleja de las personas.

La falta de una atención integral, interdisciplinaria y multicausal de las necesidades en salud sexual y reproductiva termina traducándose en intervenciones parciales, que sobrecargan a los profesionales que integran

los equipos e insuficientes para cumplir con las tareas de promoción, prevención y atención acordes a la demanda. Esto conlleva a que los equipos no logren centrarse en su rol de referentes pues si no realizan la atención ellos, nadie la realiza o no lo hace tomando en cuenta la horizontalidad y transversalidad de las diversas dimensiones de la SSR.

Esto se complejiza aún más con la falta de profesionales dispuestos a brindar estos servicios y/o con aquellos que no tienen la capacitación adecuada o la acreditación que asegure la atención de calidad, con perspectiva de equidad de género y de derechos. En especial en el Interior del país, como han evidenciado los estudios de MYSU, los servicios no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales disponibles y/o cuando los equipos que existen no siempre cuentan con los recursos necesarios para desempeñar adecuadamente su tarea. Situación que además de sobrecargar a los recursos humanos comprometidos con implementar las normas también va en detrimento con la universalidad de acceso y la calidad de atención que recibe la población usuaria.

No siempre las usuarias son respetadas en su derecho a tomar las decisiones de forma libre, consciente e informada. El acceso a las ligaduras tubarias, son un ejemplo de ello. Se identifican prácticas médicas que no están exentas de tratos que violentan y vulneran los derechos de las mujeres como lo demuestran los relatos de violencia obstétrica. Si bien hay gratuidad y bajo costo de los métodos anticonceptivos, el acceso a ellos no siempre está garantizado en el sistema. Existe una brecha considerable entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos irreversibles así como de técnicas de fertilización asistida.

El acceso a medicación antiretroviral para las personas VIH+ está incorporado a las prestaciones de salud pero hay brechas importantes entre el sistema público y privado. No se puede detectar el vínculo entre violencia sexual y VIH porque, entre otras dificultades encontradas, la solicitud de test para detección de VIH no incluye la de relaciones sexuales no protegidas o impuestas. El abordaje entre la violencia contra las mujeres y el VIH es absolutamente deficitario.

Ante la violencia obstétrica o la vulneración de derechos en cualquiera de las dimensiones de la atención en SSR, no existen claros canales de denuncia lo que dificulta aún más el poder combatir estas prácticas.

La objeción de conciencia está actuando como una barrera de acceso a los servicios de IVE lo que determina la necesidad de traslado de las mujeres que lo requieren a otra ciudad y hasta a otro departamento. El estigma vinculado a esta práctica actúa tanto sobre las mujeres que lo solicitan como sobre los profesionales que las proveen.

La detección de la violencia contra las mujeres a través del formulario de despistaje ha demostrado ser una medida absolutamente ineficaz de acuerdo a los resultados que ha logrado. Así como hay déficit en la atención de personas Trans y de la población LGBTI.

ASUNTOS PENDIENTES

Teniendo en cuenta las barreras antes identificadas debe considerarse que el rol de los equipos multidisciplinarios debería tomar otro carácter, monitoreando, coordinando y transversalizando la salud sexual y reproductiva en toda la atención de la salud. Los Equipos referenciales deberían cumplir la función de supervisar y asegurar el adecuado cumplimiento de las normativas así como la coordinación de los mecanismos de referencia y contra-referencia que permitan la integralidad de la atención así como el abordaje bio-psico-socio cultural. El bajo conocimiento de las normas tanto por parte de los profesionales como de la población usuaria debería subsanarse a través de efectivas estrategias de difusión y promoción. Debería hacerse énfasis en la incorporación

de las guías al trabajo habitual de los servicios de salud. Así como llevar adelante más y mejores estrategia de promoción y prevención tanto desde las instituciones de salud efectoras como del propio Ministerio de Salud.

En síntesis para avanzar sobre lo logrado en este próximo período se debería:

1. Fortalecer la capacidad del sistema de salud para asegurar la universalidad de acceso e integralidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.
2. Mejorar la difusión y la información sobre la existencia y el funcionamiento de los servicios de SSR.
3. Asegurar la voluntad política a través de la asignación de los recursos financieros para que dichos servicios sean promovidos, de calidad, cuenten con los insumos necesarios y con los equipos profesionales capaces de cumplir con las normativas y guías clínicas estipuladas.
4. Adecuar y modificar –si es necesario– los marcos normativos que demuestran obstaculizar el cometido de cumplir con el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, sin discriminaciones.

CAPITULO 3

Conocimiento de derechos e información de los servicios

El Consenso de Montevideo (CM), en su párrafo 34 de la sección D¹, acuerda: *“Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respecto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y reproductiva”*.

La misión que orienta el trabajo de MYSU coincide con este propósito bajo la convicción de que “la información es poder” dado que determina, de manera sustantiva, las posibilidades de una elección producto de la valoración de sus distintas consecuencias. Si no se conocen los derechos y no se cuentan con recursos materiales y simbólicos para su ejercicio, la ciudadanía sexual queda notoriamente restringida y la persona expuesta a diversas situaciones de vulneración. Muchas de las desigualdades que se registran en el campo de los DSR están determinadas por los niveles educativos alcanzados por las personas y por el grado de conocimiento para definir sus conductas. Por supuesto que los contextos, las biografías y las habilitaciones o restricciones de los entornos, también son determinantes y pueden favorecer o perjudicar un saludable ejercicio de estos derechos.

Por lo tanto, cada persona, debería contar con información, educación y contextos habilitantes para tomar decisiones que sean tan libres como conscientes de sus posibles resultados. Generar evidencia y difundir saberes de forma democrática y con alcance universal se convierte en una herramienta poderosa para reducir brechas de desigualdad y situaciones de injusticia.

En el país, desde el año 2005, el gobierno impulsa dos reformas sustantivas como la de salud y educación que en ambos casos contienen medidas vinculadas a los compromisos adquiridos tanto en las conferencias internacionales relacionadas a estas temáticas como en las señaladas en el Consenso de Montevideo. Los servicios de salud sexual y reproductiva forman parte de las prestaciones obligatorias del SNIS y la educación sexual está incorporada a todos los niveles del sistema educativo formal. Por lo tanto es fundamental monitorear los grados de implementación de estas medidas y conocer su impacto en el desmantelamiento de mitos y tabúes y en la promoción de información y conocimiento basado en evidencia. La identificación de las condiciones habilitadas por las políticas públicas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, abarca tanto las

1 Sección D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

acciones impulsadas desde los sectores de salud y educación, como a todos los actores que deberían contribuir a la difusión de la información y la promoción de derechos.

En los estudios del período 2010–2014, realizados por MYSU, se procuró indagar el nivel de conocimiento de estos derechos por parte de la población, la difusión de las normativas generadas y la calidad de los bienes y servicios disponibles así como la propensión de las personas a buscar información en ámbitos seguros. Con estos elementos se trató de establecer dónde se registran avances, cuáles son los déficits y qué debería fortalecerse en el próximo período de gobierno.

"Quienes padecen los prejuicios asociados a la transgresión de los modelos estereotipados de feminidad y masculinidad basados en esquemas hetero-normativos y sexistas, están en el proceso de ser reconocidos/as y respetados/as en su diversidad. Este proceso implica la acción desde múltiples instituciones y actores para desarrollar políticas públicas, programas y servicios que fortalezcan ciudadanías sustentadas en orientaciones sexuales e identidades de género diversas." (MYSU 2013, 6). Como se consigna en el informe de EDUCACION, la educación y la atención integral en salud son pilares muy importantes en la construcción de los cambios sociales y culturales para que el reconocimiento formal de los derechos tenga efecto real en la calidad de vida de las personas.

Como se mencionó en el capítulo anterior, es imprescindible que el país aborde la doble insatisfacción generada por la brecha entre hijos/as deseados/as e hijos/as tenidos/as así como erradicar prácticas inseguras y no protegidas. Además se debe promover el empoderamiento de las personas y en particular de las mujeres de todas las edades y condiciones, para que el falso mandato social de la maternidad como destino o el mito de la sexualidad ligada y sometida al placer de unos sobre otras, sea erradicado. Por otra parte deben abatirse todas las formas de estigma y discriminación asociadas tanto a la orientación sexual e identidad de género de las personas como las vinculadas a las formas de familia y decisiones que se adopten en el campo de la sexualidad y la reproducción.

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (SDSR)

El relevamiento sobre vida sexual y reproductiva y acceso a la información y servicios del informe MUJERES señala que, *"para el período 2008–2009, 24 % de las mujeres encuestadas declararon haber asistido alguna vez a su centro de salud a consultar por asuntos de SSR. Ese porcentaje se incrementa muy levemente para los años 2010–2011, ubicándose en 27.4 %, siendo las adolescentes quienes reportan en mayor medida (45.5 %) en comparación con otros grupos etarios"* (MYSU, 2013b: 48).

Los datos para ADOLESCENTES coinciden en el bajo porcentaje de encuestadas que identifican los servicios de salud sexual y reproductiva como una prestación incorporada al sistema de salud: *"En primer lugar, se destaca el bajo uso de los servicios por parte de esta población. Apenas 4 de cada 10 adolescentes reportó acudir a un servicio de salud por temas de salud sexual y reproductiva en los últimos dos años. Este guarismo es aún menor entre quienes tienen rezago escolar"* (MYSU, 2013a: 20).

Sin embargo, estos resultados no concuerdan con las afirmaciones de las encuestadas en relación, por ejemplo, a los porcentajes de concurrencia a la consulta ginecológica. Esto podría deberse a que *"(...) las mujeres no integran bajo la denominación "salud sexual y reproductiva" un conjunto de prestaciones que se brindan históricamente en los servicios de salud como la atención del embarazo y parto, controles ginecológicos, realización de PAP, etc. (...) Si se trabaja en base a esta hipótesis, podría plantearse que el reconocimiento de la salud sexual*

y reproductiva como campo que integra distintas dimensiones y componentes de la atención sanitaria, está aún lejos de ser así conceptualizada por las mujeres encuestadas. Ello puede responder, entre otros factores, a una estrategia insuficiente de promoción del derecho a la salud sexual y reproductiva desde las políticas públicas y en particular por parte de los servicios de salud, lo cual se puede ver reforzado con una actitud poco activa de los/as profesionales de la salud, en términos de brindar información a la población usuaria y de incorporar un enfoque integral en la atención” (MYSU, 2013b: 48).

El estudio de SALTO aporta otros elementos que alertan sobre una comprensión de la atención en SSR restringida a las prestaciones de interrupción voluntaria del embarazo, particularmente a partir de la instalación de los servicios creados por la ley IVE. *“Para casi todas las personas entrevistadas en este departamento, los equipos de ‘Salud Sexual y Reproductiva’ son los equipos encargados de realizar el proceso de la ley IVE. Esta identificación por momentos produjo una asociación entre aborto y salud sexual y reproductiva, lo que hizo perder de vista el resto de los componentes de esta área de la salud” (MYSU, 2014: 34).*

El seguimiento de los servicios en otros tres departamentos del LITORAL permitió corroborar que la percepción de la SSR restringida al servicio de aborto, también se nutre del funcionamiento y organización de la atención en varias de las instituciones de salud relevadas. En muchos casos, varios componentes de la atención en SSR están transversalizados en la consulta de diversos profesionales pero los de IVE se concentran en la prestación de un equipo específico, abonando al imaginario de que SSR es aborto.

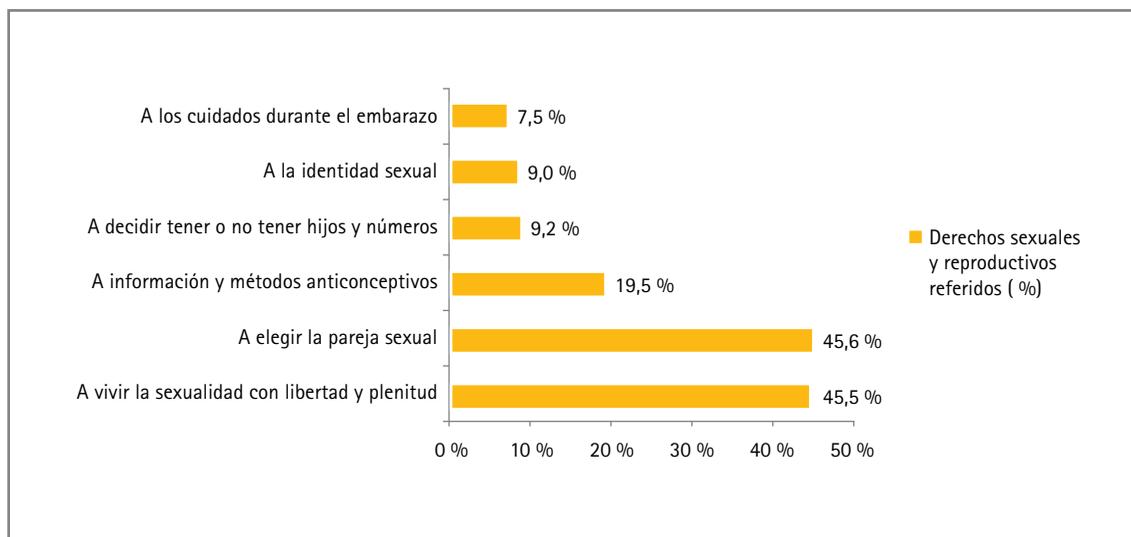
La fase del estudio en el LITORAL sobre percepciones y conocimiento de DSR en mujeres entre 15 y 49 años de estos departamentos, encontró un alto grado de desconocimiento sobre los mismos, así como una baja identificación del término en las entrevistadas. Asimismo, entre aquellas que respondían conocer estos derechos, muchas los referían como derechos de las mujeres.

El conocimiento de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo a los resultados obtenidos, es preocupante. Consultadas sobre si habían escuchado hablar alguna vez de estos derechos, sólo 57.5 % en el estudio de MUJERES respondió que sí. En el de ADOLESCENTES se evidencia una cifra menor de respuestas afirmativas dado que sólo 43 % había escuchado hablar de derechos sexuales y reproductivos. Que poco más de la mitad de las mujeres *‘haya escuchado hablar de estos derechos’* es un dato que da cuenta que aún resta un largo proceso para su reconocimiento siendo que, además, ha sido un tema central de la agenda pública mediante debates sostenidos a nivel político y social, por lo menos en los últimos 10 años (MYSU, 2013b: 51).

Ante la mención espontánea de derechos, el estudio de MUJERES indica que: *“Una de cada tres mujeres no pudo responder a la pregunta, lo cual es un dato relevante a considerar, en tanto la identificación del término es un primer paso en el reconocimiento de los derechos que favorece los procesos de apropiación subjetiva, ejercicio y exigibilidad de los mismos” (MYSU, 2013b: 51).* Cuando hubo mención, la agrupación de las respuestas por tipo de derecho referido muestran el siguiente orden de mención: *“derecho a vivir la sexualidad con plenitud y libertad (49.5 %); derecho a elegir la pareja que uno quiere, a relacionarse sexualmente con quien quiera, relacionarse sexualmente cuando una quiera (45 %); derecho a información, a elegir y a atención para acceder a métodos anticonceptivos, planificación familiar (19.5 %); derecho a la existencia humana, a la vida (12 %); derechos reproductivos (decidir número de hijas/os, si tenerlos o no, al aborto) (9.2 %); derecho a la identidad sexual, orientación sexual (9 %); derecho a los cuidados durante el embarazo, el parto y la lactancia (licencia maternal, descanso, atención, etc.) (7.5 %)” (MYSU, 2013b: 51).*

En relación con la concepción que tienen las mujeres sobre derechos sexuales y reproductivos, el estudio en el LITORAL, encuentra en la percepción de las entrevistas una recurrencia a las figuras del cuidado y protección al cuerpo. También se destaca que es escasa la asociación entre estos derechos y la posibilidad de ejercer una

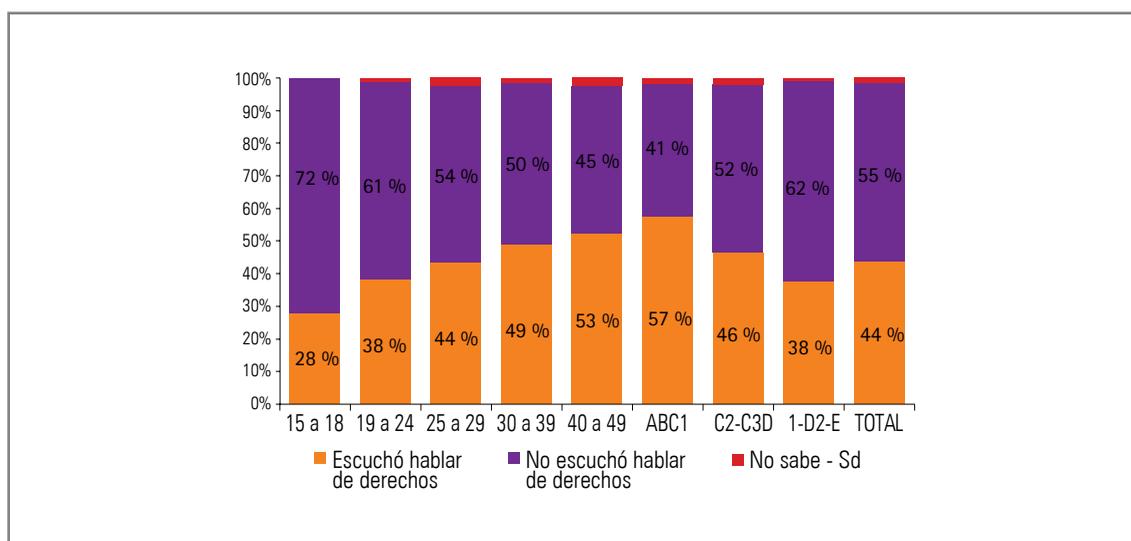
Distribución de menciones espontáneas a derechos sexuales y derechos reproductivos (%).



Fuente: Estudio Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en hombres uruguayos. MYSU, 2013.

sexualidad libre y placentera y, en algunas ocasiones, cuando existen, son vinculados exclusivamente con el derecho a tener una identidad sexual diversa. Además éste estudio encuentra una tensión entre una ciudadanía reproductiva activa y el tutelaje de parte del sistema de salud. En este sentido, se identificó que las usuarias entrevistadas entienden como derechos lo que son requerimientos determinados por el sistema de salud, como la obligatoriedad de exámenes de PAP y la mamografía.

Conocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos en hombres de 15 a 49 años, por edades y nivel socioeconómico. Población total, Uruguay urbano y suburbano. 2012-2013.



Fuente: Estudio Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en hombres uruguayos. MYSU, 2013.

En el estudio realizado en SALTO también fue mencionado como obstáculo el desconocimiento de las personas sobre la titularidad de sus derechos. Este rasgo constituye un problema en sí mismo, pero además disminuye la capacidad de la población de exigir mejoras y soluciones a los problemas de los servicios (MYSU, 2014: 31).

En relación a los VARONES, los resultados de la encuesta de hogares a hombres entre 15 y 49 años indican que el conocimiento sobre DSR y de los marcos normativos que los protegen, son notoriamente bajos en esta población. Por ejemplo si se analizan los resultados en función de las edades, se observa que aquellos que tienen más edad los conocen en mayor medida que los de menor edad. Igualmente quienes poseen mejores condiciones socioeconómicas los identifican en mayor proporción que los que se encuentran en niveles medios y bajos (MYSU, 2013c). Si no se promueve que los varones reconozcan, respeten y se apropien de estos derechos, difícilmente podrán desarrollar actitudes y prácticas de autocuidado y de cuidado de las personas con las que se relacionan. A su vez, las políticas no tendrán mayor impacto en fomentar el involucramiento de los varones para promover una mayor responsabilidad sobre su capacidad reproductiva.

El bajo conocimiento de los derechos es una situación crítica porque si las personas no los conocen o tienen una comprensión parcial de su alcance, se encuentran en la peor condición para poder ejercerlos y exigir que se cumplan las condiciones que lo habiliten.

La inexistencia de campañas masivas y sostenidas de información y promoción de derechos son, en parte, uno de los motivos de esta situación. Las que existen no logran trascender los componentes tradicionales de la salud materno-infantil como la promoción de la lactancia y el control de embarazo. Sería deseable, por tanto, comunicar a la población que en el terreno de la vida sexual y la reproductiva también tienen derechos, para que su ejercicio sea universal y no restringido a quienes tienen conciencia de ellos. Estas acciones deberían dar marco y sustento a las políticas de prevención y promoción de salud que el SNIS pretende fortalecer.

En cuanto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y su vinculación con la distribución de los cuidados entre hombres y mujeres, estado, comunidad y mercado, no hay un acumulado significativo en los estudios de MYSU. No obstante, como se mencionó en el capítulo anterior, se presenta como una necesidad para el futuro. El informe de MUJERES lo deja planteado como elemento a trabajar: *"los resultados aportan a la necesaria reflexión sobre las condiciones que tienen las mujeres uruguayas para el ejercicio del derecho reproductivo de decidir cuándo y cuántos hijos/los tener, o no tener. La compleja relación entre vida productiva y vida reproductiva que afecta particularmente a las mujeres -que da cuenta de las transformaciones de las relaciones de género y su impacto en las familias-, la necesidad de generar condiciones que acompañen estas transformaciones para favorecer que se compatibilicen estas dimensiones, es un desafío que interpela los sistemas de protección integral a la infancia, así como el desarrollo de un sistema nacional de cuidados, que democratice las tareas de crianza y cuidado de las personas dependientes, históricamente depositadas en las mujeres (con los costos de distinto tipo que ello implica)"* (MYSU, 2013b: 54).

CONOCIMIENTO DE NORMAS

En cuanto al conocimiento de normas que definen el carácter y alcance del ejercicio de los derechos, así como estipulan el tipo de servicios y actuación de los equipos profesionales, el estudio sobre MUJERES recogiendo evidencias obtenidas en un estudio anterior, afirma que, *"Hacia el año 2009, el estudio desarrollado por el Observatorio muestra que, en términos generales, los profesionales poseen un alto conocimiento de las normas y guías clínicas vigentes en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, no se puede afirmar lo mismo en las usuarias encuestadas, quienes manifiestan un alto conocimiento de algunas normas y un bajo conocimiento de otras"* (MYSU, 2009 en MYSU, 2013b: 19). Vale aclarar que el informe LITORAL, en base al diagnóstico de jerarcas de

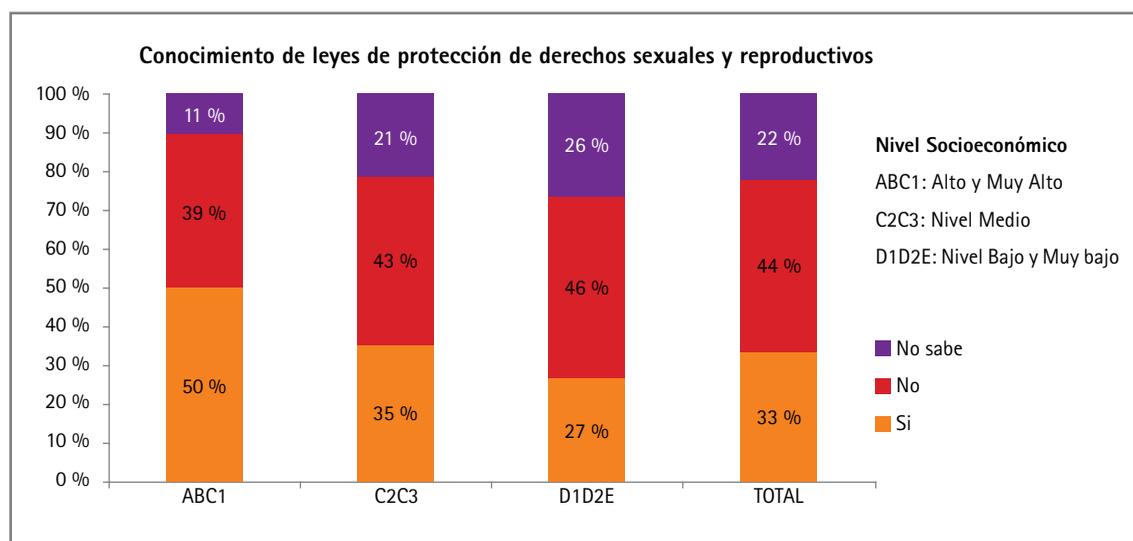
prestadores de salud, encuentra que el nivel de conocimiento y manejo de las guías clínicas del MSP es más bien bajo entre funcionarias/os de los prestadores.

Las evidencias obtenidas en el 2009 fueron confirmadas en los resultados del estudio de MUJERES porque: "apenas la mitad de las mujeres conocen la existencia de los marcos normativos que protegen y garantizan estos derechos, mientras que un tercio de ellas los desconoce y un 15.6 % responde no saber". A su vez, analizado por edad, nivel educativo, área de residencia y tipo de cobertura se muestra que: "las adolescentes son las que menos conocen la existencia de leyes (32 %), frente a las más añosas (54 %). A su vez, se observan diferencias de casi veinte puntos porcentuales entre las mujeres con enseñanza primaria (44.5 %), frente a las universitarias (63 %). Las montevideanas reportan mayor conocimiento que las mujeres del interior, al igual que las que cuentan con cobertura mutual frente a las que se asisten en ASSE" (MYSU, 2013b: 52).

En las adolescentes, el panorama tampoco es alentador: "apenas un tercio de las adolescentes conocen la existencia de los marcos normativos que protegen y garantizan estos derechos, mientras que 44 % de ellas los desconoce y 22 % responde no saber. Si se analizan los resultados por niveles socioeconómicos, aquellas con nivel alto y muy alto conocen más, con 50 % de las respuestas, frente a las menos favorecidas, con 27 %. Son éstas últimas quienes presentan porcentajes más elevados de no respuesta" (MYSU, 2013a: 32).

El impacto de algunas desigualdades sociales en el campo de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, en particular el acceso a la educación y el nivel socioeconómico, generan brechas en el manejo de la información, los recursos y el uso de los servicios disponibles. Se pueden identificar algunas pautas a ser consideradas en las políticas integrales dirigidas a la población de mujeres adolescentes. Entre ellas, la necesidad de diseñar una respuesta institucional desde el sector salud sensible al género y adecuada a las características y necesidades propias de esta etapa de la vida. Fortalecer las políticas de educación sexual en el sistema educativo pero también habilitar y apoyar estrategias educativas no formales para incrementar acciones transversales de promoción de los derechos sexuales y los reproductivos de adolescentes, los cuales aún resultan poco visibles para esta población. (MYSU, 2013 a).

Conocimiento de marco normativo vigente sobre Derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes, por nivel socioeconómico, en porcentajes. Población urbana y suburbana.



Fuente: Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo, MYSU, 2013.

“Que las mujeres se consideren a sí mismas como sujetos con capacidad y derecho para tomar decisiones autónomas en lo que a su vida sexual y reproductiva se refiere, es parte de las transformaciones radicales que supone la democratización de las relaciones de género. (...)La salud sexual y reproductiva es un derecho garantizado por ley en Uruguay y se requiere de condiciones de posibilidad de modo de hacerlo efectivo para todas las mujeres” (MYSU, 2013b: 54).

Resulta necesario subrayar, que la nueva normativa nacional que avanza en el reconocimiento de derechos y que es identificada como un indicador positivo de cambios, se debilita ante la constatación del bajo conocimiento de la misma por parte de un fragmento considerable de la población. La pretensión de la norma de transformar un orden establecido por su carácter injusto y deficitario en términos de respeto de derechos, queda frustrada. Si las ciudadanas y ciudadanos no conocen las normas que promueven estos cambios se perderá el aliado más valioso de la transformación como lo es la ciudadanía haciendo uso cotidiano de los bienes y servicios creados, para asegurar el ejercicio de derechos. La ciudadanía con poca o nula información seguirá en condiciones de vulnerabilidad y sin posibilidades reales de exigir el cumplimiento o modificación de la ley cuando ésta es ineficiente o no cumple con los fines para los que fue creada.

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS

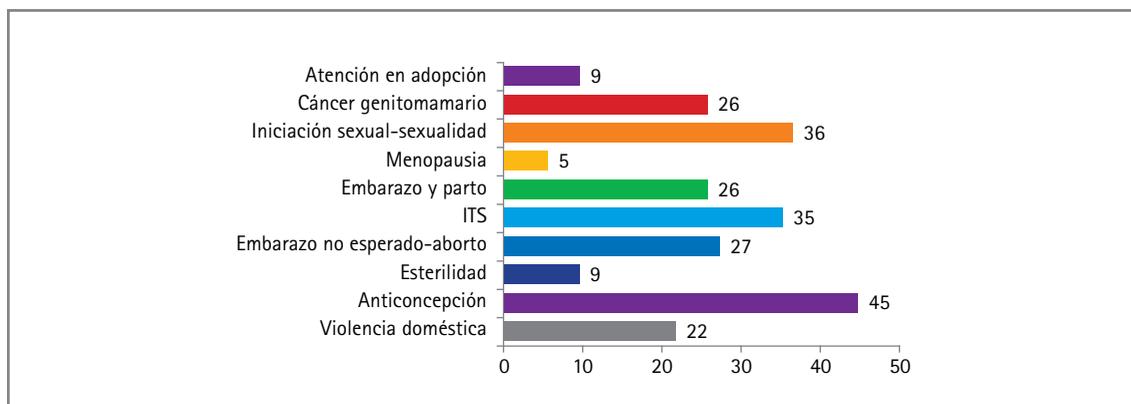
Cuando se indagó sobre la información recibida por las mujeres en las consultas realizadas durante 2010 y 2011 en los servicios de salud, se pudo observar que en un amplio abanico de temas, menos del 50 % de las mujeres reportaron haber sido informadas. Esto expone problemas en el sistema de salud para difundir a la población en edad reproductiva, las nuevas prestaciones incorporadas en este campo.

En el estudio sobre prácticas y valores de los PROFESIONALES se pudo evidenciar que éstos *“Le asignan alta importancia al acceso a información como estrategia de prevención en salud reproductiva”* (MYSU, 2010: 73). Sin embargo, sobre la información en salud sexual y reproductiva recibida por las mujeres, *“en ningún caso se obtuvieron porcentajes superiores al 50 %, es decir, menos de la mitad de las mujeres recibió información sobre los distintos asuntos de la SSR. Los temas más referidos por las mujeres fueron embarazo y parto, anticoncepción, prevención de cáncer génito-mamario e infecciones de transmisión sexual. Parecería que los ‘menos tradicionales’ siguen estando fuera de las prioridades de información (embarazo no deseado, aborto, vida sexual, menopausia, violencia doméstica, esterilidad, adopción)”* (MYSU, 2013b: 50). La encuesta de MUJERES consultó a las usuarias que habían asistido a consulta durante 2010 y/o 2011 sobre el material informativo recibido. En ningún caso más de 40 % de las usuarias recibieron material informativo. En su mayoría, los materiales brindados, referían a anticoncepción, ITS, embarazo y parto y prevención de cáncer (MYSU, 2013b: 50).

Cuando se indagó sobre las fuentes de información, las encuestadas identificaron que el centro de salud era la tercera fuente para la obtención de la misma, el tercio de las encuestadas buscó información con amigas/os y 23.4 % se informó con su familia o su pareja (MYSU, 2013b: 39).

Si específicamente observamos las fuentes de información en las más jóvenes, el informe de ADOLESCENTES muestra que *“(...) la mitad de las adolescentes (52 %) refieren al centro educativo público como espacio principal donde obtienen información, seguido por familiares (32 %) y el servicio de salud en tercer lugar (25 %). Se pueden observar diferencias según escolaridad; para las que no tienen atraso escolar el centro educativo es referido por 6 de cada 10 adolescentes, mientras que quienes tienen atraso escolar refieren el servicio de salud en mayor proporción”* (MYSU, 2013a: 18). Sobre los temas abordados por los materiales entregados, *“hay una distribución relativamente homogénea respecto a algunos tópicos como información sobre anticoncepción,*

Material informativo recibido en consultas en salud sexual y reproductiva realizadas en servicios de salud sexual y reproductiva entre 2010 y 2011, en porcentajes. Población urbana y suburbana, Uruguay.



Fuente: Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo, MYSU.

iniciación y vida sexual e ITS, con porcentajes superiores al 30 % de las menciones, seguido de embarazo y parto, embarazo no esperado y aborto y violencia doméstica, con números que superan el 20 %” (MYSU, 2013a: 24).

El estudio realizado en SALTO da cuenta de una falta de información sobre la disponibilidad de los servicios y como ésta se convierte en una barrera para el acceso a los mismos: *“El no conocimiento por parte de la ciudadanía de la existencia de los servicios, su localización, los profesionales que en ellos trabajan, los días y horas de consulta, hacen más difícil que una persona acuda a ellos y lo haga de forma correcta. Esta característica fue mencionada por todos los y las entrevistadas, lo que implica un desafío que deberá ser encarado desde una lógica departamental y no desde cada servicio, ya que el déficit resulta general” (MYSU, 2014: 31).*

Entre los vacíos sobre la información brindada, se destaca la relativa a aborto. La falta de profesionales dispuestos a brindarla se identifica como una barrera importante para las usuarias en situación de embarazo no deseado. No dar información ni derivar adecuadamente a quien pudiera brindarla dentro del servicio, *“no solo generó un perjuicio directo en la usuaria, sino que además se constituyó en una falla de todo el sistema dado que cuenta con profesionales que no interactúan con el resto y dificultan un correcto tránsito por el mismo.” (MYSU, 2014: 45).*

La ley IVE establece un proceso complejo que debe recorrerse para que una mujer que requiera el aborto pueda realizarlo sin que se le aplique la pena, recorrido que está sujeto a recibir información y asesoramiento sobre riesgos y alternativas a la interrupción de un embarazo no deseado. No obstante, según el informe de SALTO, existe una mala difusión de este requisito y de los pasos a seguir: *“además de la falta de información en cuanto a la existencia del servicio, existen problemas por el desconocimiento del complejo proceso establecido en la ley IVE. Esto ha generado la idea de que el aborto es legal sin requisitos, y que por tanto no es imprescindible acceder al sistema” (MYSU, 2014: 45).* En el relevamiento realizado las personas entrevistadas expresaron que hay mujeres que se practicaron abortos fuera del sistema sin conocimiento de haber actuado fuera de la ley. De esta forma, además de exponerse a prácticas inseguras, por desinformación, también quedaron expuestas a una eventual denuncia judicial.

El informe del LITORAL da cuenta que desde las instituciones de salud se registra una suerte de “secretismo” sobre la disponibilidad y funcionamiento de los servicios de SSR en general y los de IVE, en particular. Esto se

constata en la falta de difusión y de información de estas prestaciones en la propia cartelería de los centros de salud lo que dificulta conocer fácilmente los horarios y días en los que se brinda este servicio.

Otro campo de vacío informativo de importante efecto perjudicial para la población implicada es sobre todo lo relativo a las medidas de cuidado y prevención que las personas trans deberían observar y atender para ajustar la imagen corporal a la de identidad de género. El desconocimiento sobre los riesgos de determinadas prácticas utilizadas para generar cambios corporales, sin la debida asistencia profesional, ha generado estragos en la salud de muchas de las personas trans entrevistadas. El informe TRANS registra que, por ejemplo, *"(...) muchas de las entrevistadas no reconocen la utilización de hormonas para generar los efectos transformadores en sus físicos, aunque efectivamente las utilicen. Al ser consultadas sobre estos cambios, hablan de implantes de prótesis e inyecciones de materiales no hormonales para feminizarlo, pero no hablaron del uso de hormonas hasta que no se les preguntó específicamente sobre esto. El hecho de que no lo conceptualicen como un cambio "medicinal" del cuerpo podría considerarse una razón más por las cuales no concurren a centros de salud para tratamientos hormonales y por lo tanto las consuman siguiendo el consejo de sus pares"* (MYSU, 2012: 15). El 71.4 % ha hecho intervenciones para cambiar su aspecto corporal con una amplia mayoría que ha recurrido a la hormonización, pero 15.6 % lo hizo con control médico y con la información requerida. Casi la mitad ha usado otros métodos de alto riesgo como la inyección de silicona industrial, producto no aprobado para la utilización de intervenciones médicas. La experiencia de aquellas que lo utilizaron y que tienen más años de edad, reconocen haberlo hecho sin el debido asesoramiento y la información sobre los efectos secundarios y con personas no idóneas profesionalmente. Las consecuencias sobre su salud son importantes (Ibidem, 24).

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

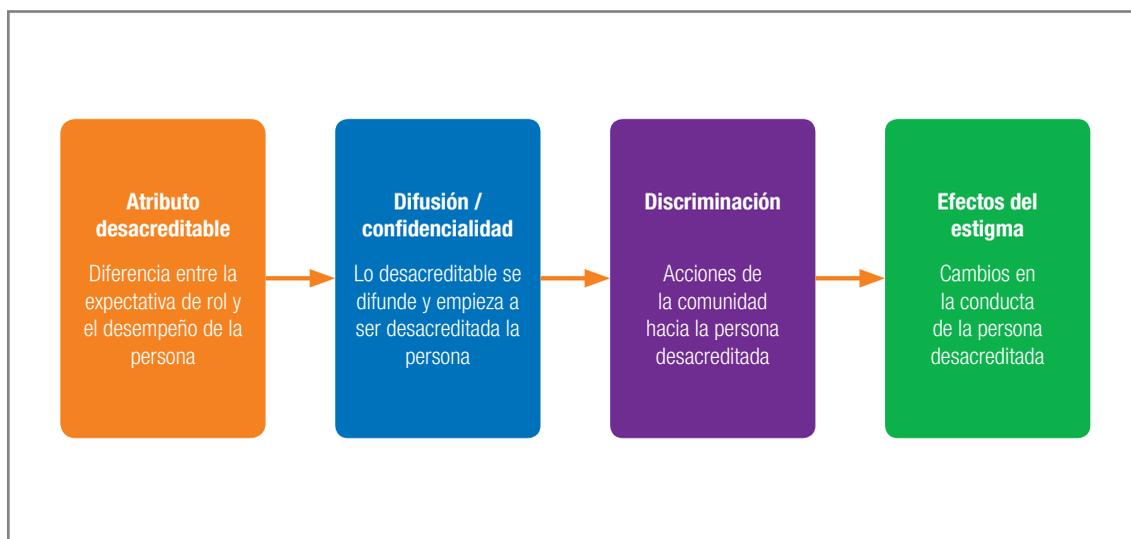
Tres principios forman parte intrínseca del concepto de SSR: dignidad, igualdad y ciudadanía (Cook, 2003). La dignidad refiere al derecho de ser libre de tratamiento inhumano o degradante, la igualdad al de tener las mismas oportunidades de atención ante situaciones similares, considerando las diferencias y las necesidades específicas de quien consulta. La ciudadanía es respetar la autonomía de las personas para tomar sus decisiones en función de la variedad de creencias y sistemas de valores a las que adscriben.

En un Estado laico como el uruguayo deberían estar las garantías dadas para que ninguna creencia ni religión fueran impuestas desde la provisión de bienes y servicios implementados desde las políticas públicas. Sin embargo, la encuesta de MUJERES y de VARONES, la de ADOLESCENTES, personas TRANS y los estudios en los departamentos del LITORAL permiten afirmar que persiste un cuerpo de mitos, prejuicios y creencias que impactan negativamente sobre la vida de las personas y también en el funcionamiento y organización de los servicios. Permanecen actitudes de discriminación que impactan sobre amplios sectores de la población, particularmente sobre aquellos que no cumplen con los mandatos sociales tradicionalmente asignados al ser mujer y ser varón y a los modelos hegemónicos impuestos de sexualidad y reproducción.

El estigma vinculado a prácticas y decisiones en la vida sexual y reproductiva aparece como uno de los principales obstáculos y fuente de sufrimiento en el ejercicio de los DSR. Su efecto e impacto es difícil de medir porque es imperceptible, está muchas veces naturalizado y, por lo tanto, no es tangible, a diferencia de otras barreras como pueden ser el funcionamiento o diseño inapropiado de los servicios o el recurso de la objeción de conciencia por parte de los profesionales.

El estigma se podría definir como aquel atributo (característica física, conducta o acción) que desacreditaría a la persona que lo porta o realiza, porque contraviene y entra en contradicción con los modelos socialmente

Ciclo del Estigma.



Fuente: Estado de situación y desafíos en Derechos Sexuales y Reproductivos y Aborto. Departamentos de Soriano, Río Negro y Paysandú. (Documento inédito). Montevideo, MYSU.

impuestos y esperables. La diferencia entre la expectativa del rol y el desempeño de la persona es lo que convierte a dicho atributo en desacreditable.

Cuando una conducta desacreditable es difundida y alcanza estado público, quien pasa a ser desacreditada es la persona que la realiza, la que padecerá acciones de discriminación por parte de las personas de su entorno

Conocimiento sobre estrategias para prevenir infecciones de transmisión sexual en mujeres. Población urbana y suburbana de Uruguay.

Afirmación	Verdadero (%)	Falso (%)	No Sabe (%)
Elegir cuidadosamente a la pareja.	60.9 %	36.0 %	3.1 %
Pareja única mutuamente fiel	82.9 %	15.2 %	1.9 %
Usar preservativo en toda relación sexual	96.2 %	2.4 %	1.4 %
No tocar a personas con VIH	13.1 %	84.0 %	2.9 %
No compartir mate con personas no conocidas	24.7 %	71.6 %	3.7 %
Lavarse genitales luego de la relación sexual	36.8 %	56.9 %	6.3 %
Coitus interruptus	12.9 %	72.8 %	14.3 %
Hacerse test de VIH regularmente	56.5 %	40.0 %	3.5 %
No compartiendo jeringas	93.0 %	5.4 %	1.6 %
No teniendo sexo anal	36.0 %	48.4 %	14.9 %
No teniendo sexo oral	36.1 %	48.8 %	14.4 %
No teniendo sexo con personas del mismo sexo	17.7 %	70.9 %	10.5 %

Fuente: Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo, MYSU.

generando sufrimiento y cambios en su conducta que contravienen sus propias convicciones, prácticas o decisiones, por temor a la sanción y al aislamiento.

Los prejuicios, el desconocimiento, la falsa información, la imposición de mitos así como la permanencia de tabúes e intolerancias generan las peores condiciones para revertir prácticas perjudiciales y erradicar situaciones que vulneren derechos.

Algunas preguntas de la encuesta realizada en hogares a MUJERES, ADOLESCENTES y VARONES, indagaron, por ejemplo, sobre la prevención del VIH, solicitándoles que indicaran cuáles consideraban eran afirmaciones correctas o incorrectas:

"Analizando los resultados en su conjunto, las mujeres reconocieron como verdaderas las opciones que clásicamente han constituido los ejes de las campañas para la prevención de VIH/sida: el uso de preservativo (96 %), la pareja única y fiel (83 %) y no compartir jeringas (93 %). Al parecer el discurso técnico de lo "correcto" coexiste con prejuicios, desinformaciones y prácticas discriminatorias que se observan en el conjunto de las respuestas. Estos modos de comprender las ITS tienen efectos directos en los comportamientos sexuales y en la salud de las mujeres al exponerlas a situaciones de riesgo, así como son un analizador sobre la apropiación y ejercicio de sus derechos sexuales". (MYSU, 2013b: 46).

Las ideas erróneas pueden originar prácticas riesgosas y actitudes discriminatorias tal como sostiene el mismo informe de MUJERES: "(...) 36 % adjudicó carácter de preventiva a la práctica de lavarse los genitales luego de las relaciones sexuales, y una de cada cuatro valoró como tal la opción de no compartir el mate. Más de una de cada 10 considera que no tocar a las personas con VIH es una práctica preventiva y un porcentaje mayor considera que también lo es el no mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Estas representaciones sociales están anudadas con ideas y prácticas discriminatorias que persisten en presentarse como medidas preventivas para la reducción de riesgos" (MYSU, 2013b: 46).

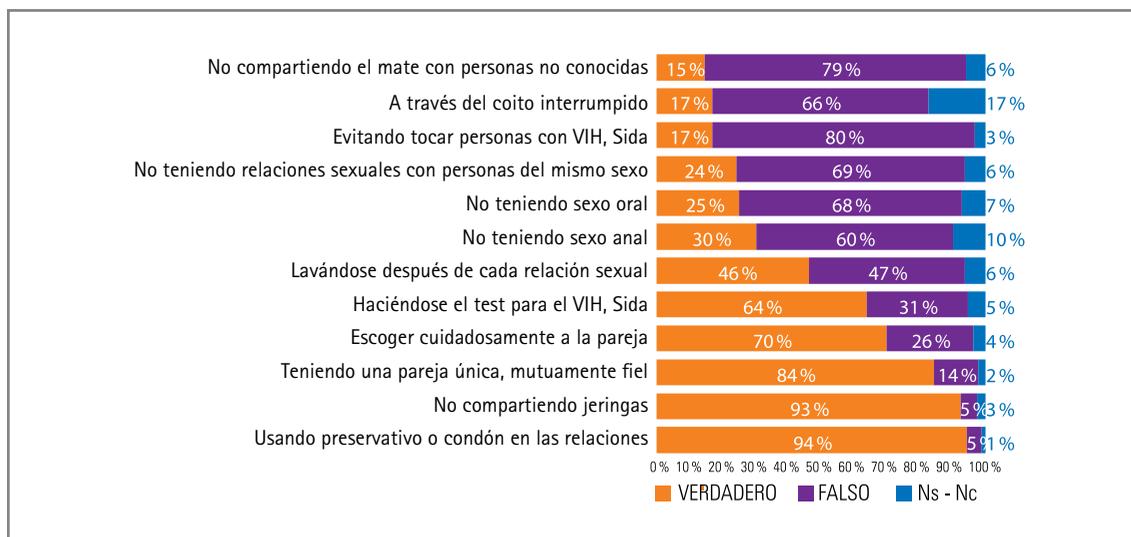
En ADOLESCENTES también aparecieron datos preocupantes: *"dos de cada 10 considera que no tocar a las personas con VIH es una práctica preventiva y un porcentaje similar considera que también lo es no mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo."* (MYSU, 2013a: 28).

En el de VARONES el panorama no es diferente dado que persisten creencias que pueden exponerlos a situaciones de riesgo y otras que reproducen actitudes discriminatorias ante personas con VIH. Ejemplos de ello son respuestas del tipo de *"lavándose después de cada relación sexual"*, *"mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo"* o *"escoger cuidadosamente a la pareja"*. También es preocupante que el 33 % de los encuestados dijera estar dispuesto a tener relaciones sexuales con alguien que no quiera usar preservativo a pesar de saber que es una de las principales formas de transmisión de ITS/sida. El 63 % nunca se realizó el test de VIH, con diferencias en relación a los niveles socioeconómicos, aquellos con nivel alto manifiestan haberlo realizado en mayor proporción que los de niveles medios y bajos. Esto evidenciaría que las conductas de autocuidado no están debidamente arraigadas y tampoco las de cuidado hacia las personas con la que se relacionan sexualmente.

En el informe sobre personas TRANS queda evidenciado que múltiples formas de discriminación se superponen e impactan sobre esta población. La identidad de género, la orientación sexual, la etnia/raza o clase social a la que pertenecen, son razones por las cuales se las estigmatiza y discrimina en un alto porcentaje. A las que se suma el hecho de que esta población es la más afectada por la epidemia del VIH.

Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversa son blanco de una cadena interminable de actos de estigma, discriminación y maltrato que las margina no sólo del sistema de salud sino también las

Creencias sobre prácticas preventivas frente al VIH-Sida en hombres de 15 a 49 años. Población total, Uruguay urbano y suburbano. 2012-2013.



Fuente: Estudio Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en hombres uruguayos. MYSU, 2013.

excluye social, económica y culturalmente. Las personas por su condición trans, por ejemplo, sufren actos de violencia y exclusión en su mayoría desde la infancia y desde su propio entorno familiar. Luego, por esa misma condición, son expulsadas del sistema educativo lo que las lleva a tener bajo nivel educativo y, como consecuencia, escaso acceso a la información y condiciones para adoptar conductas protegidas y tomar decisiones que preserven su salud de prácticas perjudiciales. A pesar de haberse avanzado en la generación de leyes y reglamentaciones no se ha logrado asegurar un trato respetuoso y una atención de calidad integral y acorde a sus requerimientos.

Otra población y otra práctica estigmatizadas es la de mujeres que practican abortos pero también la de profesionales que brindan servicios de SSR, particularmente los que están asignados a los servicios de IVE. Así lo señala el informe de SALTO: *“uno de los factores que hace que el equipo intente con tanto énfasis no ser identificado como aquel que exclusivamente realiza abortos es evitar el estigma asociado a la práctica. Esto resulta un elemento importante a tener en cuenta, debido a que los y las profesionales de la salud sufren un desgaste mucho mayor participando de estos servicios a causa de los prejuicios persistentes en relación a esta prácticas, lo que debería ser acompañado con medidas que tiendan a cuidar a las personas que actúan para efectivizar los servicios de aborto”* (MYSU, 2014: 33).

Por otra parte, los/as profesionales también presentan resistencias vinculadas a sus marcos interpretativos y subjetividades que condicionan sus prácticas e intervenciones en este campo de la salud. Tienen dificultades para aceptar la autonomía sexual y reproductiva de las personas que les consultan y expresan resistencias para participar en la atención en SSR o actúan en función de sus propios sistemas de valores contribuyendo a alimentar el estigma sobre algunas prácticas y la discriminación sobre las personas y colegas que sí cumplen con las nuevas normativas y servicios.

El monitoreo LITORAL revela, además, que la confidencialidad de las consultas no siempre está asegurada, de acuerdo al relato recogido en las entrevistas realizadas en las distintas fases del estudio. La población usuaria no siente la confianza de asistir a dichos servicios porque tiene la percepción que se filtrarán los motivos de

la consulta, particularmente cuando se trata de situaciones como padecer violencia, solicitar un aborto, vivir con VIH o tener orientación sexual e identidad de género diversas.

La intervención de las instituciones de salud no demuestra combatir el estigma sino muy por el contrario, en ocasiones, estaría contribuyendo a alimentarlo. Tampoco se evidencian acciones potentes que estén dirigidas a promover cambios y fomentar el respeto a la intimidad de las personas, a la diversidad de creencias ni a la autonomía en la toma de decisiones.

INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN

El conocimiento y el acceso a la información incluyen la dimensión del derecho ciudadano de conocer el funcionamiento del sistema y sus resultados. La reforma de salud tiene entre sus pilares la participación de la población usuaria en el diseño, control de gestión, procesos de implementación y evaluación de resultados. Por otra parte, la ciudadanía organizada ha demandado canales formales de diálogo donde trasladar demandas y propuestas. Las estrategias de seguimiento y monitoreo como las que realiza MYSU, entre otras organizaciones no gubernamentales, requieren de la información para generar el conocimiento que fortalezca las capacidades de incidencia de los diversos actores sociales que defienden esta agenda de derechos y han contribuido a impulsarla.

Se ha legislado con el objeto de promover la transparencia de la función administrativa de todo organismo público, sea o no estatal y garantizar el derecho fundamental de las personas al acceso a la información pública.² Pero no se ha logrado aún cambiar la cultura institucional que habilite dicho acceso y hay resistencias entre los decisores políticos que muchas veces actúan para obstaculizarlo. Por otra parte, el sistema de recolección y sistematización de datos del MSP es deficitario y no cuenta con la información que se requeriría para conocer mejor el estado de la salud sexual y reproductiva de la población ni el impacto de sus decisiones sanitarias.

2 Ley de Acceso a la Información Pública N° 18.381, promulgada el 7 de octubre de 2008.

VALORACIONES SOBRE EL ESTADO DE SITUACIÓN SOBRE CONOCIMIENTO DE DERECHOS E INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS

AVANCES

El principio de justicia social y reconocimiento de derechos en la vida sexual y reproductiva están contenidos en políticas y normativas gestadas en estos últimos años con el fin de asegurar una batería de servicios que permitan la autonomía, la libertad y la no discriminación de las personas.

Los estudios del período 2010-2014 llevados a cabo por MYSU, permiten apreciar, tanto a través de lo manifestado por usuarias de salud pública y privada como por funcionarias/os de los servicios de salud pública, que existe efectivamente una mayor preocupación, sensibilidad y ocupación en lo que tiene que ver con la Salud Sexual y Reproductiva en el seno del sistema de salud.

El amplio debate público que acompañó los cambios producidos así como la existencia de diversos actores involucrados en la promoción y seguimiento de esta agenda de derechos, han contribuido sustantivamente a su difusión y apropiación por, cada vez, más amplios sectores de la población.

RESTRICCIONES Y OBSTÁCULOS

Aún queda, sin embargo, un largo camino por transitar para asegurar los componentes formativos, informativos y de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que se requieren.

Este campo del conocimiento no integra la currícula de formación de las profesiones vinculadas a la salud ni a la formación docente. Sin embargo, se han creado los servicios en SSR y en educación sexual, pero no todos sus recursos humanos cuentan con una capacitación acreditada. Por lo tanto, las intervenciones no siempre están basadas en la rigurosidad del saber técnico sino en la de los sistemas valorativos y subjetivos de los profesionales y docentes a cargo de brindarlas.

No hay estrategias comunicacionales 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.

Las mujeres con más bajos niveles educativos, las más jóvenes, las que viven en el interior del país y aquellas personas con orientación sexual e identidad de género diversas, tienen todavía menos garantías para ser reconocidas y respetadas como sujetos de derecho a pesar de que se han dado importantes avances en este período.

Las interinstitucionalidad de los esfuerzos para actuar articuladamente, potenciando los aportes de los diversos actores, no logra robustecerse y por lo tanto las intervenciones son débiles y fragmentadas.

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.

ASUNTOS PENDIENTES

Los servicios de salud sexual y reproductiva deberían convertirse en verdaderos lugares de referencia a los cuales la población, de todas las edades y condiciones, recurra para satisfacer las necesidades en SSR.

Las instituciones públicas y privadas de salud deberían contribuir de forma más sustantiva a la promoción de los DSR, así como garantizar prácticas respetuosas e inclusivas.

El Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional (JUNASA) podrían incorporar estas prestaciones entre los acuerdos que establecen para la afiliación y acreditación de las instituciones al Sistema Integrado de Salud.

Se debería lograr un eficiente sistema de recolección, sistematización, análisis y publicación de los datos, tanto sobre el estado de salud de la población como de los resultados de las políticas que permitiera adaptar y mejorar las respuestas ante problemas y vacíos detectados.

La capacitación y formación continua de los recursos humanos es una necesidad sostenida para brindar una atención humana, calificada, en condiciones y con los insumos necesarios para cumplir satisfactoriamente con la función y la actuación de los equipos de salud y educación.

Los servicios deben ser organizados y funcionar en articulación con otros prestadores para asegurar la promoción, la prevención y el acceso universal a la educación y a la SSR de calidad, integral y acorde a los requerimientos específicos de los distintos sectores de la población.

Los mecanismos de recepción de denuncias ante situaciones de vulneración de derechos deberían ser más efectivos y eficientes para asegurar respuestas que las reparen y subsanen.

Es notoria la necesidad de capacitaciones y campañas de sensibilización para los y las profesionales así como para la población en general. Esto se revela como una estrategia para combatir y subsanar dificultades encontradas en el desempeño de los servicios.

Trabajar con los y las profesionales de salud pero también con todo el funcionariado no médico de los centros de salud es de vital importancia para contrarrestar el efecto que los prejuicios, estereotipos y construcciones culturales tienen en la atención pero también en la difusión de información a los y las usuarios/as.

Debería haber un monitoreo sostenido sobre el cumplimiento de la amplia normativa existente y optimizar la oportunidad que ofrece la atención de salud para brindar información adecuada y oportuna para mejorar la calidad, cantidad y pertinencia de la información en SSR. La prevención y la promoción en salud deberían posicionarse en un lugar prioritario en el accionar de las instituciones. Utilizar recursos legales que prioricen el control del cumplimiento de la normativa podría favorecer también el acceso a información de los y las usuarios/as.

Por último, MYSU considera que sería de gran importancia desarrollar indicadores para medir la calidad de atención de los servicios basados en criterios de integralidad y que contemplen la debida aplicación de guías clínicas y normativas creadas. Acciones en este sentido permitirían hacer un mejor monitoreo y una autoevaluación de los servicios, brindando herramientas sobre las cuales trabajar mejoras a futuro. A su vez, brindaría una mayor transparencia y posibilidades de rendición de cuentas a la población. Otra de las ventajas sería la capacidad de control social que brinda a las organizaciones de la sociedad civil.

CAPITULO 4

Calidad de la atención

El Consenso de Montevideo, establece que se debe *“Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGTB, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.”* (Párrafo 37 sección D). Para avanzar en ese cometido Uruguay debería establecer definiciones precisas sobre la calidad de atención que deben brindar los servicios de SSR creados, así como los mecanismos de control para evaluar su cumplimiento y mejora.

Con frecuencia, la calidad de atención es comprendida y remitida a los asuntos vinculados a lo gerencial, lo infraestructural y lo técnico, y muy pocas veces se entiende como el nivel de respeto al derecho a la salud de la población que se asegura por parte de las instituciones y los equipos. En el marco de una concepción de mercado, las personas son pensadas como clientes que accederán a distintos niveles de atención en función de su capacidad de pago. Pero, cuando la salud es concebida como derecho humano, la calidad de la atención debe medirse en base a la capacidad de aportar al mejor bienestar de los individuos, las comunidades y el entorno. Esto implica superar modelos biomédicos y altamente tecnologizados para alcanzar modelos integrales e integradores que actúen sobre las condicionantes sociales con el fin de reducir, hasta erradicar, las desigualdades que impactan sobre las personas, sus biografías y contextos. Cuando se incorpora la perspectiva de equidad de género y derechos, la calidad de una intervención en salud debe dar cuenta, además, de cuánto se respeta la autonomía y libertad de decisión, en qué medida se actúa en base a los requerimientos específicos de hombres y mujeres y hasta qué punto contribuyen a superar las relaciones inequitativas de poder actuando sobre las causas y consecuencias que generan los vínculos abusivos y violentos.

Roberto Castro, investigador mexicano sostiene: *“Que la calidad de atención no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos, quedó demostrado desde hace varios años, con el desarrollo de investigaciones sobre esta materia desde la perspectiva de género. Matamala (1995) y otras autoras argumentaron que los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados –sin menoscabo de la utilidad de esa información– sólo fortalecen al modelo biomédico.”* (Castro, 2010 en MYSU, 2010: 75). Sin poner en discusión la importancia que tienen los y las profesionales en la prestación de los servicios, el investigador entiende que debe abordarse con profundidad el rol que éstos desempeñan para superar o profundizar la vulneración de derechos en el trato con la población usuaria. Castro retoma el concepto de Menéndez (Menéndez, 1978) de *“modelo médico hegemónico”* para definir *“ese modelo de medicina que devino*

dominante desde principios del siglo XIX, bajo el capitalismo, y que además de fundamentar jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad, privilegió sobre ella una mirada biologicista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática” (Castro, 2011: 23).

En el análisis sobre el campo de la salud sexual y reproductiva, los estudios sobre poder médico y ciudadanía llevados a cabo por Alejandra López Gómez y Roberto Castro, plantean que *“solo objetivando a la violación de derechos de las usuarias de servicios de salud reproductiva como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; solo concibiendo estos ‘problemas de calidad’ como un epifenómeno del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el habitus de los médicos y de las usuarias de los servicios; solo en esa medida será posible hacer una investigación auténticamente científica” (Castro, 2011: 137).* El habitus médico sería: *“el conjunto de predisposiciones incorporadas –esto es, que teniendo una génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales –que a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas (Bourdieu, 1991)” (ibidem: 136).*

La reciente incorporación de los servicios de SSR en el país, representa un desafío y oportunidad para establecer un sistema de promoción y ejercicio de prácticas institucionales que contribuyan a generar la red de cambios que se requieren para que la atención sea verdaderamente de calidad. Estos mecanismos deben procurar que las intervenciones garanticen derechos y no que contribuyan a vulnerarlos.

El deslizamiento que se produce desde lo técnico a lo moral y desde lo moral a lo técnico es particularmente observable en la atención de la SSR, donde las opiniones personales de los profesionales se camuflan en los dispositivos de consejería y orientación (López Gómez, Carrill, 2010).

Para mejorar la calidad de la atención en SSR, el quehacer de los profesionales debe ser el foco del trabajo profundo para que sus intervenciones contribuyan al proceso de superar las desigualdades. No deben continuar reproduciendo los estereotipos de género ni determinar su accionar profesional en función de sus creencias personales sobre sexualidad y decisiones reproductivas, porque las evidencias indican que esto no beneficia a la población usuaria de los servicios.

PROFESIONALES DE LA SALUD: CREENCIAS, VALORES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

El estudio sobre PROFESIONALES revela pautas en la conducta de los integrantes de los equipos de salud que dan cuenta de la influencia de las percepciones personales y de los sistemas de valores en el desempeño de la atención en SSR. Por ejemplo, en el análisis sobre los dispositivos de consejería y asesoramiento se evidencia que el 84.5 % de los profesionales están de acuerdo ante la opción de *“mostrarle al paciente todas las posibilidades, incluso aquella con las que no estoy de acuerdo”*. Este porcentaje está comprendido mayoritariamente por los especialistas más jóvenes, las mujeres, las asistentes sociales, parteras y ginecólogos (MYSU, 2010: 48).

En lo relativo a la transmisión de valores en el ejercicio profesional, el 86 % estuvo totalmente de acuerdo en que era importante hacerlo. Los psicólogos fueron los que presentaron una variable menor, donde la mitad registró estar de acuerdo. (Ibidem: 48). Sobre la posibilidad de dar consejos a las usuarias, el informe indagó *“acerca de si ‘un buen profesional debe aconsejar a sus pacientes’, y en más de la mitad de las respuestas los*

profesionales estuvieron de acuerdo. *"Seis de cada diez varones y casi ocho de cada diez auxiliares de enfermería, así lo afirmaron. Por el contrario, apenas 8 % de los psicólogos afiliaron al planteo de aconsejar. Se registraron diferencias de acuerdo a la edad aumentando el porcentaje de desacuerdo en las personas mayores de 50 años"* (Ibidem: 49).

Acerca del vínculo entre los valores de los y las profesionales y la realización de su trabajo, se plantean diferencias por tipo de profesión: *"casi cuatro de cada diez profesionales entendieron que se debería realizar la tarea independientemente de las convicciones morales o religiosas con una notoria mayoría registrada en las auxiliares de enfermería (65 %). Mientras que renunciar al cargo fue la opción del 9 % de los casos con diferencias importantes entre las profesiones, despegándose notoriamente la posición de nurses con 21 %"* (Ibidem: 49).

Frente a la práctica de ligaduras tubarias y vasectomías resulta interesante la forma en que los profesionales de la salud resuelven un desajuste entre su opinión y el de las usuarias. *"La realización de una ligadura tubaria debería ser estrictamente una decisión profesional, es una opinión ampliamente rechazada por los profesionales con porcentajes superiores al 80 % en todos los segmentos etarios y tipo de profesión. Resultados similares se obtuvieron respecto a la vasectomía. Asimismo existe un amplio acuerdo que la decisión de realizar una ligadura tubaria o una vasectomía es de la mujer o del hombre si no hay contraindicación médica para ello. Las mujeres fueron quienes más acordaron con esta opinión"* (Ibidem: 59). Sin embargo, la mitad de los profesionales no estaría de acuerdo en que se realizaran estos procedimientos a personas sin hijos. *"Los hombres son quienes más acuerdan con la afirmación de no realizar ligadura ni vasectomía a personas sin hijos (55 %). Las parteras y las asistentes sociales son quienes más desacuerdan (80 % y 73 %, respectivamente)"* (Ibidem: 59). Estos altos porcentajes no se condicen con la norma sanitaria que establece que el único criterio para la utilización de la anticoncepción no reversible es que la persona sea mayor de 21 años y con la capacidad de entender las consecuencias para consentir con el procedimiento.

El informe de SALTO da cuenta de problemas para la realización de ligaduras tubarias a causa de la opinión negativa de algunos profesionales, lo que permite complejizar aún más la relación entre valores y prácticas profesionales, y la realización de este tipo de procedimientos irreversibles. Sobre la negación de profesionales a realizar ligaduras (que cumplieran con los requisitos legales), el informe de SALTO sostiene: *"que profesionales de la salud se nieguen a realizar determinadas prestaciones que están obligados a realizar, [es] algo propio del derecho a la objeción de conciencia. Sin embargo, la objeción de conciencia no está reconocida para otras instancias que no sean el momento en que realiza un aborto, por lo que es necesario introducir la idea de que estamos ante una suerte de objeción de conciencia de facto, ejercida pero no habilitada por ningún tipo de norma vigente en el país"* (MYSU, 2014a: 26). El mismo hallazgo surgió en el estudio del LITORAL donde además de encontrarse una baja adhesión de los profesionales médicos a brindar información a las usuarias, se agregan como elementos que describen relaciones de poder asimétricas, relatos vinculados a maltrato en el marco de las consultas, así como a la culpabilización de las usuarias ante problemas en su salud. (MYSU, 2015b). Los profesionales de ginecología, prefieren realizar sus intervenciones una vez que las instancias de consejería y asesoramiento ya hayan sido cubiertas por otros integrantes del equipo de SSR (MYSU, 2014a).

En relación a la práctica del aborto, el estudio de PROFESIONALES indagó sobre las percepciones y actitudes de los especialistas en este tema antes que fuese aprobada la ley de IVE. Los resultados obtenidos explican –en alguna medida– lo que se viene registrando con el monitoreo en el LITORAL sobre la actuación profesional en el seguimiento de los servicios de aborto legal, luego de aprobada la ley.

El estudio PROFESIONALES investigó el grado de su acuerdo con la afirmación *"atender a una mujer en situación de embarazo no deseado y aborto, genera incomodidad a los profesionales"*. Los resultados muestran que 32 % está de acuerdo con esa afirmación mientras que 39 % se manifestó en desacuerdo. Según la profesión,

psicólogos, nurses y asistentes sociales son quienes mayoritariamente manifestaron estar de acuerdo en que la práctica del aborto incomoda a los equipos de salud. Mientras que ginecólogos y auxiliares de enfermería se ubicaron en el otro extremo con 61 % en desacuerdo. Sobre los motivos que justificarían la realización de un aborto, los resultados en función de creencias religiosas revelan notoriamente que *"aquellos profesionales que declararon no tenerlas son más proclives a justificar la decisión de abortar en todas las circunstancias.* (MYSU, 2010: 62).

La mitad de los profesionales encuestados entendieron que se debería poder objetar conciencia si el profesional –por sus convicciones religiosas y/o morales– no acuerda con la definición tomada por el servicio de salud, aún cuando esto inhiba el cumplimiento de la prestación. Sin embargo, la posibilidad de renunciar al servicio de salud no fue una opción considerada por los profesionales ante tales circunstancias.

La objeción de conciencia, aún cuando impida la implementación del servicio, fue lo que ocurrió en SALTO hasta setiembre de 2013 porque el 100 % de los profesionales adhirieron al recurso. Situación que sólo se subsanó con la contratación de un profesional que desde Montevideo viaja una vez por semana para realizar el servicio. Según lo detectó el estudio del LITORAL, también en la capital del departamento de Soriano y en la ciudad de Young en Río Negro, la totalidad de los ginecólogos disponibles son objetores de conciencia. Por lo tanto, las mujeres de esas localidades en situación de embarazo no deseado deben ser trasladadas a otras ciudades o departamentos, lo que no puede consignarse como una buena calidad de atención.

VULNERACIÓN DE DERECHOS

Las mujeres entrevistadas en los estudios realizados por el Observatorio desde el año 2009, relatan vivencias de trato irrespetuoso, maltrato y prácticas iatrogénicas durante el control del embarazo, en el momento del parto o del aborto, y en el puerperio. A esto se le suma que vivenciaron prácticas estigmatizadoras y discriminatorias por ser adolescentes, personas con VIH, trabajadoras sexuales o personas trans.

La condición de NO sujetos de derechos que le ha sido impuesta a las personas con orientación sexual e identidad de género diversos, ha generado la no conciencia de la ciudadanía por parte de este sector de la población. El informe sobre TRANS: *"(...) muestra ciertas incompatibilidades entre las respuestas positivas sobre el trato recibido en los servicios de salud y algunos de los relatos que indican la existencia de problemas importantes en el trato recibido por parte del personal de salud. Las personas Trans entrevistadas viven la discriminación como algo usual en sus vidas, por lo que cada una parece desarrollar distintos mecanismos de defensa para enfrentarlo"* (MYSU, 2012: 20). La vulneración de derechos en la atención en salud sexual y reproductiva de esta población, está muy vinculada a las actitudes de los profesionales y del personal de salud, así como a la falta de capacidades en las instituciones para organizar los servicios y capacitar a sus recursos humanos para prestar dicha atención con calidad. *"No hay servicios adecuados para atender las transformaciones corporales; no hay protocolos que adecuen la atención de los servicios a la diversidad sexual de los usuarios y usuarias; no existen controles adecuados para garantizar la confidencialidad de la atención y de los resultados clínicos y paraclínicos; así como no siempre están las condiciones infraestructurales ni organizativas para internar a las personas trans respetando su identidad de género"* (Ibidem: 23).

El informe de VIH Y VIOLENCIA revela que en el formulario de solicitud de test de VIH a las personas trans se las incluye en la categoría "hombres que tienen sexo con hombres" cuando la vía de transmisión identificada es la sexual, violentando la identidad de género de la persona trans, además de dar cuenta de la confusión conceptual de las autoridades responsables de la implementación de dicho formulario (MYSU, 2015). Esta confusión de conceptos implica asimilar identidad de género a orientación sexual, un error de marcada

gravedad, que a su vez viola el derecho de las mujeres trans a identificarse como tales. La pertinencia del dato de orientación sexual es cuestionable, y exigir que la persona lo manifieste cuando no se entiende bien por qué es necesario hacerlo parece alarmante.

En cuanto a la privacidad y confidencialidad de los servicios, en el estudio TRANS, las personas entrevistadas manifestaron en su mayoría no haber tenido problemas, aunque el 31,4 % sí tuvo problemas con la discreción y privacidad con la que fueron atendidas. Este fenómeno es más relatado en el interior del país que en Montevideo. Al mismo tiempo, el problema de la confidencialidad aparece directamente relacionado con el VIH, habiendo tenido dificultades aquellas personas que portaban el virus como otras que, por ser Trans, fueron tratadas como infectadas desde la intervención basada en prejuicios y preconceptos del personal de salud. (MYSU, 2012: 26).

La violación de confidencialidad ante situaciones de aborto, fue constatada por el estudio de SALTO, el cual establece que: *"existen dos elementos que pueden perjudicar a la confidencialidad buscada. En primer lugar, es señalado que al llegar la usuaria con una ficha que dice "IVE" a realizar una ecografía, eso la expone a la posibilidad de que sea pública su situación. En segundo lugar, la localización de las consultas en los espacios físicos también plantea tensiones entre, por ejemplo, una adecuada accesibilidad por un lado y la necesaria intimidad por otro"* (MYSU, 2014: 36). Según los agentes consultados, hay dificultades en el asesoramiento y consejería porque hay profesionales objetores de conciencia que tienen actitudes hostiles hacia las usuarias que plantean su voluntad de interrumpir el embarazo. El propio discurso de aquellos profesionales que dicen no juzgar a las usuarias está lleno de valoraciones y juicios sobre las mismas ya sea por sus condiciones de vida o las razones para abortar. El uso de términos como "matar" cuando se refieren al aborto, o la exaltación de la maternidad como práctica sublime del ser mujer, o el señalamiento y el énfasis en la irresponsabilidad por no haber prevenido la situación, son expresiones habituales en esas conductas hostiles.

Tener que cambiar de institución de salud cuando se necesita abortar porque a la que se pertenece es objetora de ideario, es otra de las vulneraciones identificadas por el estudio en LITORAL. Este problema se complejiza debido a que se les exige presentar una exposición de motivos para el cambio de mutualista, cuando en realidad el cambio se debe hacer porque la institución a la que están afiliadas no les respeta su derecho. Se violentan los derechos por no atenderlas, por obligarlas a afiliarse a otra institución y por tener que justificarse para realizarlo cuando el incumplimiento está en la institución a la que están afiliadas (MYSU, 2015b).

La imposición a través de decretos reglamentarios de realizar estudios como estrategias de prevención y promoción de salud, son también una fuente de vulneración de derechos. Esto no fue un dato obtenido a partir de los monitoreos sino a través de la denuncia directa de mujeres que se han opuesto a someterse a la mamografía como condición obligatoria para la obtención del carné de salud laboral. El decreto 571/006 que incorpora la obligatoriedad de la mamografía para mujeres entre 40 y 59 años de edad, demuestra ser una trampa del sistema ante la demanda por la universalidad de acceso a los avances de la medicina, por la alta incidencia del cáncer de mama en el país. "La demanda que surgió de las mujeres trabajadoras por la universalización en el acción a la prevención y detección temprana se transformó en obligatoriedad y condición para trabajar. El estado en lugar de asegurar condiciones para que cada mujer pudiera decidir con libertad, optó por tutelar a todas las mujeres imponiéndoselo a todas." (Abracinskas 2014, en Rosengurt: 11)¹. La exposición a radiación es un factor de riesgo e investigaciones a nivel internacional han fundamentado la desactivación de estrategias que aplicaban las mamografías como mecanismo de despistaje temprano de este tipo de cáncer porque sus resultados demuestran ser ineficientes y riesgosos.

1 Ronsegurtt, A. (2014) "El aura radiactiva. Crónica de una emancipación. Guía para ejercer los derechos individuales en la era de Internet." Ediciones de Benito, Uruguay.

La información pública que se emite desde las autoridades de salud y replican diversos operadores, se reduce a enfatizar la cantidad de mujeres que mueren o están afectadas por el cáncer de mama, exhortando a la realización de la mamografía como si fuese el medio para evitar contraerlo. No se brinda información sobre los riesgos de la sobreexposición a radiación, pero se obliga a las mujeres a esa exposición sin dejar lugar a la decisión, porque es una medida impuesta. En los relatos aparece muy frecuentemente la creencia de las mujeres de que es un método preventivo y no de diagnóstico precoz y por lo tanto piensan que si se hacen la mamografía no tendrán cáncer. Estas situaciones estarían indicando que la desinformación o la información parcial o tendenciosa así como la implementación obligatoria de determinadas decisiones sanitarias no estarían velando por la salud sino vulnerando derechos. Con lo cual deberían ser revisadas estas técnicas porque el miedo a la enfermedad, alimentado con información sesgada, operaría en contra de una ciudadanía adoptando decisiones debidamente informadas. Además de debilitar la reacción ante medidas arbitrarias y que podrían ser funcionales a otros intereses que no son los de velar por el derecho a la salud.

VALORACIONES SOBRE EL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

AVANCES

El marco normativo se ha ampliado en el reconocimiento de los derechos a la salud sexual y reproductiva y la instalación de los servicios está enmarcada en una batería de protocolos y guías clínicas que organiza la forma institucional de hacerlo y la práctica profesional que debe seguirse.

Los equipos profesionales reconocen la importancia de su función en la implementación de la nueva normativa y hay un porcentaje dispuesto a cumplir con dicha misión lo que ha permitido asegurar la instalación de los servicios, aunque con limitaciones de distinto nivel.

Se ha realizado un tratamiento público de estas problemáticas y hay mayor sensibilidad y preocupación de la población por la prevención y atención temprana de enfermedades y problemáticas en este campo de la salud. Hay voluntad política de impulsar medidas y fortalecer esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y corregir las intervenciones que por acción u omisión vulneran los derechos.

RESTRICCIONES Y OBSTÁCULOS

El saber técnico científico tiene una fuerte influencia política y moral en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las decisiones políticas y las intervenciones profesionales no siempre se sustentan en las evidencias y el cumplimiento sobre las normativas es débil o discrecional de acuerdo a la interpretación o sistema valorativo del profesional, del equipo o la institución que se trate.

Las personas están expuestas a la vulneración de sus derechos según su edad, sexo, género, clase, nivel educativo, orientación sexual, identidad de género y en función del lugar del país donde habite.

La habilitación por ley del recurso de objeción de ideario para las instituciones y de conciencia para profesionales genera desigualdades sobre la calidad de la atención, cobertura y acceso de las mujeres a los servicios de aborto, vulnerando particularmente la situación de las que viven en aquellas localidades del país con el 100 % de objetores.

Las personas trans, quienes tienen una orientación sexual diversa, la población adolescente y la que vive con VIH, enfrentan particular exposición de muy baja calidad de atención.

ASUNTOS PENDIENTES

Deberían emprenderse acciones verdaderamente preventivas y de promoción, identificando y superando todas aquellas condiciones y conflictos que ha demostrado hacer deficitarias las intervenciones en términos de la calidad y oportunidad de la atención que brindan.

Es necesario intervenir sobre las prácticas que anteceden la vulneración de los derechos pero que se encaminan en esa dirección, así como robustecer los mecanismos de implementación y cumplimiento de los modelos de atención, que se sustenten en una calidad basada en derechos.

La información sobre los derechos y los dispositivos de denuncia y reparación cuando son vulnerados, deben mejorarse notoriamente. El país debe abordar de manera amplia y urgente los debates éticos pendientes ante las situaciones que se generan con la objeción de ideario y de conciencia, y corregir los obstáculos y barreras que afectan la calidad y la integralidad de la atención.

Tendría que revisarse la pertinencia de decretos reglamentarios y decisiones sanitarias que pudieran ser antagónicas al cometido de las políticas de respetar la salud como derecho basada en la autonomía y libertad de decisión de las personas.

CAPÍTULO 5

Participación de sociedad civil

El Consenso de Montevideo, en sus principios generales reafirma que la laicidad de los Estados es fundamental para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, la profundización de la democracia y la eliminación de la discriminación contra las personas. Le recuerda a los Estados la importancia de fortalecer las formas participativas de gobierno como garantía para el efectivo ejercicio de la democracia. Así como reconoce que *"habilitar las voces e intereses de todos y todas es esencial para el avance del desarrollo sostenible y que la gobernabilidad responsable y las instituciones resilientes son fundamentales para la inclusión social y económica y la sostenibilidad"* (CM, principios generales).

El primer apartado de las medidas prioritarias adoptadas en el Consenso es sobre la *"Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos"* y en él los Estados acuerdan: *"Establecer y fortalecer la institucionalidad pública encargada de los temas de población y desarrollo, a escala nacional y subnacional, y asegurar su integralidad y sostenibilidad, con la participación activa de otros actores no gubernamentales."* (Párrafo 3). Para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo, se reitera el llamado a los Estados *"(...) a establecer o fortalecer un mecanismo de coordinación nacional que incluya a las organizaciones de la sociedad civil para facilitar la implementación y el seguimiento del Programa de Acción de El Cairo después de 2014 y actuar como vínculo permanente ante esta Conferencia Regional."* (parr. 99). Para ello debe comprometerse a *"Garantizar la efectiva participación de la sociedad civil y los movimientos sociales en la implementación, el monitoreo, la evaluación (...) de todos estos compromisos"* (Parr.107).

La participación ciudadana tiene un lugar prioritario en la agenda de los países de la región de América Latina. La necesidad de la participación de los ciudadanos y ciudadanas en lo público se ha convertido prácticamente en un consenso de las democracias latinoamericanas, una de las regiones con más países en el desarrollo de políticas de gobierno abierto y discursos sobre la importancia de la participación ciudadana (ICD, 2014). Tal como lo establece el Manual elaborado por el ICD sobre "Gobierno Abierto" en tanto oportunidad para participar e incidir, un compromiso que tienen que asumir las organizaciones de la sociedad civil es que su voz sea plural y respetada. Asimismo los decisores políticos deben tenerlas en cuenta para definir el contenido, orientación y evaluación de los resultados de las políticas públicas. Las organizaciones tienen capacidad para aportar conocimientos técnicos, experiencias y puntos de vista diferentes, y las acciones que desarrollan en múltiples campos benefician a la democracia y al desarrollo. *"El Estado debe garantizar mecanismos para que las organizaciones participen no solamente de manera instrumental en la ejecución de las políticas públicas,*

*sino en su concepción, planificación, diseño, implementación, evaluación, monitoreo y contralor. La participación debería ser plural, no discriminatoria, transparente y con organizaciones fortalecidas y capacitadas para incidir. No basta con que los gobiernos nacionales y locales se abran a la participación ciudadana. También los Estados deben promover la participación, armonizarla con las políticas de gobierno y facilitar el fortalecimiento y la capacitación de la sociedad civil organizada para asumir sus responsabilidades. No basta con que las organizaciones de la sociedad civil proclamen la participación ciudadana. También deben construirla. Y para eso se requiere una potente voluntad política de todos los actores democráticos (ICD, 2014: 10)*¹.

En Uruguay existen diversos recorridos y mecanismos para la participación de la ciudadanía, los cuales han ido cambiando a medida que fue madurando el concepto de democracia participativa y de la transparencia en la gestión de gobierno. Este proceso presenta tensiones y contradicciones dado que conviven diversas interpretaciones sobre el rol y alcance de la participación social en las políticas públicas y en la gobernabilidad de los Estados.

La agenda de salud y de derechos sexuales y reproductivos constituye una de las demandas ciudadanas que alcanzó estado de debate público a través de la incidencia y el trabajo articulado y sostenido de diversas organizaciones, movimientos y redes sociales. El proceso ha sido lento y engorroso con diferentes instancias de articulación entre actores sociales y políticos, de acuerdo al tipo de discusión y camino transitado, los cuales muestran resultados de distinto tenor como fue señalado en la presente publicación.

En los cambios legales gestados en el último período, el diálogo de las organizaciones con representantes parlamentarios tuvo un recorrido errático, con instancias esporádicas de intercambio y con diversos resultados según el tema en cuestión. En la ley de matrimonio igualitario, las organizaciones de la diversidad sexual tuvieron canales de participación directos con los parlamentarios impulsores de la iniciativa, lo que significó mayores posibilidades de influir en su contenido. Con la de IVE no sucedió lo mismo, porque el texto promulgado no estuvo acorde al nivel de expectativas de los actores sociales a favor del cambio legal, ni de la mayoría de las posiciones favorables a esta agenda, alcanzadas en la sociedad. A cuatro meses de su promulgación, vale recordar que mientras los candidatos presidenciables de los partidos políticos más influyentes daban su adhesión a la iniciativa de derogar la ley IVE, la amplia mayoría de la ciudadanía manifestó su posición contraria en la consulta pública. Los opositores a la ley necesitaban el 25 % del electorado para habilitar el referéndum derogatorio, y solamente lograron el 9 % de adhesión (Abracinskas, 2014).²

En el terreno de los acuerdos internacionales y de la instalación de las políticas públicas en SSR, el proceso de 20 años de debate en torno al Programa de Acción de la CIPD, tuvo diversos momentos de diálogo y distintas prácticas participativas, y también constituyó un campo de tensiones. La sociedad civil organizada vinculada a esta agenda, como la Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y el Caribe y sus organizaciones afiliadas en Uruguay, si bien tuvieron un fuerte y constante rol en el seguimiento de los compromisos acordados en El Cairo, con una activa y demostrada incidencia en los debates a nivel del sistema de Naciones Unidas, no tuvieron reconocimiento de algunos decisores gubernamentales y su trayectoria no fue, en este último período. Desde los elencos de gobierno, se manifestó promover la participación convocando a múltiples organizaciones para integrar la delegación uruguaya que participó de la Primera Conferencia Regional que generó el Consenso de Montevideo, pero fue una intervención más nominativa que sustantiva. Estas organizaciones tuvieron poco espacio para incidir en el contenido de los posicionamientos oficiales y casi ninguna posibilidad de participación directa en las negociaciones que se mantuvieron a nivel regional e internacional.

1 ICD (2014) Gobierno Abierto: oportunidad para participar e incidir. Manual para organizaciones de la sociedad civil, Uruguay.

2 Abracinskas, L. (2014) *Salud y derechos sexuales y reproductivos. Avances y Desafíos*. En SERPAJ, Derechos Humanos en el Uruguay, Informe 2013-2014

Aunque se integraron las delegaciones que participaron en los eventos de CEPAL en el ámbito de América Latina y el Caribe y en lo de Naciones Unidas en su sede en New York, tanto para las reuniones de la Comisión de Status de la Mujer (CSW) como las de la Comisión de Población y Desarrollo (CPD), el espacio y rol para intervenir y apoyar la gestión en las intensas negociaciones, fue mucho más limitado que en periodos anteriores, donde también se conformaron las delegaciones oficiales pero con mayor capacidad de articulación de conocimientos y saberes entre los representantes de gobierno y de las organizaciones sociales.

La Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva creada en el 2004 y que tuvo un funcionamiento destacable en la instalación del primer gobierno progresista para la inclusión e impulso de la agenda Cairo en los asuntos de la gestión política nacional y del MERCOSUR, en el período 2010-14, fue debilitada notoriamente.

Relevar el funcionamiento de esta comisión asesora y de la CONASIDA, es importante para conocer el alcance de dos mecanismos del Ministerio de Salud Pública gestados para el abordaje de varias dimensiones vinculadas a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, donde la participación social ha jugado distintos roles. También han actuado en este período otras comisiones como la de Bioética con participación de organizaciones representantes de los usuarios de la salud, que no se incluyeron en este informe porque las temáticas que aborda trascienden a la de la SSR, a la que se aboca esta publicación. Por esta misma razón no fue sistematizado el funcionamiento de distintas instancias sobre políticas hacia la mujer o asuntos de género, que fueron instaladas en otras instituciones del Estado como el Ministerio de Relaciones Exteriores y el de Desarrollo Social, donde sus temas y alcances trascendían los delimitados en este estudio.

COMISIÓN NACIONAL ASESORA EN SSR

La Comisión Nacional Asesora en SSR (CNASSR) del Ministerio de Salud Pública, fue creada por la Ordenanza Ministerial N°. 147 el 24 de marzo de 2004, con el cometido de analizar y establecer las líneas de acción necesarias para dar cumplimiento a los objetivos de la Comisión Intergubernamental del MERCOSUR y establecer las definiciones referidas a las políticas en salud sexual y reproductiva (Abracinskas, L; López Gómez, A. 2004).³

La CNASSR se creó a partir del impulso de la Comisión Intergubernamental en SSR en el ámbito regional, a través del acuerdo entre los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Este convenio tuvo relevancia en la institucionalización de mecanismos de relacionamiento entre gobiernos y organizaciones sociales para reafirmar los compromisos asumidos en la Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en las "Medidas claves" consensuadas a cinco años (Cairo+5). Entre los cometidos de la Comisión Intergubernamental se destacan "a) *promover una Política Integrada de Salud Sexual y Reproductiva del MERCOSUR y los estados asociados*, b) *optimizar los esfuerzos para el desarrollo de las acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, estimulando la participación de la Sociedad Civil*; c) *promover y establecer estrategias para la realización de intercambios de experiencias, informaciones y tecnologías*; d) *promover el desarrollo de instrumentos comunes de gestión y fortalecimiento de los organismos nacionales*; e) *promover acciones de educación y programas de información a la población general y el fortalecimiento e implementación de los comités de salud en las áreas de fronteras*; y f) *evaluar la posibilidad e instrumentar actividades concretas de cooperación técnica con organismos internacionales comprometidos con la temática*."⁴

3 Abracinskas, L; López Gómez, A.; (2004) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay, un escenario cambiante. Edición MYSU, Uruguay.

4 Oficio N°. 952 Ref. N°. 001-3-2976/2003, en ibidem, pág. 182.

De acuerdo a esos precedentes el Ministerio de Salud Pública instala la CNASSR estableciendo entre sus prioridades "(...) *promover Guías Normativas para la Atención en Salud Reproductiva, enfatizando diversos aspectos sobre los que existen importantes vacíos tanto en la atención como en la formación de los y las profesionales de la salud.*" (*Ibidem*, p.109). En la ordenanza de reglamentación de la Comisión se define el funcionamiento de un Comité Ejecutivo integrado por "*representante del Estado uruguayo ante la Comisión Intergubernamental e Intendencia Municipal de Montevideo, de la Facultad de Psicología y de la Sociedad Civil Organizada a través de la Red Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)*" (Art. 4 de la Resolución 001-3-2976/2003). Desde su creación la comisión tuvo intensa actividad y en su funcionamiento se destaca la elaboración del diagnóstico nacional sobre salud y género y el impulso de las políticas que fueron virando del enfoque materno infantil hacia el concepto de atención integral en SSR.

El 23 de junio de 2005, la Ordenanza N°. 495 amplía y reformula ciertos aspectos de la Ordenanza N°. 147, a partir de la cual la coordinación y secretaría de la CNASSR quedó a cargo del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. La ordenanza definió la integración prevista para la CNASSR, quedando conformada por: la Dirección General de Salud (DIGESA), la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE-MSP), el Instituto Nacional de las Mujeres-MIDES, las Facultades de Medicina y de Psicología, la Secretaría de la Mujer de la Intendencia de Montevideo (IMM), el Congreso Nacional de Intendentes, la Comisión de Equidad y Género y la Bancada Femenina del Poder Legislativo. Las organizaciones no gubernamentales integrantes fueron: Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Cairo y Beijing (CNSmujeres), las Sociedades profesionales de la Ginecología y de la Obstetricia, la Comisión de Género y Políticas Públicas del Sindicato Médico del Uruguay. El 12 de julio de 2005 se incorpora la Dirección de Salud de la IMM y la Comisión de Desarrollo, Población e Inclusión del Senado. Las agencias de Naciones Unidas fueron incluidas en calidad de observadoras y en su proceso de funcionamiento también se incorporaron los representantes de la Central sindical PIT-CNT, a través de su secretaría de género y equidad.

La CNASSR tuvo una intensa actividad en la creación de la Comisión Nacional para el Monitoreo y la Reducción de la muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, aborto y cesárea, creada por ordenanza ministerial en el año 2006, en respuesta a la preocupación por el subregistro de muerte materna en el país. En ese período, entre las acciones realizadas por esta comisión, se destaca la elaboración del informe sobre mortalidad materna para el año 2007 (MSP, 2008) y de materiales de difusión para los servicios de salud y usuarias/os. Además realizó instancias de sensibilización y de capacitación en género y SSR hacia directores departamentales de salud y profesionales de los servicios; implementó el Premio Juan José Crottogini a las Maternidades amigas de las mujeres condos ediciones en 2007 y 2009; impulsó y participó junto con otros programas en la elaboración del documento «Lineamientos y prestaciones en SSR con enfoque de género, derechos y población a incorporarse en el proceso de reforma del sector salud» con un conjunto de recomendaciones para la implementación de medidas prestacionales de observancia obligatoria en el SNIS.

La Comisión sesionó efectivamente durante todo el período pero el diálogo con las autoridades ministeriales se fue debilitando al punto de que sus recomendaciones fueron escasamente incorporadas a las consideraciones y resoluciones ministeriales en esta materia. A esta situación se sumó el veto del Poder Ejecutivo (interpuesto por el Presidente de la República con la firma de la Ministra de Salud Pública), a todos los capítulos que despenalizaban el aborto en la ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva aprobado por el Parlamento nacional en 2008. Estos acontecimientos llevaron a que las organizaciones sociales que integraban la comisión, como MYSU y CNS, presentaran su renuncia a la misma (López Gómez y Abracinskas, 2009; CNS, 2008).

En el año 2010, ante un nuevo cambio de Administración de gobierno, la comisión vuelve a ser convocada, se discuten y reeditan sus criterios de funcionamiento, cometidos y alcances y se modifica su integración incorporando a las que se habían alejado y a nuevas organizaciones. Del estudio de las actas del período suministradas por la

AÑO 2010		
FECHA	PARTICIPANTES	TEMAS ABORDADOS
27 de Julio	MSP: Ministro Ec. Daniel Olesker, Director del DPES Dr. Leonel Briozzo, Coordinadora del Área SSRR Dra. Leticia Rieppi, Comunicación y Salud MSP, Unidad de análisis de coyuntura del MSP. Secretaría de la Mujer IMM Salud Perinatal y de la Mujer de ASSE ONG: CIRE; Iniciativas Sanitarias Asociación de Obstetricia del Uruguay Facultad de Psicología Bancada Bicameral Femenina	1. Informe del Sr. Ministro de Salud Pública con relación a la reglamentación de la Ley N°. 18426 del 20 nov 2008. 2. Presentación del Depto. De Programación Estratégica de Salud (DPES) y del Área Salud Sexual y Reproductiva. 3. Propuesta de funcionamiento de la Comisión.
16 de agosto	MSP: Coordinadora Área de SSyR Dra. Leticia Rieppi, Programa de la Mujer Área SSyR, PP ITS SIDA, Asesora en Aspectos Gineco-obstétricos de SSyR de la mujer Área SSyR, Salud del Varón Área SSyR, Unidad de Análisis de Coyuntura ASSE Facultad de Psicología Inmujeres MIDES PIT CNT Bancada Bicameral Femenina CASMU MYSU/CNS	1. Lectura y aprobación del acta de sesión del 09 de agosto 2010. 2. Plan de trabajo para el año. 3. Asignación de tareas al comité Ejecutivo. 4. Designación de integrantes del Comité Ejecutivo.
30 de Agosto	MSP: Coordinadora AreaSSyRDra. Leticia Rieppi, Inés Bausero, Alejandro Burgueño, María Pía D'Andrea e Isabel Pérez, Jorge Arena Inmujeres MIDES, División Salud IMM Facultad de Psicología IniciativasSanitarias MYSU/CNS	Definición de integración y cometidos de la Comisión.
18 de Noviembre	Jornada de Salud Sexual y Reproductiva.	1. Lectura del decreto aprobado y presentación de los representantes titulares y suplentes de todas las Instituciones y organismos previstos en el decreto. 2. Informes varios a cargo de la Presidencia de la Comisión. 3. Cada representante presenta y fundamenta en 10 minutos los temas que considera relevantes para ser abordados por la Comisión. 4. Selección de líneas o temas y definición de subgrupos de trabajo.
7 de Diciembre	MSP: ASSyR, Asoc. Obst., Area de Salud, Area de Comunicación, A. de Coyuntura UNFPA MYSU PIT CNT ANEP SMU ASSE	Reglamento Interno de la Comisión. Recepción de sugerencias a "Guía Técnica para la implementación del servicio de salud sexual y reproductiva". Conformación de las subcomisiones o grupos de trabajo.

Coordinadora de la Comisión, la Dra. Leticia Rieppi, se constata que la comisión recomenzó su funcionamiento en julio de 2010, siendo la primera reunión el día 27. Los temas abordados en el primer año de actuación tuvieron que ver con cuestiones organizativas referidas a la integración, plan de trabajo, funcionamiento y cometidos. En la nueva integración se observa una fuerte presencia de distintas direcciones e instancias del MSP y de ASSE y se incorporan otras organizaciones no gubernamentales como Iniciativas Sanitarias. A pesar de haber definido un nuevo marco de intervención que ratificaban las funciones originales de este mecanismo en tanto instancia de asesoramiento para las políticas en salud sexual y reproductiva, el funcionamiento en este período fue arbitrario y discrecional. La frecuencia de reuniones fue menor y discontinuada a lo largo de los cinco años así como los temas abordados no fueron acordes a los cometidos de este espacio, ni en base a los hitos que se sucedían en el país en el campo de su especialidad. Es importante recordar que en este período se concretó la integración de la SSR en el SNIS y fue aprobada la ley de IVE, entre otros hechos destacados como se consigna en el primer capítulo de esta publicación.

Los cuadros elaborados que sintetizan el registro de funcionamiento por año de gestión, dan cuenta de la debilidad del rol y alcance que tuvo la comisión.

La actuación de la Comisión en 2011 fue casi inexistente con sólo dos convocatorias en el año y los temas abordados no respondieron a ningún plan de trabajo acordado o sus resultados estuvieron en función de la misión y cometidos para los que fue creado este mecanismo de participación.

AÑO 2011		
FECHA	PARTICIPANTES	TEMAS ABORDADOS
4 de Marzo	MSP: Presidencia de la COMISION DE PROTECCIÓN AL TRABAJO SEXUAL,Secretaría de la Comisión ATRU AMEPU MTSS INAU Ministerio del Interior DISAO	Proyecto sobre monotributo y régimen jubilatorio de Trabajadora/es sexuales. Denuncia sobre "Explotación Sexual de menores en Young" – Informe de INAU y de la ONG Visión Nocturna.
12 de Abril	MSP: Presidencia de la COMISION DE PROTECCIÓN AL TRABAJO SEXUAL,Secretaría de la Comisión, Área SSyR, MTSS M.INTERIOR ATRU	Estudiar las modificaciones al Decreto Reglamentario 480/003 de la Ley 17515, analizadas y propuestas en reunión anterior.

En las actas proporcionadas por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, coordinadora de la CNASSR, no hay registro de ninguna reunión ni actividad desarrollada por la Comisión durante los años 2012 y 2014.

Con respecto al año 2013, las actas evidencian un marcado aumento en la frecuencia de las convocatorias (diez reuniones en ese año), así como la participación de otras entidades, siendo convocadas organizaciones que no estaban en el decreto constitutivo ni en sus modificaciones posteriores. Los criterios de inclusión y ampliación obedecieron a la decisión del vice-ministro Leonel Briozzo, que originalmente había sido asignado a la Dirección de Planificación Estratégica (DEPES), -dentro de la cual se instaló el Área de SSR- para pasar a desempeñarse en la subsecretaría del Ministerio a partir de cambios de otras autoridades registrados en el período⁵. Esa ampliación de la participación y de la actividad registrada en cantidad de reuniones no tuvo

5 Al comienzo de la Administración fue designado como Ministro de Salud el economista Daniel Olesker que luego paso a desempeñarse como responsable del Ministerio de Desarrollo Social. Fue sustituido en primera instancia por el Dr. Venegas quien se desempeñara

AÑO 2013		
FECHA	PARTICIPANTES	TEMAS ABORDADOS
7 de Febrero	IMM PIT-CNT MSP UNFPA ASSE Iniciativas Sanitarias UDELAR ANEP SGU IMM MYSU	No constan en acta.
21 DE Febrero	ASSE ADU Iniciativas Sanitarias Sec. Mujer IMM Inmujeres, Mides PIT-CNT	No constan en acta.
7 de Marzo	MSP: Área de SSyR PIT-CNT UNFPA ASSE ANEP INMUJERES	No constan en acta.
21 DE Marzo	ANEP ASSE ADU Iniciativas Sanitarias Sec. Mujer IMM Inmujeres PIT-CNT	Sífilis.
4 de Abril	MSP: Área SSyR AOU Iniciativas Sanitarias ASSE PIT CNT INMUJERES	Documento sobre Sífilis, trabajar sobre nota y borrador a enviar a la ministra. Informe Comité de Muerte Materna.
2 de Mayo	MSP: Área SSyR Inmujeres Iniciativas Sanitarias PIT-CNT IMM ANEP	No constan en acta.
6 de Junio	MSP: Area de SSyR UNFPA ANEP INMUJERES PIT-CNT SEC. MUJER IMM INICIATIVAS SANITARIAS MYSU	1. Acoso laboral y acoso sexual en el trabajo. 2. Embarazo, lactancia y protección de la mujer para la crianza. 3. Infertilidad. 4. Interrupción de embarazo.

4 de julio	MSP, Área SSyR, Leticia Rieppi y Cristina Grela IMM PIT-CNT Iniciativas Sanitarias UNFPA	Experiencias IVE. Ley de Reproducción H. Asistida. Plan perinatológico.
5 de Septiembre	Miembros de la Comisión	
7 de Noviembre	MSP MYSU INMUJERES MIDES PIT CNT ASSE Iniciativas Sanitarias UNFPA	Acoso sexual.

productos verificables en cuanto a resultados de ese funcionamiento. Podría afirmarse que la ampliación de convocatoria fue en detrimento del funcionamiento y desempeño que tuvo la comisión durante el período, como lo demuestran sus registros. Muchas de las organizaciones convocadas no tenían conocimiento ni especificidad sobre los asuntos a cargo de la Comisión, y la diversidad en los temas considerados no permiten establecer una clara ruta de trabajo ni un cometido claramente estipulado.

En síntesis, de los datos proporcionados por el Área de Salud Sexual y Reproductiva que estuvo a cargo de la Coordinación de la CNASSR se puede concluir que su funcionamiento fue irregular; que no tuvo registro en actas que demuestren actividad en los años 2012 y 2014, siendo instancias de alta importancia sobre los asuntos propios de la comisión. En el 2012 con la aprobación de la Ley IVE N°. 18.987 hubo que elaborar su decreto reglamentario por parte del Ministerio de Salud y fueron puestos en marcha los servicios de aborto en el marco de la instalación de los SSR dentro del SNIS. En ninguno de estos importantes procesos la comisión fue un canal de diálogo y posibilidad de incidencia ni de transmisión de conocimientos y experiencias en un momento crucial para el país y la agenda de DSR.

El discurso gubernamental sobre el proceso participativo no tuvo un correlativo en la habilitación y fortalecimiento del mecanismo previsto, no fomentó la participación ni tuvo el interés de recoger la contribución y experticia de las organizaciones sociales con más trayectoria en la gestación de los avances en salud sexual y reproductiva reconocidos como históricos.⁶ De acuerdo a lo expresado por uno de los expertos en el proceso de consulta de este informe, organizaciones especializadas en el tema y con trayectoria en esta agenda *"tuvieron participación relevante en momentos irrelevantes, y fueron irrelevantes en momentos relevantes"* donde el país fue destacado en la región por los avances logrados.

Con esta interpretación de los hechos se evidencia una concepción funcional de la participación ciudadana que reconoce poco los procesos, el aporte de las organizaciones en la instalación y defensa de esta agenda y el acumulado de acciones que posibilitaron obtener los logros registrados.

como viceministro hasta entonces y ese lugar fue ocupado por el Dr. Briozzo. Posteriormente hubo un nuevo cambio de responsable ministerial y asumió la Dra. Susana Muniz que se mantuvo hasta el final de esa gestión de gobierno manteniendo al viceministro quien tuvo entre sus responsabilidades la conducción de la CNASSR y presidió la CONASIDA.

6 La participación de las organizaciones sociales y la integración de las delegaciones oficiales en los procesos regionales de revisión de las políticas sobre población y desarrollo, se consigna en la publicación "Cuadernos de UNFPA", Año 3, N°4, de noviembre de 2009. *"Balance a 15 años de la CIPD. Avances y retos para el pleno cumplimiento del plan de acción."* Elaborado por Alejandra López Gómez, Lilián Abracinskas y Magdalena Furtado.

COMISIÓN NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA (CONASIDA)

El Decreto del Poder Ejecutivo N°. 409/993, del 15 de septiembre de 1993 crea la "Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA" y el Decreto N°. 255/008, promulgado el 26 de mayo de 2008, modifica las características estipuladas para esta comisión en su creación definiéndole nuevas competencias, entre las que se destacan:

- a. Constituirse en Consejo Consultivo de Coordinación, en ámbito de presentación de propuestas e incidencia en las Políticas Públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, respecto al VIH/SIDA en el marco del acceso universal a la atención integral, trabajando en términos de prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con VIH-SIDA.
- b. Proponer y colaborar en la ejecución de actividades sistemáticas, a realizar en conjunto con las instituciones involucradas, que potencien la respuesta nacional ante el VIH/SIDA.
- c. Promover la participación directa de representantes de organizaciones especializadas y con trayectoria en VIH/SIDA.
- d. Promover la participación directa de representantes de las organizaciones de personas con VIH."

La CONASIDA está integrada por el Plenario de Delegados y Comisiones Temáticas. Quien preside este Plenario es la Subsecretaría del Ministerio de Salud Pública, y participarán, además, con un titular y un suplente: "la Dirección General de la Salud (DIGESA-MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio del Interior, el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, la Administración Nacional de Educación Pública, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Universidad de la República, la Comisión de Salud del Senado, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el Congreso de Intendentes, el Sector Empresarial, el Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT/CNT)" (Art. 3 Dec 409/993 con redacción dada por el Dec. 255/008). Las Organizaciones de la Sociedad Civil vinculadas a la temática de VIH también participan con cuatro titulares y cuatro suplentes (Art. 4 ibidem). Participan también con voz pero sin voto, los delegados de los Organismos del Sistema de Naciones Unidas: OPS/OMS⁷, UNICEF⁸, UNFPA⁹, PNUD¹⁰ y UNIFEM¹¹.

Por su parte, el decreto establece que las Comisiones Temáticas "se constituirán por un período determinado, para trabajar en una actividad acordada por el Plenario de Delegados, manteniendo en lo posible la representatividad de la integración del CONASIDA" (Art. 8)

En el período 2012–2013 la CONASIDA se reunió diez veces en cada año, con una frecuencia aproximada mensual entre marzo y diciembre. Con respecto a la convocatoria, durante 2012 se contó con una participación promedio de quince instituciones/organizaciones/organismos internacionales por sesión, mientras que en 2013 la misma fue de catorce. En todas las convocatorias se abordaron diversas cuestiones, siendo el proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, uno de los principales temas en torno al cual se concentró gran parte de la actividad de la Comisión, durante el período.

"El Programa Prioritario de ITS–Sida en el año 2005 sucedió al histórico Programa Nacional de Sida. En su marco conceptual enfatiza una política de promoción de salud y prevención y las directrices que le dieron sustento son: implementar una política de estado enmarcada en la atención integral del VIH y otras ITS; garantizar la atención integral a la salud de las personas viviendo con VIH–Sida, y desarrollar normativas e intervenciones

7 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

8 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

9 Fondo de Población de las Naciones Unidas.

10 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

11 Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.

desde una perspectiva de género, etnia, edad y diversidad sexual, garantizando el ejercicio de los derechos humanos. Para alcanzar los objetivos y metas propuestas se planteó una estrategia que promueva el acceso a la información, educación en promoción de salud y prevención de las ITS/Sida; facilitar el acceso a preservativos; incentivar una atención en salud no discriminatoria hacia las personas con VIH; facilitar el acceso universal al diagnóstico de VIH para la persona que lo requiera; desarrollar una estrategia de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas cuando no puedan o quieran dejar de consumir; y normalizar y monitorear el diagnóstico y tratamiento de las ITS-Sida y su prevención (MSP, 2007). En 2005 el Programa y la OPP de Presidencia de la República, convocaron a organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, académicas y sindicales para crear un ámbito de discusión del proyecto país sobre Sida, a ser presentado al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. La existencia y funcionamiento de este Mecanismo de Coordinación (MCP) y la posterior creación de la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) ha sido un avance importante para el país, ya que ha permitido la articulación de las intervenciones que se realizan en esta temática desde el programa con otros sectores y Ministerios y con las organizaciones sociales.” (López Gómez; Abracinskas y Furtado, 2009: 18).

Uruguay finalmente en el año 2010 logra el apoyo del Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, para llevar adelante el proyecto país nominado *“Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”*. A través de un acuerdo de subvención avalado por la CONASIDA – Mecanismo Coordinador País, la propuesta obtuvo una donación de 9.572.417 de dólares para un plazo de cinco años, ejecutable en dos periodos, con una evaluación a los dos años de implementación para acceder a la segunda fase. La suma donada para los dos primeros años fue de 3.800.876 dólares a ser ejecutados desde el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y desde la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), para las acciones no estatales (MYSU. 2013)¹². Las organizaciones sociales Iniciativa Latinoamericana (INLATINA), Gurises Unidos (que luego se retiró), el Instituto de Desarrollo Social (IDES) que luego fue sustituido por el Centro Virchow y MYSU, fueron las seleccionadas por el llamado realizado por la CONASIDA, para desempeñarse como sub-receptoras y trabajar bajo la coordinación de ANII en tanto Receptor Principal No Estatal. La ejecución del proyecto comenzó en el año 2012, luego de un arduo trabajo de coordinación entre los diversos actores involucrados para precisar sus intervenciones y distribuir tareas. Las poblaciones prioritarias hacia las cuales dirigir los esfuerzos fueron personas trans, hombres que tienen sexo con hombres, y quienes realizan trabajo sexual. Sectores de la población que, por vivir en condiciones de mayor vulnerabilidad, son los más afectados por el VIH, el estigma y la discriminación, vinculados tanto a la epidemia como a su orientación sexual e identidad de género. Esta iniciativa fue una experiencia importante de colaboración entre Estado y sociedad para cumplir con cuatro objetivos principales: 1. Promover el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y la atención del VIH en las poblaciones más afectadas; 2. Fortalecer a las organizaciones y personas HSH y Trans en el proceso de su integración social y mejoramiento de la calidad de vida; 3. Promover un entorno amigable para reducir la vulnerabilidad de estos sectores y 4. Consolidar un sistema nacional de información oportuna, pertinente y transparente en la respuesta ante estas problemáticas. De estos objetivos, el primero y cuarto estuvieron a cargo del MSP y el segundo y tercero de la ejecución no estatal (ibídem, pág. 8).

“Los dos años de trabajo fueron muy intensos, se trabajó en articulación con distintas instituciones y a diversos niveles, con buenos resultados y lecciones aprendidas con un alto involucramiento de las poblaciones centrales del proyecto. Las actividades cumplieron con los objetivos trazados y las evaluaciones realizadas por el Fondo Mundial, fueron satisfactorias. (...) Particularmente las organizaciones sociales fuimos las más efectivas en la ejecución de las acciones, se cumplió con las metas establecidas y los indicadores estipulados se alcanzaron con

12 MYSU (2013) *VIH, estigma y discriminación ¿Sabés lo que hicimos?*. Publicación que recoge la sistematización de lo realizado por MYSU en los años de su participación en la ejecución del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

creces (...) Pero, lamentablemente, por diversas razones que el país tendrá que analizar con calma y responsabilidad, el proyecto no alcanzó la segunda fase. La decisión de ANII de no continuar como Receptor Principal, las dificultades para concretar las actividades a cargo de la Unidad de Gestión del proyecto en el MSP y la débil conducción política de la CONASIDA-MCP, fueron algunas de las razones que impidieron encontrar soluciones a tiempo para subsanar los problemas y mantener la donación para la segunda fase.” (Ibidem, pág. 9) Entre las lecciones aprendidas de la parte no estatal se destaca que las organizaciones sociales jugaron un rol sustancial en la ejecución de este proyecto pero no tienen el poder suficiente ante decisores y responsables institucionales para evitar consecuencias indeseables. Las autoridades—con sus decisiones u omisiones— no aseguraron un buen desempeño para acceder a la segunda fase del proyecto y, por lo tanto, a los recursos comprometidos. El impacto de perder recursos que el país no había destinado nunca antes para estas acciones, ni los destinará, perjudicó fundamentalmente a las poblaciones que eran las principales destinatarias de estos esfuerzos. Esto también afectó a las organizaciones sociales que cada vez tienen más reducidas las posibilidades de acceder a recursos de la cooperación internacional para realizar sus tareas y cumplir con sus objetivos. Se deberá desarrollar a futuro formas más consistentes y efectivas de participación real de las organizaciones sociales en las instancias de decisión, evitando que estas situaciones vuelvan a repetirse.

De las actas proporcionadas por el MSP surge que la CONASIDA, si bien tuvo un funcionamiento regular durante todo el período, destinó gran parte de su tiempo al proyecto del Fondo Mundial desatendiendo otras tareas que también hacen a su cometido. Además se constata que la participación en esta instancia es muy desigual entre los representantes de gobierno y las organizaciones sociales, siendo éstas las que más cumplen a pesar de que las reuniones son durante el horario de funcionamiento de las entidades estatales. Las organizaciones sociales más activas e involucradas en este período de gestión de la CONASIDA fueron: ICW, IELSUR, ATRU, Red de personas con VIH (Red PWVS), AMEPU, PIT-CNT, Fransida, ASEPO, Compañeros de las América, Ovejas Negras, Iniciativas Latinoamerica y MYSU.

VALORACIONES SOBRE EL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

AVANCES

La experiencia de MYSU en tanto organización que ha participado y participa activamente en mecanismos de diálogo con el Estado y en la ejecución de proyectos participativos, así como la documentación elaborada por organizaciones como ICD, CAInfo y otras que sistematizan el rol y la participación de las organizaciones sociales, permiten afirmar que la sociedad civil, ya sea a través de organizaciones formales o informales, grupos permanentes o que se nuclean por coyunturas particulares, han jugado un rol crucial en la promoción de la transparencia y de la rendición de cuentas de los gobiernos y de las empresas, con resultados altamente efectivos.

En las últimas décadas se ha demostrado la capacidad de la sociedad civil para influenciar en la respuesta de los gobiernos ante situaciones de emergencia, actos de corrupción, para la entrega de servicios sociales, para el respecto de los Derechos Humanos, el derecho de las mujeres, de los grupos étnicos y de los sectores más vulnerados o marginalizados. En algunos casos ésto ha sido posible por el diseño de mecanismos de participación en políticas públicas y a través del monitoreo y seguimiento de su implementación.

Las acciones de incidencia social y la articulación de diversos actores y movimientos hicieron posible que la agenda de salud y derechos sexuales y reproductivos se convirtiera en un asunto público y político ineludible. Los avances alcanzados en el país en esta materia, tienen un largo proceso de demandas, propuestas y acciones impulsadas desde la sociedad civil que permitieron concretarlos como logros del gobierno, reconocidos a nivel nacional, regional e internacional.

RESTRICCIONES Y OBSTÁCULOS

Si bien existe una batería de mecanismos creados para habilitar el diálogo entre el Estado y la ciudadanía organizada, muchos de estos mecanismos no tienen las condiciones requeridas para cumplir con la misión para la que fueron creados.

El concepto de participación, sus alcances y características varía en función de la fuerza política, el sector, la entidad o la persona responsable de la conducción y coordinación del dispositivo de participación que se trate. No existe un criterio único o consenso generalizado sobre la participación y es uno de los asuntos de profundización democrática que requiere más y mejores debates.

La participación social como derecho aún no es un concepto acabado. Este se interpreta de forma distinta según el cristal con que se mire y según el lugar desde el que se demande.

Si bien la participación es un proceso importante en la profundización de la transparencia de las gestiones, las rendiciones de cuenta y la definición y evaluación de las decisiones políticas, aún es una declaración que no se sustenta coherentemente en los hechos, a través de generar mejores oportunidades y prácticas de participación democráticas.

La rendición de cuentas adopta formas distintas en el plano local, nacional e internacional, y es muy influida aún por diversos intereses y de acuerdo al contexto político, regulatorio y social por el que atraviese el país.

ASUNTOS PENDIENTES

Para avanzar en el indiscutible objetivo de profundizar una sociedad democrática con mecanismos claros, transparentes y no discriminatorios de participación social, se deberían destinar más y mejores esfuerzos para su consolidación.

En los próximos cinco años las nuevas autoridades deberían promover, legitimar y generar mejores condiciones para la participación social, destinando los esfuerzos suficientes para que la misma pueda ser informada y estar en condiciones de realizar aportes.

Las leyes, planes, programas y gestiones deben poder ser controlados para que su implementación sea la adecuada y se le asignen los recursos presupuestales y humanos necesarios y suficientes, tanto a nivel nacional como departamental y local, para que sean de calidad y accesible a todas las personas que lo requieran, sin discriminaciones.

Los mecanismos que refieren a las políticas en salud y derechos sexuales y reproductivos deben ser fortalecidos y revisados en su funcionamiento para que puedan incidir efectivamente sobre el cumplimiento de los marcos normativos y la calidad de la atención de las prestaciones creadas. Sólo así podrán identificar los nudos críticos y aportar propuestas para superar los vacíos y problemas identificados.

El acceso y la difusión de la información, las evaluaciones y mediciones de desempeño de políticas y programas, el efectivo funcionamiento de los mecanismos participativos y consultivos, constituyen medidas esenciales, porque sin ellas, cualquier iniciativa de transparencia y rendición de cuentas estará destinada a fracasar.

El registro de las actividades de los mecanismos participativos, el acceso a las mismas, los proyectos que se gestionan, la información financiera y contable, los procesos de toma de decisiones, constituyen algunos de los insumos necesarios para que la participación tenga impacto en la gobernanza, la democracia y el avance en la consolidación de garantías para el ejercicio de derechos.

CAPÍTULO 6

Para asegurar y avanzar sobre lo alcanzado

En base a los estudios realizados por MYSU en el quinquenio 2010-2014 y en función de las acciones de monitoreo e incidencia social para promover las políticas en salud y derechos sexuales y reproductivos que se han implementado. Teniendo presentes y habiendo incorporado los hallazgos de las investigaciones y aportes de distintos profesionales, investigadores y expertos en distintos campos que hacen a las políticas de población y desarrollo. Así como lo trabajado a lo largo de este período en articulación con diversas expresiones del movimiento social, MYSU concluye que habría una batería de asuntos pendientes para seguir avanzando en el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el país.

Estas recomendaciones aportarían a cumplir con las medidas acordadas en el Consenso de Montevideo y con los mecanismos que se creen para controlar su implementación.

ASUNTOS PENDIENTES

RESPECTO AL MARCO LEGAL

Revisar y corregir aquellas leyes que presentan contradicciones, límites y barreras para el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Asegurar desde el Estado la igualdad de condiciones para que toda persona pueda desarrollar sus capacidades y vivir con libertad y autonomía sin sufrir violencia ni discriminación por edad, sexo, clase social, condición, orientación e identidad sexual o de género y así lograr la legitimación, promoción y respeto social, cultural, legal y político de estos derechos.

En cuanto a la reforma del Código Penal que ha sido reconocida como muy necesaria y que debería procesarse en el próximo quinquenio, ésta debería salvaguardar bienes jurídicos como la libertad y la integridad física de las personas, evitando la criminalización del aborto, protegiendo la autonomía reproductiva y la justicia de género. Es alarmante que la reforma planteada pretenda introducir un título de protección de la vida prenatal, agravando la categorización del delito de aborto, entre otros problemas detectados en términos de violencia hacia las mujeres, niños/as, adolescentes y personas de orientación sexual e identidad de género diversa.

Incluir tipos penales no contemplados en la legislación actual ni en la reforma proyectada del Código Penal como la esterilización e inseminación forzada, manipulación del cuerpo de la mujer contra su voluntad y violencia obstétrica; de forma tal de garantizar los derechos a la salud, integridad física, a no sufrir tortura y a decidir libremente número y espaciamiento de hijos, formas de familia, orientaciones sexuales e identidad de género, sin padecer por ello ningún tipo de perjuicio.

Erradicar el "honor" como atenuante o eximente de responsabilidad, dado que ello es discriminatorio contra las niñas, adolescentes y mujeres y frecuentemente utilizado en los delitos de violencia contra ellas; así como eliminar la referencia al pudor como bien jurídico a tutelar en los delitos sexuales y la inclusión de todas las formas de expresión y dimensión de la violencia de género y hacia las mujeres, niños/as y adolescentes.

En síntesis, debería ser revisado, armonizado y modificado el marco normativo en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para superar los vacíos y problemas identificados así como mejorar y crear mecanismos eficientes para fiscalizar su implementación y cumplimiento.

RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

Otorgar un carácter diferente al rol de los equipos multidisciplinarios de referencia en SSR, quienes deberían controlar el cumplimiento de las normas y guías clínicas, coordinar y articular los esfuerzos para transversalizar la salud sexual y reproductiva en toda la atención de la salud.

Desde el MSP y desde la JUNASA, supervisar y asegurar la fiscalización sobre el cumplimiento de las normativas así como la coordinación de los mecanismos de referencia y contra-referencia que permitan la integralidad de la atención y el abordaje bio-psico-socio cultural, de parte de los equipos referenciales y de las instituciones de salud.

Articular esfuerzos entre distintas entidades para asegurar la promoción, la prevención y el acceso universal a la educación y a la SSR de calidad, integral y acorde a los requerimientos específicos de los distintos sectores de la población.

Subsanar el bajo conocimiento de las normas tanto por parte de los profesionales como de la población usuaria a través de efectivas estrategias de difusión y promoción. Debería hacerse énfasis en la incorporación de las guías clínicas al trabajo habitual de los servicios de salud. Así como llevar adelante más y mejores estrategia de promoción y prevención tanto desde las instituciones de salud como del propio Ministerio de Salud.

Realizar un monitoreo sostenido sobre el cumplimiento de la amplia normativa existente y optimizar la oportunidad que ofrece la atención de salud para brindar información en SSR pertinente, basada en evidencia y en calidad y cantidad adecuadas.

Colocar la prevención y la promoción en salud en un lugar de privilegio en el accionar de las instituciones. Utilizar recursos legales que prioricen el control del cumplimiento de la normativa podría favorecer también el acceso a información de los y las usuarios/as.

Desarrollar indicadores para medir la calidad de atención de los servicios basados en criterios de integralidad y que contemplen la debida aplicación de guías clínicas y normativas creadas. Esto permitiría hacer un mejor

monitoreo y una evaluación de los mismos, brindando herramientas sobre las cuales trabajar mejoras a futuro. A su vez, brindaría una mayor transparencia y posibilidades de rendición de cuentas a la población, favoreciendo el ejercicio ciudadano de control social.

Reforzar y desarrollar cuando no existen los mecanismos de recepción de denuncias ante situaciones de vulneración de derechos para que sean más efectivos y eficientes, asegurando respuestas que las reparen y subsanen. La información sobre los derechos que tiene la población y los dispositivos de denuncia y reparación cuando son vulnerados, deben mejorarse notoriamente.

Incorporar nuevas medidas tendientes a mejorar las prestaciones en SSR en los acuerdos que el Sistema Nacional Integrado de Salud establece con las Instituciones afiliadas o que solicitan ser acreditadas.

En síntesis para avanzar sobre lo logrado en este próximo periodo se debería fortalecer la capacidad del sistema de salud para asegurar la universalidad de acceso e integralidad de los servicios de salud sexual y reproductiva así como mejorar la difusión y la información sobre la existencia y el funcionamiento de estos servicios.

Asegurar la voluntad política a través de la asignación de los recursos financieros para que dichos servicios sean promovidos, de calidad, cuenten con los insumos necesarios y con los equipos profesionales debidamente capacitados para cumplir con las normativas y guías clínicas estipuladas, debería ser prioritario.

RESPECTO AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS

Profundizar y fomentar la capacitación y formación continua de los recursos humanos en la búsqueda de brindar una atención humana, calificada, en condiciones y con los insumos necesarios para cumplir satisfactoriamente con la función y la actuación de los equipos de salud y educación.

Realizar capacitaciones y campañas de sensibilización para los y las profesionales así como para la población en general, como una estrategia para erradicar el estigma y la discriminación vinculadas a decisiones en la vida sexual y reproductiva así como combatir estereotipos de género y subsanar dificultades encontradas en el desempeño de los servicios.

Trabajar con los y las profesionales de salud pero también con todo el plantel de directores y trabajadores de los centros de salud es de vital importancia para contrarrestar el efecto que los prejuicios, estereotipos y construcciones culturales tienen en la atención pero también en la difusión de información a los y las usuarios/as.

Emprender acciones verdaderamente preventivas y de promoción, identificando y superando todas aquellas condiciones y conflictos que han demostrado hacer deficitarias las intervenciones en términos de la calidad y oportunidad de la atención que brindan.

Intervenir sobre las prácticas que anteceden la vulneración de los derechos pero que van en esa dirección, así como robustecer los mecanismos de implementación y cumplimiento de los modelos calidad de atención, basada en derechos.

Abordar de manera amplia y urgente los debates éticos pendientes ante las situaciones que se generan con la objeción de ideario y de conciencia, y corregir los obstáculos y barreras que afectan la calidad y la integralidad de la atención.

Revisar la pertinencia de decretos reglamentarios y decisiones sanitarias que pudieran ser antagónicas al cometido de respetar la salud como derecho y/o pudieran vulnerar la autonomía y libertad de decisión de las personas.

En síntesis, un trabajo más cercano con los y las profesionales de la salud, profundizando en la capacitación continua en SSR y derechos humanos debería ser un eje de trabajo para el próximo quinquenio y de allí en más.

Se debe asegurar que el propósito de la norma se cumpla a través del funcionamiento de las instituciones y de las prácticas de los equipos profesionales. Se deberán corregir los problemas identificados y llegado el caso, deberán cambiarse las normas que demuestren vulnerar o no garantizar el derecho de la población beneficiaria.

RESPECTO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Promover, legitimar y generar mejores condiciones para la participación social destinando los esfuerzos para que la misma pueda ser informada y desarrollarse con legitimidad y autonomía.

Fortalecer y revisar el funcionamiento de los mecanismos de participación social para que puedan incidir efectivamente sobre el cumplimiento de los marcos normativos y la calidad de la atención de las prestaciones creadas. Sólo así podrán aportar a la superación de los nudos críticos y problemas identificados.

Asegurar el acceso a la información, las evaluaciones y mediciones de desempeño de políticas y programas, el efectivo funcionamiento de los mecanismos participativos y consultivos así como la difusión de los mismos y la rendición de cuentas de su accionar, son medidas esenciales sin las cuales cualquier iniciativa de transparencia y rendición de cuentas estará destinada a fracasar.

Apostar a la organización de la ciudadanía, reconociendo sus múltiples expresiones y fortalecerla en la exigibilidad de sus derechos y responsabilidades, es fundamental. Sólo así se podrá avanzar hacia un gobierno más abierto, democrático y participativo.

En síntesis, para avanzar en el indiscutible objetivo de profundizar en una sociedad democrática con mecanismos claros, transparentes y no discriminatorios de participación social, se deberían destinar más y mejores esfuerzos para su consolidación.

BIBLIOGRAFÍA

Abracinskas, L. y López A. (2010): Uruguay: la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En SERPAJ, Derechos Humanos en el Uruguay, Informe 2010.

Abracinskas, L. (2011): El medio vaso lleno, el medio vaso vacío: la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. En SERPAJ, Derechos Humanos en el Uruguay, Informe 2011

Abracinskas, L. (2012): Ellos ponen las condiciones, nosotras seguimos poniendo el cuerpo. Interrupción voluntaria del embarazo. En SERPAJ, Derechos Humanos en el Uruguay, Informe 2012

Abracinskas, L. (2014): Salud y derechos sexuales y reproductivos. Avances y desafíos. En SERPAJ, Derechos Humanos en el Uruguay, Informe 2013-2014

ANEP. Consejo Directivo Central. Programa de Educación Sexual (2008): Educación sexual: su incorporación al sistema educativo. Montevideo: ANEP.

Ahman E, Shah I. (2010): Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters*; 18(36): 90-101.

Alan Guttmacher Institute (2011): Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean. USA.

Alan Guttmacher Institute, UNFPA. Latin America and the Caribbea (2010): Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Updated November 2010. USA.

Aller, G. (2008): Reseña histórica de la Ley Penal. En: Dogmática de la acción y 'praxis penal'. Montevideo, BdeF. pp. 7-22.

Amorín, Carril y Varela (2006): Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de sectores medios de Montevideo. En: López Gómez, A. (coord.). Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios cualitativos. Montevideo: Ediciones Trilce, UNFPA.

Batthyány et. al. (2014): Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Desigualdades de Género en Uruguay. Fascículo 5. Montevideo, Programa de Población, FCS-UDELAR.

Batthyány, K. (2011): Los cuidados desde una perspectiva de género y derechos. En: Carrasco, A. et. al. El cuidado humano. Reflexiones (inter)disciplinarias. Montevideo, UDELAR.

Belli, R y L. Iñiguez (2008): El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Psico*. V 39 n 2 pp. 139-151.

Benia W., Macadar, D., Niedworok N. (2005): Reproducción biológica y social de la población uruguaya, una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Informe estudio cuantitativo Proyecto Género y Generaciones UNFPA, INE, MSP, UDELAR, IMM, MYSU Montevideo (Inédito).

Bottinelli, O., Buquet, D. (2010): El aborto en la opinión pública uruguaya. Cuadernos Aportes al Debate en salud, ciudadanía y derechos. *Epoca* 1 N°.2, Montevideo: MYSU.

Cabella, W. (coord.) (2012): Análisis de situación en población, Uruguay. Montevideo: Comisión Sectorial de Población, OPP.

Calvo, J. (2013): El país que viene. Una visión de largo plazo en relación a las políticas sociales con perspectiva ambiental. Montevideo, MIDES.

Casas, L., C. Dides y P. Isla (2002): Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva. Santiago de Chile: CORSAPS.

Castro R. (2010): Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En: Castro R y A. López Gómez (ed) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Facultad de Psicología - UDELAR, CRIM-UNAM.

Castro R. y J. Erviti (2002): La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: Rico B, López MP y G. Espinoza (coords.). Hacia una política de salud con enfoque de género. México: SSA-UNIFEM.

Castro V., M del C. (2008): De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

Castro, R. (2011): Teoría social y salud. Lugar Editorial. México D.F., Universidad Autónoma de México.

Checa S. (2004): Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.

CEPAL (2013): Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Montevideo. (Referido como CM en el documento).

Cillero Bruñol, M. (1997): Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios. En: Revista Infancia. Boletín del Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, IIN-OEA, N°. 234.

CLADEM (2010): Educación Sexual. Sistematización sobre educación en sexualidad en América Latina. Perú: CLADEM.

Comisión de Educación Sexual de la ANEP (2006): La incorporación de la educación sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo.

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2007): Estrategias y procedimientos. Montevideo: Programa Nacional De Cáncer de Cuello Uterino.

Cook, R., Dickens, B. y M. Fathalla (2005): Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Profamilia, segunda edición.

De Francisco, A, Dixon – Mueller, R y C. d'Arcangues (2007): Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Ginebra: Global Forum for Health Research, Organización Mundial de la Salud, HRP.

De Francisco, Dixon-Mueller, d'Arcanges (2007): Investigación en salud sexual y reproductiva en países de ingresos medios. Ginebra: Global Forum for Health Research.

Declaración de las organizaciones de la sociedad civil ante proyecto de reforma del código penal (2014). Uruguay.

De la Cuesta C (comp.) (1999): Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia.

Erviti J, Castro R, e I. Sosa. (2006): Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos* 24(72): 637-665.

Erviti J, Sosa I, y R. Castro (2007): El respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos. Ponencia presentada en el XII Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, marzo de 2007.

Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM (2004): *Globocan 2002: Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. IARC Cancer Base N°. , versión 2.0. Lyon: IARC Press, 2004.

Ferré, González, Rossi y Triunfo (2005): Los jóvenes en Uruguay: salud y redes sociales. Uruguay 2004. Documento de trabajo N°. 05/05. Montevideo: Departamento de Economía de la FCS-UDELAR.

Figuroa, J.G. (1990): Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México.

Filardo, V (2011): Transiciones a la adultez y educación. En: Filgueiras y Mieres (ed) Jóvenes en tránsito. Oportunidades y obstáculos en las trayectorias hacia la vida adulta. Montevideo: UNFPA, Rumbos.

Florez CE, Soto VE. (2008): El estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. New York: Inter-American Development Bank.

Fondo Nacional de Recursos (2015): Tratamiento de infertilidad humana mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. Normativa de cobertura del FNR. Uruguay.

Franco, L;Tsu, V; Herrero, R; Lazcano-Ponce, E. ;Hildesheim, A.; Muñoz, N.; Murillo, P.; Sánchez, G.; Andrus, J. (2008): Integration of Human Papillomavirus Vaccination and Cervical Cancer Screening in Latin America and

the Caribbean. *Vaccine* 26S (2008) L88–L95.

Freidson, E. (1970): *La profesión médica*. Barcelona: Taurus ediciones.

Gogna, M., Ramos S. et al. (2001): *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.

Guchin, M y Meré JJ (2004): *Jóvenes, sexualidad y VIH/Sida en Uruguay. Conocer para prevenir*. Montevideo: Iniciativa Latinoamericana, UNESCO.

Health and Human Rights (2003): *Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico*. *Health and Human Rights*, November, 7(1): 90-110.

Herrera C. (2010): *De pacientita a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México*. En: Castro, R y A. López Gómez (Ed) "Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina". Montevideo: Facultad de Psicología - UDELAR, CRIM-UNAM.

Hirsch, A. (2003): *Ética profesional como proyecto de investigación*. En: *Teoría de la Educación*. Revista Interuniversitaria, Vol. 15, España, Ediciones Universidad de Salamanca, 235 -258.

Hotimsky S. (2010): *Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil* En: Castro, R y A. López Gómez (Ed) "Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina". Montevideo: Facultad de Psicología -UDELAR, CRIM - UNAM.

Ibáñez, T. (1988): *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Editorial Sendai.

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (1995). Nueva York, EEUU, Naciones Unidas.

Inmujeres (2015): *Informe país. Convención CEDAW 2007-2014. 8º y 9º Informe periódico de la República Oriental del Uruguay ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. Montevideo.

Instituto de Comunicación y Desarrollo (2014): *Gobierno Abierto: oportunidad para participar e incidir*. Manual para organizaciones de la sociedad civil, Uruguay.

Intendencia de Montevideo (2011): *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo: IM.

International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, Organización Mundial de la Salud (2010): *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

IPAS (2008): *Reproductive health in Latin America and the Caribbean*. Chapel Hill: Ipas.

IPPF (2012): *Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" 2012*. Del acuerdo a la acción; avances en Latinoamérica y el Caribe. México: IPPF.

IPPF/WHR – UNFPA/DC (2010): EXECUTIVE SUMMARY Draft Report on the USAID Graduation Policy for Population Funding in Latin America and the Caribbean Fact-finding Mission to Peru – May 16–22.

Jiménez M.A, Aliaga L., Rodríguez Vignoli, J. (2011): Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. Serie Población y Desarrollo N°97. Santiago de Chile: CELADE, CEPAL.

Jodelet, D. (1985): La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En: Moscovici, S. Psicología Social. Vol. 2. Barcelona: Paidós

Kiss, L y LB Schraiber (2009): Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciência e Saúde Coletiva on line.

Langer, A; Nigenda G. (2000): Sexual and Reproductive Health and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. New York: Population Council/Inter-American Development Bank.

Llovet, JJ (1999): Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo. En: Bronfman y Castro: Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México: EDAMEX.

López Gómez, A., Abracinskas, L. y Furtado, M. (2009): Balance a 15 años de la CIPD. Avances y retos para el pleno cumplimiento del plan de acción. en Cuadernos de UNFPA, Año 3, N°4, de noviembre de 2009.

López Gómez, A y E Carril (2010): Aborto en Uruguay. Tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En: Castro, R y A. López Gómez (Ed) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Facultad de Psicología – Udelar, CRIM–UNAM.

López Gómez, A, Benia W, Contera M, Güida, C. (2003): Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República, Fundación Mexicana para la Salud.

López Gómez, A. (coord.) (2006): Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios cualitativos. Montevideo: Editorial Trilce.

López Gómez, A. (coord.) Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995–2004. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar.

López Gómez, A., Benia, W. Aleman, A., Vazquez, J. (2011): Una década de sífilis gestacional y sífilis congénita en Uruguay: 2000 – 2009; Montevideo: CLAP/SMR.

López, E y S Mario (2009): La fecundidad en la Argentina 1996–2006: convergencias y divergencias. Población, Año 2, N°4. Buenos Aires: Dirección Nacional de Población.

Lourau, R. (1975): El análisis institucional. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

MEC (2012): Anuario estadístico 2011. Montevideo.

MSP. División Economía de la Salud (2010): Logros y desafíos de la equidad en salud en Uruguay.

MSP (2010): Discurso del Sr. Ministro de Salud Pública, Ec. Daniel Olesker, 8 de marzo de 2010, Día Internacional de las Mujeres. Consultado 20 de abril de 2010: http://www.msp.gub.uy/uc_3967_1.html 78 79.

MSP (2011): Informe de línea de base sobre servicios de salud sexual y reproductiva. Montevideo: Iniciativas Sanitarias, MSP, Montevideo.

MSP Uruguay (2012): Informe de la situación nacional de VIH/SIDA.

MSP Uruguay (2013): Informe de la situación nacional de VIH/SIDA.

Menéndez, Eduardo (1978): El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Franco Basaglia, La salud de los trabajadores, Ed. Nueva Imagen, México, pp. 11-53.

Miller, A. (2001): Sexual no reproductivo. Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En Derechos sexuales y derechos reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.

Miller, A. (2002): Las demandas por los derechos sexuales. En III Seminario Regional, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos. Lima: CLADEM, 121-140.

Moscovici, S. (1979): El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul.

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

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

MYSU (2010): Profesionales de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo, MYSU.

MYSU (2011): Violencia sexual: la intervención desde el sistema de salud. Importancia de un protocolo para la atención de víctimas de violaciones. En Cuadernos. Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos. Época 2, N° 4. Montevideo, MYSU.

MYSU (2012): Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013a): Educación Sexual, una construcción permanente. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013b): Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013c): Necesidades y demandas en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013d): Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud. Montevideo, MYSU. [Folleto con datos preliminares].

MYSU (2013e): VIH – Diversidad Sexual. Educación sexual para prevenir el Estigma y la discriminación. A 5 años de la Declaración Ministerial de México. Montevideo, MYSU.

MYSU (2013f): Ley 17.515 Trabajo Sexual. Desde la experiencia de las personas Trans. Montevideo: MYSU.

MYSU (2013g): VIH – Estigma y discriminación ¿Sabés lo que hicimos? Montevideo, MYSU.

MYSU (2014a): Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto. Informe de investigación. (Documento inédito).

MYSU (2014b): Plataforma Ciudadana en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Uruguay 2014. Montevideo, MYSU.

MYSU (2015a): Monitoreo VIH y Violencia contra las mujeres. Situación de las dos pandemias en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay. Informe Uruguay. Montevideo, MYSU.

MYSU (2015b): Estado de situación y desafíos en Derechos Sexuales y Reproductivos y Aborto. Departamentos de Soriano, Río Negro y Paysandú. (Documento inédito).

Obaid T. (2009): Fifteen years after the International Conference on Population and Development: what have we achieved and how do we move forward? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 106:102–05.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1991): Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH/SIDA. Uruguay. MSP/OPS- OMS.

Osimani, M.L.; Latorre, L. y otros (1999): Conocimientos, prácticas y actitudes en SIDA y drogas, CAPs en una población de Montevideo. Montevideo. MSP- PNS- AMEPU- IDES.

Pardo I, Varela C (2013): ¿Muy pocos hijos? Fecundidad y reemplazo de la población uruguaya. En: *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*. Montevideo: Programa de Población, FCS, UDELAR; Brecha.

Parsons T. (1939): *The professions and the social structure*. Social Forces, 17.

Pellegrino, A. (2010): *La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica*. Montevideo: UNFPA.

Perera M. (2005): *Sistematización crítica de la teoría de las Representaciones Sociales*. Tesis en opción al grado doctor en Ciencias Psicológicas. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ciudad Habana, Cuba.

Peri, A. y Pardo, I. (2008): Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada? *Cuadernos del UNFPA*, Año 2, N°2. Montevideo, UNFPA.

Portillo, J. (1992): *La sexualidad de los adolescentes. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano*. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental, Facultad de Medicina, UDELAR, UNFPA.

Proyecto Género y Generaciones (2005): *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Informe fase cuantitativa*. Montevideo: UNFPA; PNUD, MSP, IMM, UDELAR, MYSU.

R Development Core Team (2010): R: A Language and Environment for Statistical Computing, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, ISBN 3-900051-07-0.

Revista CADE: doctrina y jurisprudencia (2014). Año 6, vol. 26. pp. 57-63.

Reyes-Ortiz, Carlos A., Jean L. Freeman, Martha Peláez, Kyriakos S. Markides James S. Goodwin (2006): Mammography use among older women of seven Latin American and Caribbean cities. *Preventive Medicine* 42 (2006) 375-380.

Rieppi, Leticia (2013): Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) Ley N°.18.987, Decreto 375/2012. Proceso, Procedimiento, Derecho, Objeción de conciencia. Montevideo, Área Salud Sexual y Reproductiva, DEPS, MSP. (Presentación).

Ronsegurtt, A. (2014): El aura radiactiva. Crónica de una emancipación. Guía para ejercer los derechos individuales en la era de Internet. Ediciones de Benito, Uruguay.

Rossel, C (2009): Adolescencia y juventud en Uruguay: elementos para un diagnóstico integrado. Viejas deudas, nuevos riesgos y oportunidades futuras. Documento elaborado como insumo para el Primer Plan Nacional de Juventud, INJU-Mides. Montevideo.

Rothman AM y G Vilaseca (2001): Control, supervisión, covisión. Devenires en el análisis de la articulación persona – rol profesional. *Revista Clínica y Análisis Grupal* 23 (86): 165 – 172. Madrid.

Schraiber LB (2010): Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate. En: Castro, R y A. López Gómez (Ed) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Facultad de Psicología – UDELAR, CRIM – UNAM.

Schwartz, S. (2001): ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? [Are there universal aspects in the structure and content of human values?]. En M. Ros & V. Gouveia (Eds.), *Psicología social de los valores humanos* (pp. 53-76). Madrid: Biblioteca Nueva.

Sedgh, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole and Susheela Singh (2007): Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method Occasional Report No. 37. Guttmacher Institute.

Seiber, Bertrand y Sullivan (2007): Changes in Contraceptive Method Mix in Developing Countries. *International Family Planning Perspectives* 2007: 33 (3): 117-123.

Serge Moscovici (1981): *Psicología de las minorías activas*. Madrid: Morata. Ediciones Morata, 1996.

Solsona M. (1996): La segunda transición demográfica desde la perspectiva de género. En Solsona M (ed) *Las desigualdades de género en los viejos y los nuevos hogares*. Barcelona: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Universitat Autònoma de Barcelona.

Tillé, Y. y A. Matei (2010): *Sampling: Survey Sampling*. R package version 2.4.

Turner, B. (1990): Outline of a theory of citizenship. *Sociology* 24 (2): 189-217.

UNFPA (2010): Country Profiles for Population and Reproductive Health. New York: UNFPA.

UNICEF Uruguay, Asociación de Defensores Públicos del Uruguay, Dirección Nacional de Defensorías Públicas (2012): Manual para la defensa jurídica de los derechos humanos de la infancia. Montevideo.

Varela C. (coord.) (2008): Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI, Montevideo: UNFPA, UDELAR, Ed. Trilce.

Varela y Fostik, A. (2011): Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: ¿incorporación anticipada y precaria a la vida adulta?.

Varela, Fostik y Fernández Soto (2012): Maternidad en la juventud y desigualdad social. Cuadernos de UNFPA Año 6, N°.6. Montevideo: UNFPA.

WHO (2011): Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, sixth ed., Geneva: WHO.

WHO (2012): Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: WHO.

NORMATIVA REFERIDA

Código Civil Uruguayo.

Código Penal Uruguayo.

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas. 20 de noviembre de 1989.

Decreto N°. 375/012 Reglamentación de Ley N°. 18.987. Interrupción voluntaria del embarazo. 22 de noviembre de 2012.

Decreto N°. 69/014 Reglamentación de Ley N°. 19.167. Técnicas de reproducción humana asistida. 17 de marzo de 2014.

Decreto N° 311/014 Reglamentación de Ley N°.19.167. Técnicas de reproducción humana asistida. 30 de octubre de 2014.

Decreto N° 84/015 Reglamentación de Ley N°.19.167. Técnicas de reproducción humana asistida. 27 de febrero de 2015.

Ordenanza 369/04 Ministerio de Salud Pública. Asesoramiento para una maternidad segura. Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. 4 de agosto de 2004.

Proyecto de Ley de reforma del Código Penal. Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración. Carpeta N°. 486 de 2010. Diciembre de 2014.

Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Ministerio de Salud Pública, 2010.

Guía clínica de diagnóstico, monitorización y tratamiento de sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita. Ministerio de Salud Pública, 2012.

Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo IVE. Ministerio de Salud Pública, 2012.

Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH. Ministerio de Salud Pública, 2013. Disponible en:

Ley N°. 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicada en Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008 - N°. 27630.

Ley N°. 17.823 Código de la niñez y la adolescencia. Publicada en Diario Oficial el 14 de setiembre de 2004 - N°. 26586.

Ley N°. 18.987 Interrupción voluntaria del embarazo. Publicada en Diario Oficial el 30 de octubre de 2012 - N°. 28585.

Ley N°. 19.075 Matrimonio igualitario. Publicada en Diario Oficial el 9 de mayo de 2013 - N°. 28710.

Ley N°. 19.121 Estatuto del funcionario público de la administración central. Publicada en Diario Oficial el 28 de agosto de 2013 - N°. 28787.

Ley N°. 19.161 Subsidio por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada. Publicada en Diario Oficial el 15 de noviembre de 2013 - N°. 28844.

Ley N°. 19.167 Técnicas de reproducción humana asistida. Publicada en Diario Oficial el 29 de noviembre de 2013 - N°. 28854.

ANEXOS

El apartado de ANEXOS contiene los elementos normativos estrechamente relacionados a los temas abordados en el documento. En particular se encuentra las siguientes normas: Ley N°. 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008) y su Decreto Reglamentario N°. 293/010; Ley N°. 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012) y su Decreto Reglamentario N°. 375/012; Ley N°. 19.075 de Matrimonio igualitario (2013); Ley N°. 19.161 de Subsidio por Maternidad y por Paternidad para Trabajadores de la Actividad Privada (2013); Ley N°. 19.167 de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (2013) y sus Decretos Reglamentarios N° 69/014, N° 311/01, N° 84/015; Ordenanza 369/04 Ministerio de Salud Pública, Asesoramiento para una Maternidad Segura.

LEYES

- Ley N°. 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Publicada en Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008 - N°. 27630.
- Ley N°. 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Publicada en Diario Oficial el 30 de octubre de 2012 - N°. 28585.
- Ley N°. 19.075 Matrimonio Igualitario. Publicada en Diario Oficial el 9 de mayo de 2013. N°. 28710.
- Ley N°. 19.161 Subsidio por Maternidad y por Paternidad para Trabajadores de la Actividad Privada. Publicada en Diario Oficial el 15 de noviembre de 2013 - N°. 28844.
- Ley N°. 19.167 Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Publicada en Diario Oficial el 29 de noviembre de 2013 - N°. 28854.

DECRETOS

- Decreto N°. 293/010 Reglamentación de Ley N°. 18.426. Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. 30 de setiembre de 2010
- Decreto N°. 375/012 Reglamentación de Ley N°. 18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo. 22 de noviembre de 2012
- Decreto N° 69/014 Reglamentación de Ley N°. 19.167. Técnicas de Reproducción Humana Asistida. 17 de marzo de 2014
- Decreto N° 311/014 Reglamentación de Ley N°. 19.167. Técnicas de Reproducción Humana Asistida. 30 de octubre de 2014
- Decreto N° 84/015 Reglamentación de Ley N°. 19.167. Técnicas de Reproducción Humana Asistida. 27 de febrero de 2015

ORDENANZAS

- Ordenanza 369/04 Ministerio de Salud Pública. Asesoramiento para una maternidad segura. Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. 4 de agosto de 2004.

LEY N.º. 18.987 | INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I | CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y REQUISITOS

Artículo 1º.

(Principios generales).- El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N.º 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos.

Artículo 2º.

(Despenalización).- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gestación.

Artículo 3º.

(Requisitos).- Dentro del plazo establecido en el artículo anterior de la presente ley, la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

El médico dispondrá para el mismo día o para el inmediato siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario que podrá ser el previsto en el artículo 9º del Decreto 293/010 Reglamentario de la Ley N.º 18.426, de 1º de diciembre de 2008, el que a éstos efectos estará integrado al menos por tres profesionales, de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social.

El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.

En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable.

A partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, la mujer dispondrá de un período de reflexión mínimo de cinco días, transcurrido el cual, si la mujer ratificara su voluntad de interrumpir su embarazo ante el médico ginecólogo tratante, se coordinará de inmediato el procedimiento, que en atención a la evidencia científica disponible, se oriente a la disminución de riesgos y daños. La ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, e incorporada a su historia clínica.

Cualquiera fuera la decisión que la mujer adopte, el equipo interdisciplinario y el médico ginecólogo dejarán constancia de todo lo actuado en la historia clínica de la paciente.

Artículo 4°.

(Deberes de los profesionales).- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario deberán:

- a. Orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a éstos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes.
- b. Entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.
- c. Garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo.
- d. Cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.
- e. Abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción.

Artículo 5°.

(Deberes de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud).- Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán:

- a. Promover la formación permanente del equipo profesional interdisciplinario especializado en salud sexual y reproductiva para dar contención y apoyo a la decisión de la mujer respecto a la interrupción de su embarazo.
- b. Estimular el trabajo en equipos interdisciplinarios cuya integración mínima en cuanto a número y calidad será la dispuesta en el artículo 3° de esta ley.
- c. Interactuar con instituciones públicas u organizaciones sociales idóneas que brinden apoyo solidario y calificado, en los casos de maternidad con dificultades sociales, familiares o sanitarias.
- d. Poner a disposición de todos los usuarios mediante publicaciones en cartelera, boletines de información periódica u otras formas de información, la lista del personal de la institución que integra los equipos interdisciplinarios a que hace referencia la presente ley.
- e. Garantizar la confidencialidad de la identidad de la mujer y de todo lo manifestado en las consultas previstas en el artículo 3° de esta ley, así como de todos los datos anotados en su historia clínica, aplicándose en lo pertinente las disposiciones de la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008.
- f. Garantizar la participación de todos los profesionales que estén dispuestos a integrar los equipos interdisciplinarios, sin discriminaciones de ninguna naturaleza.

Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el literal b), numeral 2 del artículo 4° de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008, y de cualquier otra disposición reglamentaria que disponga el Poder Ejecutivo a este respecto, los directores técnicos de las citadas instituciones dispondrán controles periódicos del estricto cumplimiento de lo establecido en los artículos 3°, 4° y 5° de la presente ley.

Artículo 6°.

(Excepciones).- Fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos en los artículos 2° y 3° de esta ley, la interrupción del embarazo solo podrá realizarse:

- a. Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.
- b. Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.
- c. Cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación.

En todos los casos el médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo la mujer prestar consentimiento informado, excepto cuando en el caso previsto en el literal A) del presente artículo, la gravedad de su estado de salud lo impida.

Artículo 7°.

(Consentimiento de las adolescentes).- En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 bis de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7° de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008.

Cuando por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, la adolescente podrá presentarse con los antecedentes producidos por el equipo médico actuante ante el Juez competente. El Juez deberá resolver en un plazo máximo de tres días corridos contados a partir de la presentación ante la sede, respecto a si el consentimiento ha sido expresado en forma espontánea, voluntaria y consciente. A tal efecto, el Juez convocará a la adolescente y al Ministerio Público, para oírlos y recabar su consentimiento para la interrupción del embarazo, conforme a lo previsto en el artículo 8° del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004). El procedimiento será verbal y gratuito.

Son jueces competentes para entender en las causas que se sustancien por la aplicación del presente artículo, los Jueces Letrados de Familia Especializados en Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia con competencia en materia de familia especializada, en el interior del país.

Artículo 8°.

(Consentimiento de mujeres declaradas incapaces).- Si se tratara de una mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente del domicilio de la incapaz que –previa vista al Ministerio Público– evaluará la conveniencia del otorgamiento de la misma, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia.

CAPÍTULO II | DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 9°.

(Acto médico).- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comercial.

Artículo 10.

(Obligación de los servicios de salud).- Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley. A tales efectos, deberán establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a sus usuarias el acceso a dichos procedimientos dentro de los plazos establecidos.

Las instituciones referidas en el inciso anterior, que tengan objeciones de ideario, preexistentes a la vigencia de esta ley, con respecto a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo que se regulan en los artículos anteriores, podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos.

Artículo 11.

(Objeción de conciencia).- Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3° y el artículo 6° de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen.

La objeción de conciencia podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, basando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña. Se entenderá que la misma ha sido tácitamente revocada si el profesional participa en los procedimientos referidos en el inciso anterior, con excepción de la situación prevista en el último inciso del presente artículo.

La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios.

Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

Lo dispuesto en el presente artículo, no es aplicable al caso previsto en el literal A) del artículo 6° de esta ley.

Artículo 12. (Registro estadístico).- El Ministerio de Salud Pública deberá llevar un registro estadístico de:

1. Las consultas realizadas en los términos previstos por el artículo 3°.
2. Los procedimientos de aborto realizados.
3. Los procedimientos previstos en los literales A), B) y C) del artículo 6°.
4. El número de mujeres que luego de realizada la entrevista con el equipo interdisciplinario deciden proseguir con el embarazo.
5. Los nacimientos y cualquier otro dato sociodemográfico que estime pertinente para evaluar en forma anual los efectos de la presente ley.

Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán llevar sus propios registros de acuerdo a lo establecido en el presente artículo. El Poder Ejecutivo reglamentará los datos que incluirán tales registros, la forma y la periodicidad en que las citadas instituciones comunicarán la información al Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO III | DISPOSICIONES FINALES

Artículo 13.

(Requisito adicional).- Sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley las ciudadanas uruguayas naturales o legales o las extranjeras que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

Artículo 14.

(Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 15.

(Reglamentación y vigencia).- Atento a la responsabilidad cometida al Estado y a los efectos de garantizar la eficacia de lo dispuesto en la presente ley, la misma entrará en vigencia a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo la reglamentará.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 17 de octubre de 2012.

DANILO ASTORI,
Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,
Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Montevideo, 22 de octubre de 2012.

Cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo.

JOSÉ MUJICA.
JORGE VENEGAS.
EDUARDO BONOMI.
ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDOBRO.
RICARDO EHRLICH.

LEY N.º. 19.075 | MATRIMONIO IGUALITARIO

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.- Sustitúyese el artículo 83 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 83.- El matrimonio civil es la unión permanente, con arreglo a la ley, de dos personas de distinto o igual sexo.

El matrimonio civil es obligatorio en todo el territorio del Estado, no reconociéndose, a partir del 21 de julio de 1885, otro legítimo que el celebrado con arreglo a este Capítulo y con sujeción a las disposiciones establecidas en las leyes de Registro de Estado Civil y su reglamentación".

Artículo 2º.- Sustitúyese el artículo 97 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 97.- Juzgada improcedente la denuncia, o no habiéndose presentado alguna, el Oficial de Estado Civil procederá a celebrar el matrimonio en público, pro tribunali, a presencia de cuatro testigos parientes o extraños, recibiendo la declaración de cada contrayente, que quieren unirse en matrimonio civil. Acto continuo declarará el Oficial de Estado Civil, a nombre de la ley, que quedan unidos en matrimonio legítimo, y levantará en forma de acta la partida de matrimonio, dando copia a los contrayentes, si la pidieren".

Artículo 3º.- Sustitúyense las denominaciones de las Secciones I y II, del Capítulo IV, del Título V "Del Libro Primero" del Código Civil, por las siguientes:

"Sección I De los deberes de los cónyuges para con sus hijos y de su obligación y la de otros parientes a prestarse recíprocamente alimentos.

Sección II De los derechos y obligaciones entre los cónyuges".

Artículo 4º.- Sustitúyese el artículo 129 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 129.- El deber de convivencia es recíproco entre los cónyuges.

Ambos contribuirán a los gastos del hogar (artículo 121) proporcionalmente a su situación económica".

Artículo 5º.- Sustitúyese el artículo 148 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 148.- La separación de cuerpos solo puede tener lugar:

1. Por el adulterio de cualquiera de los cónyuges. Existe adulterio, cuando se hubieran mantenido relaciones sexuales fuera del matrimonio con personas del mismo o diferente sexo, lo que se entenderá sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 127, inciso segundo, de este Código.
2. Por la tentativa de uno de los cónyuges contra la vida del otro, pronunciada la sentencia criminal condenatoria.
3. Por sevicias o injurias graves del uno respecto del otro. Estas causales serán apreciadas por el Juez teniendo en cuenta la educación y condición del cónyuge agraviado.
4. Por la propuesta de cualquiera de los cónyuges para prostituir al otro cónyuge.
5. Por el conato de cualquiera de los cónyuges para prostituir a sus hijos o menores a cargo y por la convivencia en la prostitución de aquellos.

6. Cuando hay entre los cónyuges riñas y disputas continuas, que les hagan insoportable la vida común.
7. Por la condena de uno de los cónyuges a pena de penitenciaría por más de diez años.
8. Por el abandono voluntario del hogar que haga uno de los cónyuges, siempre que haya durado más de tres años.
9. Por la separación de hecho, ininterrumpida y voluntaria de por lo menos uno de los cónyuges durante más de tres años, sea cual fuere el motivo que la haya ocasionado.
10. Por la incapacidad de cualquiera de los cónyuges cuando haya sido declarada por enfermedad mental permanente e irreversible (artículo 431 y siguientes en cuanto sean aplicables) y siempre que se cumplan los siguientes requisitos:
 - a. Que haya quedado ejecutoriada la sentencia que declaró la incapacidad.
 - b. Que, a juicio del Juez, apoyado en dictamen pericial, la enfermedad mental sea de tal naturaleza que racionalmente no pueda esperarse el restablecimiento de la comunidad espiritual y material propia del estado de matrimonio.

Ejecutoriada la sentencia, el cónyuge o excónyuge en su caso deberá contribuir a mantener la situación económica del incapaz, conjuntamente con todos los demás obligados por ley a la prestación alimenticia según las disposiciones aplicables (artículos 116 y siguientes).

11. Por el cambio de identidad de género cuando este se produzca con posterioridad a la unión matrimonial, aun cuando este cambio retrotrajera a una identidad anterior".

Artículo 6º.- Sustitúyese el artículo 149 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 149.- La acción de separación de cuerpos no podrá ser intentada, sino por uno de los cónyuges, pero ninguno de ellos podrá fundar la acción en su propia culpa".

Artículo 7º.- Sustitúyense los artículos 157 y 158 del Código Civil, por los siguientes:

"ARTÍCULO 157.- Decretada la separación provisional, el Juez a instancia de parte mandará que se proceda a la facción del inventario de los bienes del matrimonio, así como todas las medidas conducentes a garantizar su buena administración, pudiendo separar a cualquiera de los cónyuges de la administración o exigirle fianza".

"ARTÍCULO 158.- Serán nulas todas las obligaciones contraídas por cualquiera de los cónyuges a cargo de la sociedad conyugal, así como las enajenaciones que se hagan de los bienes de esa sociedad, toda vez que fueren en contravención de las providencias judiciales que se hubieren dictado e inscripto en el Registro respectivo".

Artículo 8º.- Sustitúyese el artículo 161 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 161.- Producida la reconciliación, el cónyuge demandante podrá nuevamente iniciar la acción, ya por causa superviniente -en cuyo caso podrá hacer uso de las anteriores para apoyarla-, ya por causa anterior que hubiera sido ignorada por el actor al tiempo de la reconciliación.

La ley presume reconciliación cuando ambos cónyuges cohabitan, después de haber cesado la habitación común".

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 183 del Código Civil, que quedará redactado de la siguiente manera:

"ARTÍCULO 183.- Cuando el matrimonio hubiere durado más de un año, el cónyuge o ex cónyuge quedará en la obligación de contribuir a la congrua y decente sustentación del cónyuge o ex cónyuge no culpable de la separación, por un plazo igual a la duración del matrimonio, con una pensión que permita al beneficiario conservar en lo posible la posición que tenía durante el matrimonio.

También se fijará una pensión alimenticia congrua, si el matrimonio hubiere durado al menos un año y quien pide la pensión probare que fue el encargado de las tareas dentro del hogar. Esta pensión deberá servirse por el tiempo que haya durado el matrimonio.

La pensión congrua se determinará teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Las posibilidades del obligado y las necesidades del beneficiario, en especial, los bienes que este recibiere al liquidar y partir la indivisión postcomunitaria;
- b. específicamente respecto del beneficiario:
 1. el apartamento total o parcial del beneficiario de la vida laboral, como consecuencia de su dedicación a la vida matrimonial o familiar;
 2. las posibilidades efectivas de inserción o de reinserción en la vida laboral, atendiendo a sus aptitudes personales, edad, salud y demás actores del caso concreto, y en general, todos aquellos elementos que incidieran o hubieran incidido en dificultar o impedir su decente sustentación.

En situaciones que así lo justifiquen, el beneficiario de los alimentos podrá mantener su derecho a percibir pensión aun vencido el plazo establecido en el inciso primero de este artículo, atento a la duración de la vida de consuno matrimonial, a la edad del beneficiario, y su incidencia en la dificultad o alta improbabilidad de reinserción de este en la vida laboral. De no existir acuerdo, ni demandarse dentro de dichos plazos el mantenimiento del derecho, se producirá automáticamente el cese del servicio pensionario.

En caso de producirse el divorcio por sentencia recaída en juicio de sola voluntad de uno de los cónyuges, la culpabilidad de la separación podrá acreditarse en el juicio de alimentos.

El cónyuge o ex cónyuge que se encuentre en la indigencia tiene derecho a ser socorrido por su consorte, en lo que necesite para su modesta sustentación, aunque él sea el que ha dado motivo a la separación.

A los efectos de los plazos referidos en los incisos anteriores, se computará como duración del matrimonio el tiempo transcurrido entre su celebración y la sentencia que decrete la separación provisional de los cónyuges (artículo 154)".

Artículo 10.- Sustitúyese el artículo 187 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 187.- El divorcio solo puede pedirse:

1. Por las causas enunciadas en el artículo 148 de este Código.
2. Por el mutuo consentimiento de los cónyuges.

En este caso será necesario que los cónyuges comparezcan personalmente en el mismo acto ante el Juez Letrado de su domicilio, a quien expondrán su deseo de separarse. El Juez propondrá los medios conciliatorios que crea convenientes y si estos no dieran resultado, decretará desde luego la separación provisoria de los cónyuges y las medidas provisionales que correspondan.

De todo se labrará acta que el Juez firmará con las partes y al final de la que fijará nueva audiencia con plazo de tres meses a fin de que comparezcan nuevamente los cónyuges a manifestar que persisten en sus propósitos de divorcio. También se labrará acta de esta audiencia y se citará nuevamente a las partes que comparezcan en un nuevo plazo de tres meses, a fin de que hagan manifestación definitiva de su voluntad de divorciarse. Si así lo hicieren se decretará el divorcio, pero si los cónyuges no comparecieren a hacer la manifestación, se dará por terminado el procedimiento.

3. Por la sola voluntad de cualquiera de los cónyuges.

En este caso el cónyuge solicitante deberá comparecer personalmente ante el Juez Letrado de su domicilio, a quien expondrá su deseo de disolver el matrimonio. El Juez hará constar en acta este pedido y en el mismo acto fijará audiencia para celebrar un comparendo entre los cónyuges en el que se intentará

la conciliación y se resolverá la situación de los hijos, si los hubiere, se fijará la pensión alimenticia que el otro cónyuge debe suministrar a quien ejerce efectivamente la tenencia de los hijos mientras no se decreta la disolución del vínculo y se resolverá sobre la situación provisoria de los bienes. Si no comparece el cónyuge contra quien se pide el divorcio, el Juez resolverá, oídas las explicaciones del compareciente, sobre la situación de los hijos y la pensión alimenticia decretando en todos los casos la separación provisoria de los cónyuges y fijando una nueva audiencia con plazo de sesenta días a fin de que comparezca la parte que solicita el divorcio a manifestar que persiste en sus propósitos.

También se labrará acta de esta audiencia y se señalará una nueva, con plazo de sesenta días, para que el cónyuge peticionante concurra a manifestar que insiste en su deseo de divorciarse.

En esta última audiencia el Juez citará a los cónyuges a un nuevo comparendo e intentará de nuevo la conciliación entre ellos y, comparezca o no el cónyuge demandado, decretará

Siempre que el cónyuge que inició el procedimiento dejara de concurrir a alguna de las audiencias o comparendos prescritos en este numeral, se lo tendrá por desistido.

El divorcio por esta sola voluntad no podrá solicitarse sino después de haber transcurrido dos años de la celebración del matrimonio.

Cada cónyuge tendrá derecho, desde el momento que se decreta la separación provisoria, a elegir libremente su domicilio. Cuando al cónyuge que no ha pedido el divorcio no se le pudiera citar personalmente o estuviera ausente del país, el Juez lo citará por edictos y si no compareciese, vencido el término del emplazamiento, se le nombrará defensor de oficio".

Artículo 11.- Sustitúyese el artículo 190 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 190.- Disuelto legalmente el matrimonio, los cónyuges quedan facultados para contraer nueva unión matrimonial.

Los cónyuges divorciados podrán volver a unirse entre sí, celebrando nuevo matrimonio.

No es aplicable al caso del inciso anterior lo dispuesto por el artículo 112 de este Código".

Artículo 12.- Sustitúyese el artículo 191 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 191.- Ejecutoriada la sentencia de divorcio, no podrá el excónyuge, usar el apellido del otro".

Artículo 13.- Sustitúyese el artículo 194 del Código Civil, en la redacción dada por el artículo 24 de la Ley N° 18.246, de 27 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 194.- Cesa la obligación de servir pensión que impone al cónyuge o ex cónyuge el artículo 183 de este Código, si el beneficiario contrajere nuevo matrimonio o viviere en unión concubinaria declarada judicialmente, o si mantuviere vida de consuno estable con una duración mínima de un año.

También corresponderá el cese de la obligación alimentaria si el concubinato en el cual el acreedor se encontrare cumple con los requisitos establecidos para su reconocimiento aun cuando este no estuviera declarado; en este caso, el interesado en el cese podrá probarlo judicialmente a los solos efectos del cese de la obligación alimentaria.

El límite temporal del servicio pensionario previsto por el inciso primero del artículo 183 del Código Civil, en la redacción dada por esta ley, no regirá respecto de las personas cuya sentencias de divorcio y/o pensión alimenticia hayan ejecutoriadas con anterioridad a la

Artículo 14.- Sustitúyense los artículos 214 a 221 inclusive del Código Civil, en la redacción dada por el artículo 29 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, por los siguientes:

“ARTÍCULO 214.- Viviendo los cónyuges de consuno, y sin perjuicio de la prueba en contrario, la ley considera al otro cónyuge, jurídicamente progenitor de la criatura concebida por su esposa durante el matrimonio.

Las personas legitimadas por la ley, podrán destruir esta presunción acreditando que el vínculo biológico no existe.

Exceptúanse de lo dispuesto en el inciso anterior, las personas que están imposibilitadas biológicamente entre sí para la concepción y antes de la fecundación del óvulo ambos acepten bajo acuerdo expreso y escrito ser progenitores jurídicos del hijo matrimonial.

El consentimiento para la concepción con persona ajena al matrimonio, será revocable con las mismas formalidades, hasta el momento de la concepción.

Es nulo todo acuerdo firmado entre cónyuges o concubinos referido a la concepción de una criatura fruto de la unión carnal entre hombre y mujer, sin perjuicio de las obligaciones que la ley prevé para el cónyuge no concibiente respecto del hijo concebido”.

“ARTÍCULO 215.- Se considera concebida dentro del matrimonio, a la criatura nacida fuera de los ciento ochenta días después de contraído este y dentro de los trescientos días siguientes a su disolución. Esta presunción es relativa salvo en los casos de acuerdo expreso y escrito bajo las condiciones establecidas en el artículo 214”.

“ARTÍCULO 216.- Se considera, asimismo, la existencia de vínculo filial con el cónyuge que no concibió a la criatura nacida del otro cónyuge, dentro de los ciento ochenta días siguientes al matrimonio, siempre que aquel haya conocido el embarazo antes de contraer matrimonio o haya admitido su relación filiatoria expresa (no se incluye en esta circunstancia el acuerdo expreso referido anteriormente) o tácitamente por cualquier medio inequívoco. Fuera de estos casos, bastará al cónyuge no concibiente negar judicialmente la relación filiatoria con la criatura habida por su cónyuge, de lo que se le dará conocimiento a este. Si la madre se opusiera surgirá el contradictorio”.

“ARTÍCULO 217.- La presunción de existencia de relación filiatoria del cónyuge no concibiente que se configura conforme a lo dispuesto por los artículos 214, 215 y 216 de este Código, podrá

“ARTÍCULO 218.- El cónyuge que no concibió podrá ejercer la acción de desconocimiento de relación filiatoria a efectos de impugnar la presunción de legitimidad que hubiera surgido, dentro del plazo de un año contado desde que tomó conocimiento del nacimiento de la criatura cuyo vínculo filiatorio la ley le atribuye fuera de los casos de acuerdo expreso antes referido.

Sus herederos podrán continuar la acción intentada por este, o iniciar la misma, si el cónyuge no concibiente hubiera muerto dentro del plazo hábil para deducirla. Los herederos dispondrán del plazo de un año a contar desde el fallecimiento de este siempre y cuando no se hubiese producido la situación mencionada en el inciso anterior (acuerdo expreso y escrito en las condiciones establecidas en el artículo 214 de este Código)”.

“ARTÍCULO 219.- Hallándose el hijo en posesión del estado filiatorio legítimo, tenga o no su título, podrá impugnar la presunción de existencia de relación filiatoria durante su minoría de edad actuando debidamente representado por un curador ‘ad litem’. Si la acción no hubiera sido intentada durante la menor edad del hijo, podrá ejercerla este dentro del plazo de cinco años a partir de su mayoría.

En caso de fallecer el hijo dentro del plazo hábil para interponer la demanda de impugnación de la relación filiatoria o durante su minoría de edad sin haberla interpuesto, la acción podrá ser ejercida por los herederos de este dentro del plazo que aquel contaba.

Todo esto sin perjuicio del derecho del hijo o sus herederos a conocer su ascendencia biológica en cualquier momento y a esos solos efectos, aun existiendo el acuerdo referido en el artículo 214".

"ARTÍCULO 220.- De faltar la posesión de estado de filiación legítima aun cuando exista su título, la acción de desconocimiento de existencia de relación filiatoria podrá ser intentada indistintamente por cualquiera de sus progenitores biológicos, por un curador 'ad litem' que actúe en representación del hijo, o por el hijo al llegar a la mayoría de edad. Los progenitores biológicos no podrán accionar una vez que su hijo haya llegado a la mayoría de edad. En ausencia de posesión de estado de filiación legítima, la acción será imprescriptible para el hijo.

En los casos en que este artículo, el artículo 219 y el inciso cuarto del artículo 227, en la redacción dada por el artículo 28 de la

El acogimiento de la acción deducida por cualquiera de los progenitores biológicos, dejará al hijo emplazado en el estado civil de hijo natural del demandante".

"ARTÍCULO 221.- El proceso no será válidamente entablado si no intervienen en el mismo, en calidad de sujetos activos o pasivos, en su caso, el cónyuge no concubiente, la madre y el hijo de esta".

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 1025 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 1025.- La ley llama a la sucesión intestada, en primer lugar, a la línea recta descendente.

Habiendo descendientes estos excluyen a todos los otros herederos, sin perjuicio de la porción conyugal que corresponda al cónyuge sobreviviente".

Artículo 16.- Sustitúyese el artículo 1031 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 1031.- El cónyuge separado (artículo 148) no tendrá parte alguna en la herencia abintestato de su cónyuge, si por sentencia hubiese sido declarado culpable de la separación".

Artículo 17.- Sustitúyese el artículo 1952 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 1952.- El que dona capital a cualquiera de los cónyuges, no queda sujeto a evicción sino en caso de fraude y en el del artículo 1629".

Artículo 18.- Sustitúyense los artículos 1954 y 1955 del Código Civil, por los siguientes:

"ARTÍCULO 1954.- Si las donaciones fuesen onerosas, se deducirá de los bienes del donatario, sea cual fuere de los cónyuges, el importe de las cargas que hayan sido soportadas por la sociedad".

"ARTÍCULO 1955.- Son bienes gananciales:

1. Todas las deudas y obligaciones contraídas durante la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes por cualquiera de los cónyuges.
2. Los obtenidos por la industria, profesión, empleo, oficio o cargo de los cónyuges o de cualquiera de ellos.
3. Los adquiridos por hechos fortuitos, como lotería, juego, apuestas y similares.

4. Los frutos, rentas e intereses percibidos o devengados durante la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes, sean procedentes de los bienes comunes o de los propios de cada uno de los cónyuges.
5. Lo que recibiere alguno de los cónyuges por el usufructo de los bienes de los hijos de otro matrimonio.
6. El aumento de valor en los bienes propios de cualquiera de los cónyuges por anticipaciones de la sociedad o por la industria de cualquiera de ellos.

Será también ganancial el edificio construido durante la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes, en suelo propio de uno de los cónyuges, abonándose el valor del suelo al cónyuge a quien pertenecía".

Artículo 19.- Sustitúyese el artículo 1964 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 1964.- Se reputarán gananciales todos los bienes existentes en poder de cualquiera de los cónyuges al tiempo de disolverse la sociedad, si no se prueba que pertenecían privativamente a uno de ellos con anterioridad a la celebración del matrimonio o que los hubiera adquirido después por herencia, legado o donación".

Artículo 20.- Sustitúyense los artículos 1965 y 1966 del Código Civil, por los siguientes:

"ARTÍCULO 1965.- Son de cargo de la sociedad legal:

1. Todas las deudas y obligaciones contraídas durante la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes por cualquiera de los cónyuges.
2. Los atrasos o réditos devengados, durante la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes, de las obligaciones a que estuvieren afectos así los bienes propios de los cónyuges, como los gananciales.
3. Los reparos menores o de simple conservación ejecutados durante la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes en los bienes propios de cualquiera de los cónyuges. Los reparos mayores no son de cargo de la sociedad.
4. Los reparos mayores o menores de los bienes gananciales.
5. El mantenimiento de la familia y educación de los hijos comunes y también de los hijos de uno solo de los cónyuges.
6. Lo que se diere o gastare en la colocación de los hijos o hijas del matrimonio.
7. Lo perdido por hechos fortuitos, como lotería, juego, apuestas y similares".

"ARTÍCULO 1966.- Las deudas contraídas por cualquiera de los cónyuges antes de la vigencia del régimen de la sociedad legal de bienes no son de cargo de la sociedad.

Tampoco lo son las multas y condenaciones pecuniarias que les impusieren".

Artículo 21.- Sustitúyese el artículo 1968 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 1968.- La sociedad debe el precio, en unidades reajustables, de cualquiera cosa de alguno de los cónyuges que se haya vendido, siempre que no se haya invertido en subrogarla por otra propiedad (artículo 1958) o en un negocio personal del cónyuge cuya era la cosa vendida".

Artículo 22.- Sustitúyese el artículo 1994 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 1994.- En el estado de separación, los cónyuges deben contribuir a su propio mantenimiento y a los alimentos y educación de los hijos, a proporción de sus respectivas facultades. El Juez, en caso necesario, reglará la contribución".

Artículo 23.- Sustitúyese el artículo 2003 del Código Civil, por el siguiente:

"ARTÍCULO 2003.- El inventario comprenderá numéricamente y se traerán a colación, determinadas en unidades reajustables, las cantidades que, habiendo sido satisfechas por la sociedad, sean rebajables del capital de los cónyuges.

También se traerá a colación en unidades reajustables, el importe de las donaciones y enajenaciones que deban considerarse ilegales o fraudulentas con arreglo al artículo 1974. Exceptúanse los casos en que proceda la colación real".

Artículo 24.- Sustitúyense los artículos 2010 y 2011 del Código Civil, por los siguientes:

"ARTÍCULO 2010.- El fondo líquido de gananciales se dividirá por mitad entre los cónyuges o excónyuges o sus respectivos herederos".

"ARTÍCULO 2011.- Del haber del cónyuge fallecido se sacarán los gastos del luto del cónyuge superviviente".

Artículo 25.- Sustitúyese el artículo 27 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 1° de la Ley N° 18.590, de 18 de setiembre de 2009, por el siguiente:

"ARTÍCULO 27. (Del nombre):

1. El hijo habido dentro del matrimonio heterosexual llevará como primer apellido el de su padre y como segundo el de su madre. Los padres podrán optar por invertir el orden establecido precedentemente siempre que exista acuerdo entre ellos.
El acuerdo indicado en el inciso precedente de este numeral, sin perjuicio de lo indicado en el numeral 11 de este artículo, será de aplicación respecto del primero de los hijos de dichas parejas, que nazcan con posterioridad a la vigencia de la presente ley.
2. El hijo habido dentro del matrimonio homosexual llevará los apellidos de sus padres en el orden que ellos opten expresamente. En caso de no existir acuerdo, el orden de los apellidos se determinará por sorteo al momento de la inscripción, realizado por el Oficial de Estado Civil.
3. El hijo habido fuera del matrimonio, en caso de parejas heterosexuales, llevará como primer apellido el de su padre y como segundo el de su madre. Los padres podrán optar por invertir el orden establecido precedentemente siempre que exista acuerdo entre ellos. Será de aplicación en este caso, lo establecido en el segundo inciso del numeral 1 de este artículo.
4. El hijo habido fuera del matrimonio inscripto por uno solo de sus padres llevará los dos apellidos de este. Si el mismo no tuviere segundo apellido el niño llevará como primero el de quien lo está reconociendo seguido de uno de uso común.
5. El hijo habido fuera del matrimonio que no es inscripto por ninguno de sus padres, llevará igualmente el apellido de quien lo concibió, de conocerse, y otro de uso común seleccionado por el inscribiente.
6. El hijo habido fuera del matrimonio cuyos padres se desconocen, inscripto de oficio, llevará dos apellidos de uso común seleccionados por el Oficial de Estado Civil interviniente.
7. Los apellidos de uso común serán sustituidos por el de los padres que reconozcan a su hijo o sean declarados tales por sentencia, debiendo recabarse a tales efectos la voluntad del reconocido que haya cumplido los trece años de edad (artículo 32).
8. En los casos de adopción por parte de parejas heterosexuales, cónyuges o concubinos entre sí, el hijo sustituirá sus apellidos por el del padre adoptante en primer lugar y el de la madre adoptante en segundo lugar. Los padres adoptantes podrán de común acuerdo optar por invertir el orden establecido precedentemente. En los casos de adopción por parte de parejas homosexuales, cónyuges o concubinos entre sí, el hijo sustituirá sus apellidos por los de los padres adoptantes en el orden que ellos opten expresamente. En

caso de no existir acuerdo, el orden de los apellidos se determinará por sorteo entre los apellidos de los padres adoptantes realizado por el Juez que autorice la adopción.

De ser adoptado por una sola persona sustituirá solamente uno de los apellidos, siguiendo las reglas previstas en los numerales precedentes.

Si el adoptado fuese adolescente podrá convenir con el o los adoptantes mantener uno o ambos apellidos de nacimiento.

La sentencia que autorice la adopción dispondrá el o los nombres y apellidos con que será inscripto el adoptado.

Salvo razones fundadas, se conservará al menos uno de los nombres asignados al niño en la inscripción original de su nacimiento.

9. En todos los casos de hermanos hijos de los mismos padres, el orden de los apellidos establecido para el primero de ellos, regirá para los siguientes, independientemente de la naturaleza y orden del vínculo de dichos padres".

Artículo 26.- Sustitúyese el numeral 1º del artículo 91 del Código Civil, por el siguiente:

"1º. Ser cualquiera de los contrayentes menor de dieciséis años de edad".

Artículo 27.- Sustitúyense los artículos 30 y 31 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, por los siguientes:

"ARTÍCULO 30. (Capacidad de los padres para reconocer a sus hijos).- Todo progenitor tiene el derecho y el deber, cualquiera fuere su estado civil y edad, a reconocer a su hijo.

No obstante, los progenitores menores de dieciséis años no podrán realizar reconocimientos válidos sin aprobación judicial, previa vista del Ministerio Público.

En los casos de progenitores menores no casados, el Juez decidirá a quién se le atribuyen los derechos y deberes inherentes a la tutela, otorgando preferencia al abuelo que conviva con el progenitor que reconoce y el reconocido.

Previo a todas las decisiones a que refiere el inciso anterior que requieran autorización judicial, se deberá oír a cualquiera de los padres que haya reconocido al hijo.

La patria potestad será ejercida en forma plena por ambos padres, a partir de que estos

"ARTÍCULO 31. (Formalidades del reconocimiento).- El reconocimiento puede tener lugar:

1. Por la simple declaración formulada ante el Oficial de Estado Civil por cualquiera de los progenitores biológicos en oportunidad de la inscripción del nacimiento del hijo, como hijo habido fuera del matrimonio, suponiendo la sola inscripción reconocimiento expreso.
2. Por testamento, en cuyo caso el reconocimiento podrá ser expreso o implícito.
3. Por escritura pública".

Artículo 28.- En todas las normas reguladoras del instituto del matrimonio o conexas a este donde se utilicen menciones diferenciales en razón de sexo, deberá entenderse cónyuges, pareja matrimonial, esposos u otras de similar tenor que no alteren el contenido sustantivo de la regulación y que no distingan en razón del sexo de la persona.

Artículo 29.- Esta ley entrará en vigencia a los 90 (noventa) días de su promulgación, en cuyo plazo el Poder Ejecutivo dictará la reglamentación respectiva.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 10 de abril de 2013.

GERMÁN CARDOSO,
Presidente.

José Pedro Montero,
Secretario.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
Montevideo, 3 de mayo de 2013.

Cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se dictan normas relativas al matrimonio igualitario.

JOSÉ MUJICA.
RICARDO EHRLICH.



LEY N° 19161 | SUBSIDIO POR MATERNIDAD Y POR PATERNIDAD PARA TRABAJADORES DE LA ACTIVIDAD PRIVADA

Reglamentada por: Decreto N°. 17/014 de 23/01/2014.

CAPÍTULO I | SUBSIDIO POR MATERNIDAD

Artículo 1

(Ámbito de aplicación).- Tienen derecho al subsidio por maternidad previsto en la presente ley:

- a. Las trabajadoras dependientes de la actividad privada.
- b. Las trabajadoras no dependientes que desarrollen actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, siempre que no tuvieren más de un trabajador subordinado.
- c. Las titulares de empresas monotributistas.
- d. Las trabajadoras que, habiendo sido despedidas, quedaren grávidas durante el período de amparo al subsidio por desempleo previsto en el Decreto-Ley N° 15.180, de 20 de agosto de 1981 y modificativas.

El derecho a la percepción íntegra del subsidio no se verá afectado por la suspensión o extinción de la relación laboral durante el período de gravidez o de descanso puerperal.

Para acceder al subsidio, las beneficiarias indicadas en los literales B) y C) del inciso primero de este artículo deberán encontrarse al día con sus aportes al sistema de la seguridad social.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 12.

Artículo 2

(Período de amparo al subsidio por maternidad).- Las beneficiarias deberán cesar todo trabajo seis semanas antes de la fecha presunta del parto y no podrán reiniciarlo sino hasta ocho semanas después del mismo.

No obstante, las beneficiarias autorizadas por el Banco de Previsión Social podrán variar los períodos de licencia anteriores, manteniendo el mínimo previsto en el inciso siguiente.

En ningún caso, el período de descanso será inferior a catorce semanas.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículos: 3, 6 y 12.

Artículo 3

(Parto prematuro).- Cuando el parto sobreviniere antes de la fecha presunta, la beneficiaria iniciará el descanso de inmediato y el período de descanso puerperal se verá prolongado hasta completar las catorce semanas previstas en el inciso final del artículo 2° o las ocho semanas posteriores a la fecha de parto prevista inicialmente, si este término venciere con posterioridad a aquel.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 6.

Artículo 4

(Parto posterior a la fecha presunta).- Cuando el parto sobreviniere después de la fecha presunta, el descanso tomado anteriormente será siempre prolongado hasta la fecha real del parto y la duración del descanso puerperal obligatorio no será reducida.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 6.

Artículo 5

(Enfermedad como consecuencia del embarazo o del parto).- En caso de enfermedad que fuere consecuencia del embarazo o del parto, la beneficiaria tendrá derecho a una prolongación del descanso prenatal o puerperal, respectivamente.

Durante estos períodos extraordinarios de descanso percibirá, del instituto previsional que ampare su actividad, las prestaciones económicas por enfermedad que allí le correspondieren.

Si la beneficiaria no tuviere derecho a ellas o estas no existieren, el Banco de Previsión Social le abonará el subsidio por enfermedad previsto por el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 y modificativas.

Sin perjuicio de lo dispuesto por las respectivas normas aplicables en materia de cobertura de la contingencia enfermedad, los descansos suplementarios referidos en el inciso primero no podrán exceder, en conjunto, los seis meses, y su concesión y duración serán determinadas por el organismo a cuyo cargo se encuentren las prestaciones indicadas en el presente artículo.

Artículo 6

(Monto del subsidio por maternidad).- Durante los períodos de descanso previstos en los artículos 2° a 4°, la beneficiaria percibirá:

- a. Si se tratare de trabajadora dependiente, el promedio mensual o diario -según fuere remunerada por mes o por día u hora- de sus asignaciones computables percibidas en los últimos seis meses, más la cuota parte correspondiente al sueldo anual complementario, licencia y salario vacacional a que hubiere lugar por el período de amparo.
- b. Si se tratare de trabajadora no dependiente, el promedio mensual de sus asignaciones computables de los últimos doce meses.

En ningún caso el monto del subsidio por maternidad será inferior a 2 BPC (dos Bases de Prestaciones y Contribuciones) por mes o la suma que proporcionalmente correspondiere para períodos menores.

Los plazos mencionados corresponderán a período de trabajo efectivo si fuere más favorable para la trabajadora.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículos: 9 y 14.

CAPÍTULO II | INACTIVIDAD COMPENSADA POR PATERNIDAD

Artículo 7

(Ámbito de aplicación).- Tendrán derecho a ausentarse de su trabajo por razones de paternidad, percibiendo el subsidio previsto en el artículo 9° de la presente ley, los siguientes beneficiarios:

- a. Trabajadores dependientes de la actividad privada.
- b. Trabajadores no dependientes que desarrollaren actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, siempre que no tuvieren más de un trabajador subordinado.
- c. Titulares de empresas monotributistas.

No tendrán derecho a este beneficio quienes figuraren inscriptos como deudores alimentarios morosos en el Registro Nacional de Actos Personales, Sección Interdicciones, conforme con lo previsto por las Leyes N° 17.957, de 4 de abril de 2006, y N° 18.244, de 27 de diciembre de 2007.

Para acceder al subsidio, los beneficiarios indicados en los literales B) y C) del inciso primero de este artículo deberán encontrarse al día con sus aportes al sistema de la seguridad social.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículos: 8, 10 y 12.

Artículo 8

(Período de inactividad compensada).- El descanso a que refiere el artículo anterior tendrá las siguientes duraciones:

- a. Un máximo de tres días continuos, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.
- b. Un máximo de siete días continuos, a partir del 1° de enero de 2015.
- c. Un máximo de diez días continuos, a partir del 1° de enero de 2016.

El período del descanso previsto en el presente artículo se iniciará el día del parto, salvo para quienes tuvieren derecho a la licencia prevista por el artículo 5° de la Ley N° 18.345, de 11 de setiembre de 2008, en cuyos casos comenzará inmediatamente después de concluida esta.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 10.

Artículo 9

(Monto del subsidio).- El monto del subsidio, correspondiente a cada día de ausencia por razones de paternidad, será el siguiente:

- a. Si se tratare de trabajador dependiente, el promedio diario de sus asignaciones computables percibidas en los últimos seis meses, más la cuota parte correspondiente al sueldo anual complementario, licencia y salario vacacional a que hubiere lugar por el período de amparo.
- b. Si se tratare de trabajador no dependiente, el promedio diario de sus asignaciones computables de los últimos doce meses.

En ningún caso el monto del subsidio será inferior al previsto por el inciso segundo del artículo 6° proporcionado a los días de ausencia por paternidad. Las referencias a seis y doce meses efectuadas en los literales A) y B) del inciso primero del presente artículo, corresponderán a períodos de trabajo efectivo, si fuere más favorable para el trabajador.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 14.

Artículo 10

(Deber de preaviso).- En el caso de trabajadores dependientes, el beneficiario que se propusiere hacer uso del derecho previsto en los artículos 7° y 8°, deberá comunicar en forma fehaciente a su empleador la fecha probable de parto, con una antelación mínima de dos semanas.

Artículo 11

(Requisitos para el goce del subsidio).- Para recibir el subsidio por paternidad previsto en la presente ley, el interesado deberá presentar ante el Banco de Previsión Social el certificado médico correspondiente o testimonio de la partida de nacimiento de su hijo, en la forma y condiciones que determine el referido organismo.

CAPÍTULO III | SUBSIDIO PARA CUIDADOS**Artículo 12**

(Subsidio parental para cuidados).- Las trabajadoras incluidas en el artículo 1° y los trabajadores incluidos en el artículo 7° de la presente ley, serán beneficiarios de un subsidio para el cuidado del recién nacido, que podrán usar indistintamente y en forma alternada el padre y la madre una vez finalizado el período de subsidio por maternidad previsto en el artículo 2° de la presente ley, hasta que el referido hijo de los beneficiarios cumpla cuatro meses de edad.

Dicho plazo máximo de goce del subsidio se extenderá, a partir del 1° de enero de 2015, hasta los cinco meses de edad del hijo y a partir del 1° de enero de 2016, hasta sus seis meses de edad.

Uno u otro beneficiario solo podrán acceder al subsidio siempre que la trabajadora permaneciere en actividad o amparada al seguro por enfermedad, salvo lo previsto en el siguiente inciso.

El goce del subsidio parental es incompatible con la percepción de cualquier subsidio por inactividad compensada por parte del mismo beneficiario.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículos: 13 y 14.

Artículo 13

(Horario laboral durante el período de subsidio para cuidados).- La actividad laboral de los beneficiarios del subsidio para cuidados previsto en el artículo anterior no excederá la mitad del horario habitual ni podrá superar las cuatro horas diarias.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 15.

Artículo 14

(Monto del subsidio parental para cuidados).- El monto del subsidio establecido en el artículo 12 para uno u otro progenitor será de la mitad del respectivamente previsto por los artículos 6° y 9° de la presente ley.

CAPÍTULO IV | DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 15

(Pérdida del derecho a la percepción de los subsidios).- Las personas beneficiarias de los subsidios por maternidad o por paternidad no podrán desarrollar actividad remunerada alguna durante los períodos de ausencia por tales motivos.

Igual prohibición regirá en cuanto a las horas de ausencia para cuidados de la que hagan uso los beneficiarios del subsidio por esta causal, quienes, además, únicamente podrán desarrollar actividad remunerada dentro de los límites previstos por el artículo 13 de la presente ley.

La infracción de la presente disposición implicará la pérdida del derecho al cobro del subsidio correspondiente, durante el lapso que dure dicha inobservancia.

Artículo 16

(Inclusión en el Seguro Nacional de Salud).- Los beneficiarios de los subsidios previstos en la presente ley mantendrán su inclusión en el Seguro Nacional de Salud durante el período de amparo a los mismos.

Artículo 17

(Aportes a la seguridad social).- El Banco de Previsión Social retendrá el aporte personal correspondiente a los subsidios previstos por la presente ley, los que no generarán aportes patronales.

Artículo 18

(Trabajadores suplentes).- Las empresas no estarán obligadas a abonar indemnización por despido a quienes, habiendo ingresado en sustitución de un trabajador en goce de los subsidios previstos en la presente ley, cesaren con motivo del reintegro total o parcial de este. Esta circunstancia deberá estar documentada fehacientemente en forma previa.

Artículo 19

(Pago de los subsidios).- Los subsidios previstos por la presente ley estarán a cargo del Banco de Previsión Social. Los gastos que la aplicación de la misma genere al mencionado organismo, serán atendidos por Rentas Generales, si fuere necesario.

Artículo 20

(Derogaciones).- Deróganse los artículos 11 a 17 del Decreto-Ley N° 15.084, de 28 de noviembre de 1980, así como todas las disposiciones que se opongan directa o indirectamente a la presente ley.

JOSÉ MUJICA - EDUARDO BRENTA - EDUARDO BONOMI - LUIS ALMAGRO - FERNANDO LORENZO - ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDOBRO - OSCAR GÓMEZ ENRIQUE PINTADO - ROBERTO KREIMERMANN - SUSANA MUÑOZ - TABARÉ AGUERRE - LILIAM KECHICHIAN - FRANCISCO BELTRAME - DANIEL OLESKER

LEY N.º. 19.167 | TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

REGULACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I | DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.

(Objeto).- La presente ley tiene por objeto regular las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realicen. A tales efectos se entiende por técnicas de reproducción humana asistida el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Quedan incluidas dentro de las técnicas de reproducción humana asistida la inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional prevista en el artículo 25 de la presente ley. La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la enumeración detallada precedentemente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida.

Artículo 2º.

(Alcance).- Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 3º.

(Deber del Estado).- El Estado garantizará que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud con el alcance dispuesto en la presente ley. Asimismo, promoverá la prevención de la infertilidad combatiendo las enfermedades que la puedan dejar como secuela, así como la incidencia de otros factores que la causen.

Artículo 4º.

(Habilitación).- Solo podrán aplicar las técnicas de reproducción humana asistida aquellas instituciones públicas o privadas que hayan recibido la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública a estos efectos específicos.

Artículo 5º.

(Procedimientos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad y su cobertura).- A los efectos de la presente ley se definen las técnicas o procedimientos de baja complejidad como aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino.

Dichas técnicas o procedimientos quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional

Integrado de Salud y serán financiados por este, cuando la mujer no sea mayor de 40 años. Serán igualmente cubiertas por el Sistema Nacional Integrado de Salud durante los 24 (veinticuatro) meses siguientes a la fecha de promulgación de esta ley las mujeres que hayan sobrepasado dicho límite de edad. En caso de mayor edad, la reglamentación establecerá la forma de financiamiento. Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no. Dichas técnicas o procedimientos serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el Poder Ejecutivo. Las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento, material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos.

Artículo 6°.

(Infertilidad).- A los efectos de la presente ley se define como infertilidad la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales.

Artículo 7°.

(Requisitos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida).- La realización de las técnicas de reproducción humana asistida deberá llevarse a cabo dando cumplimiento a los siguientes requisitos:

- a. Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de 60 (sesenta) años, salvo que hubiere sido declarada incapaz para ejercer la paternidad o maternidad, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo médico tratante.
- b. Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia. A tales efectos, deberá determinarse el buen estado de salud psicofísica de la pareja o de la mujer en su caso, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio que acredite que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento del niño o niña.
- c. En el caso de los procedimientos terapéuticos de alta complejidad, el profesional médico responsable del equipo actuante deberá dejar constancia escrita en la historia clínica correspondiente de los estudios, tratamientos y resultados seguidos por su paciente que justifiquen su realización.
- d. Consentimiento escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de técnicas de reproducción humana asistida en un formulario que establezca la reglamentación, de acuerdo con el artículo 11 de la Ley N°. 18.335, de 15 de agosto de 2008.
- e. Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la inseminación e implantación.

Artículo 8°.

(Suspensión de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida).- La mujer a la que se le apliquen las técnicas de reproducción humana asistida podrá disponer que se suspendan las mismas antes de la fecundación del óvulo. Tal manifestación de voluntad deberá hacerse por escrito y con los mismos requisitos que se siguieron para consentir.

Artículo 9º.

(Situación especial).- Podrá realizarse fertilización de gametos o transferirse embriones originados en una persona que hubiere fallecido, siempre que esta hubiera otorgado previamente por escrito su consentimiento para ello y dentro de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días posteriores a su fallecimiento.

Artículo 10.

(Interés superior del niño).- El o los hijos nacidos mediante las técnicas de reproducción humana asistida tendrán derecho a conocer el procedimiento efectuado para su concepción.

CAPÍTULO II | DE LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES Y CONSERVACIÓN DE GAMETOS

Artículo 11.

(Condiciones para la transferencia embrionaria).- Luego de producida la fertilización de los ovocitos, podrán transferirse al útero solamente dos embriones por ciclo, por un máximo de tres ciclos, salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones. En caso de embriones viables no transferidos deberán preservarse a los efectos de ser transferidos en un ciclo posterior. Culminados los tres ciclos o interrumpido el proceso porque la mujer no esté en condiciones o se niegue a recibir los embriones, deberá procederse a su conservación, siempre que no hayan sido descongelados, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 de la presente ley. Las pacientes deberán ser previamente informadas de las condiciones establecidas en este artículo y decidirán si quieren realizar el procedimiento bajo las mismas. De no aceptarlas, únicamente se podrá proceder a la fertilización de los ovocitos necesarios para un solo ciclo.

CAPÍTULO III | DE LA DONACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES

Artículo 12.

(Donación de gametos).- La donación de gametos se realizará en forma anónima y altruista, debiendo garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes sin perjuicio de lo establecido en el artículo 21 de la presente ley. La donación se autorizará por escrito con expreso consentimiento informado del o la donante y será revocable cuando estos necesiten para sí los gametos donados. El número máximo de gametos provenientes de un mismo donante a ser utilizados será determinado por la reglamentación.

Artículo 13.

(Requisitos para la donación de gametos).- Para proceder a la donación de gametos, los donantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a. Ser mayor de edad.
- b. Acreditar un buen estado de salud psicofísica, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio que demuestre que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean trasmisibles a la descendencia y/a no puedan ser tratadas luego del nacimiento.

Artículo 14.

(Ausencia de vínculos filiatorios).- La donación de gametos no genera vínculo filiatorio alguno entre los donantes de gametos y el nacido, quienes tampoco tendrán entre sí ningún tipo de derechos ni obligaciones.

Artículo 15.

(Información sobre fenotipo).- Los receptores de gametos o embriones tienen derecho a obtener información general sobre las características fenotípicas del donante.

Artículo 16.

(Banco de Gametos).- Las instituciones públicas y privadas autorizadas por el Ministerio de Salud Pública para realizar técnicas de reproducción humana asistida podrán tener sus bancos de gametos, para lo cual deberán ser previamente autorizados por dicho Ministerio y quedar sujetos a su supervisión y control.

Artículo 17.

(Conservación de gametos).- Los gametos y embriones no transferidos se conservarán por los plazos que determine la reglamentación, teniendo en cuenta su viabilidad, así como la posibilidad de generar un embarazo a partir de los mismos.

Artículo 18.

(Investigación con gametos y embriones).- Los gametos podrán ser utilizados con fines de investigación o experimentación científica para la mejora de las técnicas de reproducción asistida. En tales casos, los gametos no podrán ser fertilizados con el fin de obtener embriones. Se prohíbe la investigación o experimentación científica con embriones generados para desarrollar embarazos con las técnicas de reproducción humana asistida reguladas por la presente ley. Todo protocolo de investigación básica o experimental deberá ser aprobado por la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida previo a iniciarse el mismo. La inobservancia de estas disposiciones podrá determinar las sanciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la reglamentación de esta ley.

Artículo 19.

(Clonación y alteración de la especie humana).- Prohíbese la clonación de seres humanos así como cualquier procedimiento dirigido a la transformación o alteración de la especie humana, a partir de material biológico obtenido en aplicación de técnicas de reproducción humana asistida autorizadas por la ley.

Artículo 20.

(Inhabilitación).- La institución en que se practicaren los procedimientos especificados en el artículo anterior podrá ser inhabilitada para la prestación de técnicas de reproducción humana asistida, de acuerdo con lo que establezca la reglamentación.

Artículo 21.

(Identidad del donante).- La identidad del donante será revelada previa resolución judicial cuando el nacido o sus descendientes así lo soliciten al Juez competente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 22, 23 y 24 de la presente ley. La información proporcionada no implicará en ningún caso la publicidad de la identidad de los donantes ni producirá ningún efecto jurídico en relación a la filiación. Son jueces competentes los Jueces Letrados de Primera Instancia de Familia de Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia del interior del país con competencia de Familia.

Artículo 22.

(Secreto Profesional).- Toda la información relativa a la donación de gametos se encuentra alcanzada por el secreto profesional y en todos los casos sujeta a las responsabilidades que establecen las leyes y los códigos de ética vigentes. El deber de secreto alcanza también a todas las personas que, en virtud de las tareas que desempeñen relacionadas con la donación de gametos, tengan acceso a la información a que refieren los artículos 12 y 13 de la presente ley.

Artículo 23.

(Legitimación).- La acción referida en el artículo 21 de la presente ley, podrá ser ejercida por el nacido por aplicación de la técnica de reproducción humana asistida o sus representantes legales y, en caso de que hubiere fallecido, por sus descendientes en línea directa hasta el segundo grado, por sí o por medio de sus representantes.

Artículo 24.

(Procedimiento).- Formulada la demanda y salvo que la misma fuera manifiestamente improcedente, el magistrado actuante, previa vista al Ministerio Público y Fiscal, requerirá por oficio información a la institución donde se realizó la técnica de reproducción asistida, relevándola del secreto establecido en el artículo 22 de la presente ley y solicitando la identidad del donante, la que será notificada en forma personal al demandante. El procedimiento se regirá por las disposiciones del proceso voluntario del Código General del Proceso.

CAPÍTULO IV | DE LA GESTACIÓN SUBROGADA

Artículo 25.

(Nulidad).- Serán absolutamente nulos los contratos a título oneroso o gratuito entre una pareja o mujer que provea gametos o embriones, sean estos propios o de terceros para la gestación en el útero de otra mujer, obligando a esta a entregar el nacido a la otra parte o a un tercero. Exceptúase de lo dispuesto precedentemente, únicamente la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio. Entiéndese por embrión propio aquel que es formado como mínimo por un gameto de la pareja o en el caso de la mujer sola por su óvulo. La incapacidad referida deberá ser diagnosticada por el equipo tratante, el que deberá elevar un informe a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida para su conocimiento, la que evaluará si se cumplen las condiciones establecidas en el inciso segundo de este artículo. Artículo 26. (Suscripción de acuerdo).- El acuerdo a que refiere el inciso segundo del artículo anterior deberá ser de naturaleza gratuita y suscripto por todas las partes intervinientes.

Artículo 27.

(Filiación).- En el caso previsto como excepción en el artículo 25 de la presente ley, la filiación del nacido corresponderá a quienes hayan solicitado y acordado la subrogación de la gestación.

Artículo 28.

(Filiación Materna).- La filiación materna estará determinada por el parto o la cesárea de la madre biológica o en su caso por la mujer cuya gestación ha sido subrogada.

CAPÍTULO V | DE LA COMISIÓN HONORARIA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Artículo 29.

(Creación).- Créase la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida la que dependerá del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 30.

(Integración).- La Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida estará integrada por:

- a. Un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá.

- b. Un representante del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.
- c. Un representante de las Facultades de Medicina.
- d. Un representante de las Facultades de Derecho.
- e. Un representante de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana (SURH).
- f. Un representante del Colegio Médico del Uruguay.
- g. Un representante de los usuarios.

Cada miembro titular tendrá un alterno respectivo. El Poder Ejecutivo reglamentará el mecanismo en virtud del cual serán designados los representantes de los organismos mencionados en los literales c), d), e) y g) del presente artículo.

Artículo 31.

(Cometidos).- Serán cometidos de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida:

- a. Asesorar en forma preceptiva al Ministerio de Salud Pública respecto de las políticas de reproducción humana asistida, así como de la pertinencia de introducir nuevas técnicas en esa área.
- b. Promover las normas para la implementación de la reproducción asistida.
- c. Contribuir a la actualización del conocimiento de los profesionales y científicos en materia de reproducción humana asistida y a la difusión de los conocimientos correspondientes.
- d. Elevar opinión fundada sobre las irregularidades respecto de las cuales tomare conocimiento a la Comisión Honoraria de Salud Pública y al Colegio Médico del Uruguay en lo que correspondiere a cada uno de estos organismos, dando cuenta de ello al Ministerio de Salud Pública.
- e. Crear Consejos Asesores transitorios o permanentes integrados por representantes de las organizaciones no gubernamentales relacionados con los aspectos científicos, jurídicos y éticos de estas técnicas, así como por representantes de los beneficiarios de las mismas.
- f. Considerar los informes que se le elevaren relativos al procedimiento solicitado, de acuerdo al inciso cuarto del artículo 25 de la presente ley.
- g. Considerar para su aprobación los protocolos de investigación básica o experimental, relativos a técnicas de reproducción asistida que le sean solicitados por los equipos clínicos tratantes.

Artículo 32.

- Esta ley entrará en vigencia a los 90 (noventa) días de su promulgación, en cuyo plazo el Poder Ejecutivo dictará la reglamentación respectiva. Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 12 de noviembre de 2013.

DANIELA PAYSEÉ,
1era. Vicepresidenta.
Virginia Ortiz,
Secretaria.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
Montevideo, 22 de noviembre de 2013.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se regulan las técnicas de reproducción humana asistida.

JOSÉ MUJICA - SUSANA MUÑIZ - FERNANDO LORENZO.

DECRETO N° 293/010 | REGLAMENTARIO/A DE: LEY N°. 18.426 DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, de 1° de diciembre de 2008;

RESULTANDO: I) que la ley referida establece que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población;

II) que es necesario reglamentar dicha Ley, a los efectos de determinar las características de los servicios de salud sexual y reproductiva que deberán implementar los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud;

CONSIDERANDO: I) que el Estado debe promover políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñar programas y organizar los servicios que permitan desarrollar los objetivos generales y específicos de la Ley N° 18.426;

II) que de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud sexual un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia, en un marco de respeto y protección a los derechos sexuales de todas las personas en tanto derechos humanos;

III) que la misma Organización entiende por salud reproductiva una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, el derecho de mujeres y hombres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz en forma segura;

IV) que los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal y garantizar la integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones correspondientes;

ATENTO, a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las Leyes N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y N° 18.335 de 15 de agosto de 2008;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1

Los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva, que organizarán según lo dispone el presente Decreto y observando lo establecido en la Ley N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, su reglamentación y las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 2

Las prestaciones en materia de salud sexual tienen como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las enfermedades de transmisión sexual.

La atención de la salud reproductiva comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a prevenir y asesorar sobre problemas relativos a la reproducción.

Artículo 3

Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:

- a. Universal, asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- b. Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna.
- c. Inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.
- d. Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.
- e. Integral, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.
- f. Multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.
- g. Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.
- h. Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.
- i. Confidencial, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención.

Artículo 4

Las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.

Artículo 5

Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos, observando al efecto lo dispuesto por la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, su reglamentación y demás normas aplicables.

Artículo 6

Los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán, como mínimo:

- a. Difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida de las y los usuarios.
- b. Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta médica oportuna.
- c. Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, y promoción de la maternidad-paternidad responsables.
- d. Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, que incluyan los reversibles e irreversibles.
- e. Información, educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- f. Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, que incluya a las personas involucradas en las relaciones sexuales.
- g. Prevención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas de origen génito-reproductivas.
- h. Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción.
- i. Prevención de la morbilidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto.
- j. Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal.
- k. Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.
- l. Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y pos parto.
- m. Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.
- n. Asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, observando lo dispuesto en la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 369/004 de 6 de agosto de 2004.
- o. Atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma sea autorizada de conformidad con las normas vigentes.
- p. Promoción de climaterios saludables desde la educación para la salud.
- q. Promoción de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto.
- r. Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.
- s. Prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales, con derivación oportuna cuando se detecte.

Artículo 7

Para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se priorizará el primer nivel de atención, sin perjuicio de asegurar los mecanismos de referencia y contra referencia con los demás niveles de atención.

Artículo 8

Los servicios de salud sexual y reproductiva contarán con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar a los mismos.

Artículo 9

Sin perjuicio de su integralidad, los servicios de salud sexual y reproductiva serán prestados por los profesionales de la salud competentes en cada especialidad, de acuerdo a las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.

Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar. El equipo de referencia podrá ser propio del prestador o por convenio con otros prestadores que actúen en el territorio. Por razones fundadas, vinculadas a la cantidad de población usuaria y características de la localidad en que preste servicios el prestador, el Ministerio de Salud Pública podrá autorizar excepcionalmente una integración distinta del equipo de referencia.

El equipo de referencia deberá asegurar la integralidad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de los mismos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia.

Sin perjuicio de la atención que reciban de los especialistas, usuarias y usuarios podrán acudir en consulta al equipo de referencia, por derivación de los primeros o por su propia iniciativa.

Artículo 10

En el marco de lo dispuesto por la Ley N° 18.426, el Ministerio de Salud Pública definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.

Artículo 11

El Ministerio de Salud Pública ejercerá el contralor general de la ejecución de los servicios que reglamenta el presente Decreto. La Junta Nacional de Salud, en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, controlará que los prestadores que integran dicho seguro brinden las prestaciones respectivas de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 12

Comuníquese. Publíquese.

JOSE MUJICA - EDUARDO BONOMI - ROBERTO CONDE - FERNANDO LORENZO - LUIS ROSADILLA - RICARDO EHRlich - ENRIQUE PINTADO - ROBERTO KREIMERMAN - EDUARDO BRENTA - DANIEL OLESKER - TABARE AGUERRE - HECTOR LESCANO - JORGE PATRONE - ANA MARIA VIGNOLI

DECRETO N° 375/012 | REGLAMENTARIO/A DE: LEY N°. 18.987 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

VISTO: la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012;

RESULTANDO: por la misma el Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población

CONSIDERANDO: que corresponde proceder a reglamentación de la referida norma;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

I) ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1

En cumplimiento del art. 15 de la ley 18.987 del 17 de octubre del año 2012 se dicta el presente reglamento el que será de aplicación en todo el territorio nacional.

II) PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS Y PERSONAL QUE INTERVENGAN EN LOS PROCEDIMIENTOS REGULADOS POR LA LEY 18.987

Artículo 2

Tanto las Instituciones Médicas como el personal de las mismas que deban intervenir en algunos de los procedimientos reglamentados por la Ley 18.987 deberán ajustarse a los siguientes principios y normas de actuación:

- a. Confidencialidad: Las instituciones médicas así como su personal deberán de actuar en todo lo referente a la ley que se reglamenta observando la más estricta confidencialidad, de acuerdo a lo regulado por el artículo 5 literal e de la ley 18.987, así como de las leyes 18.426 del 1 de diciembre del 2008, Ley 18335 del 15 de agosto del año 2008, 18331 del 11 de agosto del 2008, decretos 414/009 del 31 de setiembre del 2009, Decreto 274/010 del 8 de setiembre del año 2010, 293/010 del 30 de setiembre del año 2010.- El deber de confidencialidad alcanza a todo el personal médico y no médico de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y al personal de los servicios tercerizados.
- b. Consentimiento Informado: Toda decisión deberá ser antecedida de un correcto consentimiento informado de acuerdo a lo establecido en el decreto 274/010. El consentimiento informado que prestará la paciente en marco de la aplicación de la Ley 18.987 será un consentimiento específico en el que se detallará la información recibida, el asesoramiento brindado, los derechos que le otorga la ley y las obligaciones que contrae así como los riesgos y beneficios de los procedimientos para llevar adelante la interrupción del embarazo.

- c. Respeto a la autonomía de la voluntad: Se deberá promover el respeto por la autonomía de la voluntad de la mujer y el ejercicio de la misma de tal manera que la mujer pueda tomar decisiones personales libres, conscientes e informadas en todo proceso de atención.

Esto implica que el personal de la salud interviniente debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, así como sus visiones filosóficas personales, debiendo actuar e informar a la mujer que proceda a interrumpir un embarazo de acuerdo a la evidencia científica disponible, con profesionalismo, calidad técnica y humana

Si la usuaria comprendida dentro de las previsiones de la ley 18.987, beneficiaria del Seguro Nacional de Salud considera que el prestador integral de salud de la que es afiliada no le genera suficiente confianza, podrá presentarse ante la Junta Nacional de la Salud a solicitar el cambio de prestador, acreditando debidamente las circunstancias fácticas que la fundamentan.-

De la solicitud, se le conferirá vista al prestador de la que es afiliada, el que tendrá un plazo de 24 horas para evacuar la misma.-

Otorgado el cambio por parte de la Junta Nacional de la Salud, éste operará mediante comunicación al Banco de Previsión Social, el que efectuará el alta correspondiente en el prestador elegido por la usuaria, el mismo día de recibida la comunicación.-

En el caso de las usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud, no beneficiarias del Seguro Nacional de Salud, se seguirá el mismo procedimiento descrito en el inciso anterior, a excepción del registro en el prestador elegido por la usuaria, el cual deberá realizarse personalmente por ésta, luego de que la Junta Nacional de la Salud autorice el cambio solicitado, mediante presentación de la resolución respectiva.-

El prestador al cual se solicita el cambio, no podrá rechazar la solicitud de afiliación de una usuaria embarazada por ningún motivo, no siendo de recibo el requerimiento de cobro de ninguna suma que no sea el pago de la cuota mensual o las correspondientes tasas moderadoras.-

La Junta Nacional de la Salud elaborará un formulario a efectos de lo preceptuado en los incisos anteriores.-

En el mismo formulario la mujer deberá elegir al nuevo prestador y en caso de que tuviere hijos menores de edad o personas a su cargo que estuvieren en la institución que impugna, podrá solicitar también el traslado de dichas personas.-

Hecha la solicitud se procederá al cambio inmediato a la Institución Médica que elija la usuaria, sin perjuicio de las potestades del Ministerio de Salud Pública para verificar si la institución impugnada cumple con la Ley 18.987.

- d. Tanto las instituciones médicas como el personal interviniente también deberán tener en cuenta la ordenanza 369/004 así como las ordenanzas y guías que dicte el MSP.-

III) REQUISITOS

Artículo 3

Podrán acceder a la interrupción de embarazo que regula la ley 18.987 las ciudadanas uruguayas naturales y legales así como las mujeres extranjeras con más de un año de residencia.-

Si en el caso de las mujeres ciudadanas uruguayas naturales o legales esa condición no surgiera de la Historia Clínica, bastará con que exhiba cualquiera de estos documentos: cédula de identidad, pasaporte, credencial cívica, partida de nacimiento o cualquier otro documento que acredite la calidad legal exigida.-

Si en el caso de mujeres extranjeras su residencia habitual en el territorio de la República durante un periodo no inferior de un año no surgiera de su historia clínica se deberá acreditar tal hecho mediante la exhibición de constancia emitida por las autoridades nacionales competentes.-

Se dejará constancia en la historia clínica de la forma en que la mujer acreditó las condiciones mencionadas en los incisos precedentes y se agregará a la misma copia del o los documentos con los que acreditó esa condición.-

Artículo 4

La interrupción del embarazo solo podrá realizarse dentro de las 12 semanas de gravidez, salvo las excepciones que plantee la ley.-

Cuando la interrupción del embarazo se solicite fuera de los plazos y requisitos de la ley se actuará conforme a lo dispuesto por el artículo 4° b.2 de la Ley 18.426 y la Ordenanza 369 del 6/08/2004 del Ministerio de Salud Pública.

Se procederá de la misma manera en aquellos casos en que la consulta tardía no imputable al médico o a la institución no permita practicar el procedimiento dentro de los plazos y con los requisitos previstos en la ley.

Si los plazos previstos en la ley se vencieran por causas imputables al médico, al equipo interdisciplinario o a la institución se procederá de la misma manera. Esta situación además será pasible de las sanciones que establezcan las normas en vigor.

IV) DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 5

La mujer que desee interrumpir un embarazo deberá presentarse ante su prestador de Salud integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud solicitando una consulta médica.-

Artículo 6

Una vez que la usuaria manifieste su voluntad de interrumpir el embarazo al médico que la asista, aduciendo cualquiera de las razones establecidas en el artículo 3° de la Ley 18.987, éste la referirá al equipo interdisciplinario al que aluden los incisos 3° y 4° del mencionado artículo, de conformidad con las disposiciones internas de cada institución, las que deberán ser informadas a la Junta Nacional de la Salud.-

Artículo 7

El Equipo interdisciplinario el mismo día de la consulta o al día inmediato siguiente comenzará a dar cumplimiento a lo establecido en el inciso 3° del artículo 3° de la Ley 18.987, debiendo adecuar su accionar a lo establecido en el artículo 4° de la misma, el presente decreto y las guías que confeccione el Ministerio de Salud Pública.-

Los miembros del equipo interdisciplinario podrán entrevistarse conjunta o separadamente con la usuaria según lo estimen conveniente, pero su actuación será conjunta y coordinada.

Artículo 8

Desde el mismo día en que la mujer comience a recibir el asesoramiento previsto en la Ley 18.987 empezará a correr el plazo mínimo de cinco días corridos para que la solicitante manifieste que mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo ante el servicio correspondiente. Esa voluntad podrá manifestarse a partir de la hora 0 del día sexto a contar del día en que comenzó a recibir el asesoramiento profesional.. -Deberá asentarse en la historia clínica el día en que la mujer ha comenzado a recibir el referido asesoramiento.

Si el médico que asiste a la mujer en la primera consulta es un ginecólogo podrá integrar el equipo interdisciplinario y en ese caso deberá en esa misma consulta comenzar el proceso de asesoramiento integral a la mujer previsto en el artículo 3° de la Ley 18.987, sin perjuicio de convocar a los demás integrantes del equipo interdisciplinario para continuar con el mismo.

El equipo interdisciplinario dejará constancia en la historia clínica de que se ha dado cumplimiento al artículo 3° de la ley 18.987.-

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 9.

Artículo 9

A partir del plazo indicado en el artículo anterior la mujer podrá solicitar consulta con Médico Ginecólogo la que se otorgará dentro de las 24 horas de su solicitud de acuerdo al artículo 1° del Decreto de 28 de setiembre de 2008. En esa consulta, en el caso de que la mujer manifestara que ratifica su voluntad de interrumpir el embarazo, el Médico Ginecólogo coordinará de inmediato la indicación clínica a ese fin.

El Médico Ginecólogo en el marco de la relación médico paciente será quien determine el tipo de procedimiento a seguir para proceder a la interrupción del embarazo, basado en la evidencia científica orientada a la disminución de riesgos en el caso concreto, a las condiciones particulares de cada situación y de acuerdo a las guías que dicte el Ministerio de Salud Pública.

La ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008 y en el presente decreto, el que se extenderá por escrito, y será firmado por la mujer y se incorporará a su historia clínica sin perjuicio de lo establecido en la Ley 18.331 de Protección de Datos Personales.

Artículo 10

Los plazos a que refiere el presente capítulo serán corridos, no pudiendo interrumpirse ni suspenderse por días inhábiles ni feriados.-

V) DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Artículo 11

Las instituciones deberán contar con el personal necesario a efectos de poder conformar el o los equipos interdisciplinarios a que refiere el artículo 3° de la ley 18.987.

El equipo reglamentado por el Decreto 293/010 será tomado como referencia para la organización de los equipos interdisciplinarios previstos por la ley que se reglamenta.

Artículo 12

El equipo interdisciplinario deberá regirse en su accionar por lo establecido en el artículo 3° del Decreto 293/010 en lo que sea aplicable, pero además deberá ceñirse a los siguientes principios:

- El equipo deberá actuar dentro del contexto de la protección de la salud integral de la mujer, debiendo asesorar en tal sentido.-
- El equipo deberá comprometerse y ejecutar todas las acciones para asegurar el abordaje y tratamiento confidencial y privado de toda la información generada durante la entrevista, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente respecto a confidencialidad y secreto profesional.-
- La intervención del equipo será el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la imposición, por parte del equipo, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya explicitado en la primer consulta.-

Artículo 13

Los profesionales integrantes del equipo deberán cumplir con los siguientes deberes:

- a. orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a éstos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes.
- b. entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer.

Si la mujer no manifiesta que desea que el equipo se entreviste con el progenitor se entenderá que la misma no presta su consentimiento a estos efectos.-El equipo no deberá inducirla o influenciarla para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor.

- c. garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo.

Se entiende por presiones de terceros, el que se encuentren presentes al momento de la entrevista personas ajenas al equipo, así como la permanencia en los lugares de espera o adyacentes, siempre que se encuentren dentro del ámbito institucional, de personas que quieran manifestarse a favor o contra de la interrupción.

Tampoco se permitirá dentro de la institución la existencia de folletería o publicidad a favor o en contra de la Ley 18.987. No está comprendida en esta disposición la folletería o documentación informativa elaborada por el Ministerio de Salud Pública.-

- d. cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el Ministerio de Salud Pública y en particular la ordenanza 369/004.-
- e. abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción del embarazo, esto implica que el equipo no se pronunciará sobre la pertinencia o no de la interrupción, ni manifestará opiniones personales, ya sea conjunta o separadamente, a favor o en contra la decisión de la solicitante.-

Artículo 14

En caso de que la solicitante manifieste su deseo de que el progenitor sea entrevistado, el equipo interdisciplinario establecerá un día y hora a ese fin.-

La entrevista con el progenitor es a los solos efectos de informarle acerca de lo establecido por la Ley 18.987 y su decreto reglamentario, debiendo ajustarse también a las guías que confeccione el Ministerio de Salud Pública. Bajo ningún concepto la entrevista con el progenitor podrá retardar o detener el proceso iniciado por la solicitante.

En el consentimiento para la entrevista con el progenitor, la mujer expresamente deberá liberar al equipo del secreto profesional, sobre cuyos alcances será debidamente informada.

VI) DE LAS EXCEPCIONES DEL ARTÍCULO 6 DE LA LEY 18.987

Artículo 15

Las Instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán practicar la interrupción del embarazo en las circunstancias previstas en los literales a), b) y c) del artículo 6° de la ley que se reglamenta sin exigir el cumplimiento de las circunstancias, plazos y requisitos previstos en los artículos 2° y 3° de la ley.

No obstante, en todos los casos, la mujer deberá prestar consentimiento informado salvo en el caso del literal a) del artículo 6° cuando por su estado de salud no pueda prestarlo o la intervención responda a razones de emergencia en las que no sea posible recabar el consentimiento de la mujer. En caso de imposibilidad de recabar el consentimiento de la mujer se recabará el consentimiento de sus parientes en el orden previsto en el artículo 24, literal c del Decreto 274/010, salvo imposibilidad por razones de urgencia médica en las que se procederá a la intervención que el médico tratante considere más adecuada para preservar la salud o la vida de la paciente.

Si en los casos previstos en el artículo 6° de la ley que se reglamenta la mujer fuera menor de 18 años de edad se procederá de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 7° de la ley que se reglamenta y el artículo 37 de esta reglamentación.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 19.

Artículo 16

Se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada o para la vida, toda circunstancia que implique, a criterio del médico tratante, riesgo para la salud bio- sico social o vida de la mujer.-

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 19.

Artículo 17

Créase en el ámbito del Ministerio de Salud Pública una Comisión integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Cátedra de Ginecoobstetricia de la Facultad de Medicina, un representante de la Cátedra de Neonatología de la Facultad de Medicina, y un representante de la Junta Nacional de la Salud, debiendo el Ministerio de Salud Pública dictar las reglas para su funcionamiento.

Esta comisión tendrá por cometido analizar las solicitudes de interrupción del embarazo en casos de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, que se someterán a su consideración por parte de las

Instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se pronunciará acerca de si esas solicitudes se hallan comprendidas en la Ley 18.987. La comisión deberá estar conformada en el plazo de 30 días a partir de la entrada en vigencia de la Ley 18.987.

Una vez emitido el pronunciamiento positivo de la comisión el médico tratante, previo consentimiento informado de la mujer y, de acuerdo a las circunstancias y condiciones médicas de la misma, realizará en forma inmediata las coordinaciones necesarias a efectos de proceder a la interrupción del embarazo.-

Si se debiera proceder a una interrupción del embarazo por la causal prevista en el literal b) del artículo 6 de la Ley 18.987 antes de que se conforme la comisión que se crea en el inciso precedente, la institución someterá de manera inmediata el caso en consulta a la Comisión Asesora Sobre la Interrupción de la Gestación, creada por la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 890/005 modificada por la Ordenanza 531/006.-

Una vez que se conforme la comisión que se crea por el presente decreto se disolverá la Comisión mencionada en el inciso anterior.-.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 19.

Artículo 18

Cuando el embarazo fuera producto de una violación bastará para acreditar ese extremo la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito.-

En este caso el médico tratante coordinará la atención de inmediato. Debe evitarse todo acto que implique una revictimización de la mujer.-

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 19.

Artículo 19

En todos los casos indicados en los artículos del presente capítulo el médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo la mujer prestar consentimiento informado por escrito, excepto cuando en el caso previsto en el literal a) del artículo 6 de la ley que se reglamenta, la gravedad de su estado de salud lo impida y no sea posible obtener el consentimiento de un subrogante de acuerdo al Decreto 274/2010.

VII) DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS

Artículo 20

Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley.

Las instituciones comprendidas en esta reglamentación deberán disponer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a sus usuarias el acceso a dichos procedimientos dentro de los plazos establecidos y de acuerdo a las guías y normativa que dicte el Ministerio de Salud Pública.

Las prestaciones previstas en la Ley 18.987 formarán parte de los Programas Integrales de Salud.

Artículo 21

Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud que con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 18.987 tengan "objeción de ideario", deberán presentar la solicitud de no proceder a realizar interrupciones voluntarias del embarazo ante la Junta Nacional de la Salud, con copia de sus estatutos e indicación de las normas estatutarias que lo determinan.-

Se configura "objeción de Ideario" cuando surja de los estatutos de un Prestador de Salud Privado disposiciones que determinen o de las que se pueda inferir que las mismas no realizarán procedimientos de interrupción voluntaria de embarazo que se regulan en los artículos 1, 2 y 3 de la ley 18.987, a su vez dichas disposiciones deberán estar vigentes previamente a la entrada en vigencia de la ley que se reglamenta.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículos: 22 y 26.

Artículo 22

La instituciones que deban acreditar su "objeción de ideario" tendrán un plazo de quince días hábiles a partir de la entrada en vigencia de la presente reglamentación a efectos de acreditar la preexistencia de dicha objeción a la entrada en vigencia de la ley 18.987. La no presentación en plazo determinará que la institución no podrá ampararse en la "objeción de ideario".

El Ministerio de Salud Pública una vez recibida la solicitud prevista en el artículo anterior de acuerdo a lo que determinan los artículos 1, 2, 3 y 6 literales b y c de la ley 18.987 evaluará la misma y dictará pronunciamiento estableciendo su alcance:

A efectos de su pronunciamiento el Ministerio de Salud Pública tomará también en cuenta las manifestaciones realizadas ante éste por las instituciones, respecto a su objeción a practicar interrupciones de embarazo previo a la entrada en vigencia de la ley 18.987.-

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 26.

Artículo 23

Previo al dictado de la resolución definitiva por parte del Ministerio de Salud Pública, este verificará que se dan las condiciones necesarias para amparar los derechos de la mujer de acuerdo a la ley 18.987 y la ley 18.426.-

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 26.

Artículo 24

Las Instituciones mencionadas no podrán negarse a realizar interrupciones de embarazo en los casos previstos en el artículo 6, literal a) de la ley 18.987.-

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 26.

Artículo 25

Las instituciones autorizadas de acuerdo a este capítulo deberán celebrar convenios y contratos para que las usuarias que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo amparadas por la ley que se reglamenta tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos.-

Artículo 26

Las instituciones que se amparen en los artículos 21 a 24 del presente reglamento tendrán el deber de respetar la libertad de conciencia de sus dependientes en caso de que estos no concuerden con los fundamentos que den lugar a la "objeción de ideario" debiendo respetarse la independencia de la conciencia moral y cívica de su personal subordinado (artículo 54 de la Constitución).-

Artículo 27

Cuando la usuaria solicite la interrupción del embarazo frente a una de las instituciones amparadas por el inciso segundo del artículo 10 de la Ley 18.987 la institución deberá realizar todos los procedimientos previos al acto médico que implica la interrupción del embarazo. En este caso la Institución deberá derivar a la usuaria a otra institución que preste el servicio a efectos de la interrupción.-

VIII) DE LA OBJECION DE CONCIENCIA

Artículo 28

La objeción de conciencia solo es válida para abstenerse de intervenir en los procedimientos previstos por el inciso 5° del artículo 3° de la Ley 18.987 y no para abstenerse de actuar conforme a los incisos 1° a 4° del artículo 3° de la ley.

Solo podrán objetar de conciencia las personas físicas, no existiendo tal derecho para las personas jurídicas.-

Artículo 29

Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo de acuerdo al inciso quinto del artículo tercero y el artículo seis literales B y C de la ley 18.987,

El ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma.

Artículo 30

Queda excluido del derecho de objetar de conciencia el personal administrativo, operativo y demás personal que no tenga intervención directa en el acto médico respectivo.-

No se podrá invocar objeción de conciencia en actos posteriores a la realización de la interrupción del embarazo.-

Artículo 31

La objeción de conciencia se presentará por escrito ante todas las instituciones en las que el objetor preste servicios. Será dirigida a la Dirección Técnica de cada institución y deberá contener una declaración de que objeta participar en los procedimientos previstos en el inciso 5° del artículo 3° y literales b) y c) del artículo 6° de la Ley 18.987.

Artículo 32

Solo serán válidas las objeciones de conciencia que sigan los procedimientos establecidos en la presente reglamentación.-

Artículo 33

Del desistimiento expreso a la objeción de conciencia:

En cualquier momento el objetor de conciencia podrá revocar la objeción de conciencia por escrito ante la institución o instituciones en que la haya presentado.

El desistimiento en una institución se extenderá a todas las instituciones en donde trabaje el objetor.-

Artículo 34

Del desistimiento tácito a la objeción de conciencia: si una institución constatare que quien haya declarado ser objetor de conciencia realiza alguna de las actividades que dieron lugar a su objeción en ella o en cualquier otra institución en donde trabaje o preste algún tipo de servicio en ese sentido, se tendrá como desistido de su objeción de conciencia.-

No se configura desistimiento tácito el caso de que el médico deba intervenir a efectos del cumplimiento del literal a, del artículo 6° de la Ley 18.987.-

Artículo 35

Quienes no hayan presentado objeción de conciencia o hayan desistido de la misma no podrán negarse a realizar los procedimientos a efectos de la interrupción del embarazo.-

IX) DEL CONSENTIMIENTO

Artículo 36

A efectos del consentimiento informado se estará a lo que dispone el decreto 274/010 en su Capítulo III.-

Artículo 37

(Consentimiento de las adolescentes).- En caso de menores de 18 años no habilitadas el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo en los casos de los artículos 2° y 6° de la ley respetando la confidencialidad de la consulta de acuerdo con el artículo 11 bis de la Ley No. 17.823, de 7 de septiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7° de la Ley No. 18.426 de 1° de diciembre de 2008.

De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes. Si el ginecólogo tratante o el equipo interdisciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.

El médico ginecólogo o el equipo interdisciplinario podrán notificar a los padres, tutores, guardador o adulto responsable si entienden que la ausencia de madurez de la menor le impide otorgar un consentimiento válido

para la interrupción del embarazo a efectos de que estos presten su asentimiento, lo que deberá hacerse constar con detalle en la historia clínica.

En caso de que por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, se le brindará a la adolescente toda la información y documentación necesaria para que pueda ejercer las acciones a que refiere el artículo 7, inciso 2 de la Ley 18.987.-

Artículo 38

Si la menor de 18 años obtuviera el consentimiento en vía judicial, bastará la exhibición original de la documentación que acredite que el Juez competente ha actuado y se ha obtenido el consentimiento, el que se incorporará a la Historia Clínica, y se procederá a realizar las acciones necesarias a efectos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.-

Artículo 39

(Consentimiento de mujeres declaradas incapaces).- Si se tratara de una mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia del Juez competente.-

A efectos de la intervención se deberá requerir el asentimiento del curador y exhibir el documento original o autenticado por el juzgado que acredite la obtención de la venia, el que se incorporará en la Historia Clínica y se procederá a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.-

X) DEL REGISTRO ESTADISTICO

Artículo 40

(Registro Estadístico): En la información que las instituciones envíen al Ministerio de Salud Pública a los fines del artículo 12 de la Ley 18.987 se omitirá cualquier dato que directa o indirectamente permita identificar a la mujer debiendo siempre preservar su anonimato.

XI) DISPOSICIONES GENERALES Y DEROGACIONES

Artículo 41

El Ministerio de Salud Pública dictará las guías necesarias para el cumplimiento de la presente reglamentación, en particular para la actuación de los profesionales y personal intervinientes.-

Artículo 42

Déjense sin efecto los decretos y ordenanzas que se opongan al presente decreto.-

JOSÉ MUJICA - EDUARDO BONOMI - LUIS ALMAGRO - FERNANDO LORENZO - ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDO-BRO - OSCAR GÓMEZ - ENRIQUE PINTADO - ROBERTO KREIMERMAN - EDUARDO BRENTA - JORGE VENEGAS - TABARÉ AGUERRE - LILIAM KECHICHIAN - FRANCISCO BELTRAME - DANIEL OLESKER

DECRETO N° 69/014 | REGLAMENTARIO/A DE: LEY N°. 19.167 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

VISTO: lo establecido en el Artículo 4° de la Ley N° 19.167 del 22 de noviembre de 2013, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida;

RESULTANDO: que en el mencionado Artículo se establece que a efectos de aplicar las técnicas de reproducción humana asistida solo podrán realizarlas aquellas Instituciones Públicas o Privadas que hayan recibido la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública a estos efectos específicos;

CONSIDERANDO:

I) que por Decreto N° 416/002 de 29 de octubre de 2002, se estableció la normativa general relativa a la construcción de los Establecimientos Asistenciales o Establecimientos de Salud, desde el punto de vista físico-funcional, a efectos de su habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública;

II) que por lo tanto corresponde, a partir del marco general dispuesto por el Decreto N° 416/002, establecer los requerimientos específicos para la habilitación de los establecimientos referidos en el Artículo 4°. De la ley N° 19.167, en lo referente a condiciones edilicias, equipamiento, recursos humanos especializados con que deben contar, a efectos de garantizar la calidad de los procedimientos para el tratamiento de los trastornos reproductivos aplicando técnicas de reproducción humana asistida de baja y alta complejidad;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a la facultades conferidas por la Ley No. 9.202 del 12 de enero de 1934- Orgánica de Salud Pública, y al Artículo 4° de la ley N° 19.167 de 22 de noviembre de 2013;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1

(DE LA DENOMINACIÓN). Conforme a lo dispuesto en el Decreto N° 416/002 de 29 de octubre de 2002, se denominan:

SERVICIOS, a aquellos que estén vinculados físicamente, jerárquicamente u organizacionalmente, a un Prestador Integral, y como un Servicio más del mismo.

CENTROS O CLÍNICAS, a los establecimientos, vinculados o no a Instituciones de mayor complejidad, y que funcionan en forma particular o venden servicios. Las prestaciones que brindan serán de diferente grado de complejidad, de tipo ambulatorio, donde se realizan una o más Técnicas de diagnóstico y/o tratamiento, de acuerdo a la/s Especialidades que se definan (para el caso: Reproducción Asistida).

Artículo 2

(DEL PROCESO DE HABILITACIÓN) Todos los centros y servicios del país deberán tramitar la habilitación en el Ministerio de Salud Pública, previo a iniciar actividades, o estando en actividad sin habilitación vigente, dentro del primer año de la aprobación del presente Decreto.

El trámite se iniciara en el Ministerio de Salud Pública y en el Interior, en las Direcciones Departamentales de Salud, presentando la documentación que determine el Ministerio de Salud Pública la que figurará en página Web del mismo (www.msp.gub.uy).

Artículo 3

(DE LA VIGENCIA). La habilitación se otorgará por el plazo de cinco años.

El Ministerio de Salud Pública podrá de oficio, por denuncia o a solicitud del interesado practicar las inspecciones y/o verificaciones que estimen necesarios para asegurar el cumplimiento de los fines previstos, en ejercicio de las competencias que le otorga la normativa vigente.

Artículo 4

(DE LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LAS TÉCNICAS DEFINIDAS EN LA LEY 19.167, ART. 5TO.) Se define como técnicas de baja complejidad a aquellos procedimientos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino.

Se define como técnicas de alta complejidad a aquellos procedimientos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a éste los embriones resultantes.

Para realizar Técnicas de BAJA Y ALTA complejidad que requieren recursos humanos, infraestructura, equipamiento y procedimientos no previstos en otra normativa, las instituciones públicas y privadas deberán dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el presente decreto, sin perjuicio de los establecidos en otras normas y que resultaren igualmente aplicables.

Artículo 5

(DE LOS REQUISITOS PARA LA BAJA COMPLEJIDAD). Para habilitar un servicio, clínica o centro de baja complejidad, se deberá contar con:

1. Consultorio Ginecológico Habilitado (según Decreto N° 416/002).
2. Laboratorio Clínico:
 - Área física independiente.
 - Mesada.
 - Incubadora gaseada.
 - Centrifuga.
 - Cámara de Flujo Laminar.
 - Cámara de recuento espermático.
 - Material estéril descartable.

Artículo 6

(DE LOS REQUISITOS PARA LA ALTA COMPLEJIDAD). Para habilitar un Servicio, Clínica o Centro, para procedimientos de Alta Complejidad, se deberá contar con:

1. Consultorio Ginecológico Habilitado (según Decreto N° 416/002).
2. Block Quirúrgico habilitado (según Decreto N° 416/002).
3. Laboratorio de embriología, con ajuste a las siguientes condiciones:
 - a. De la Ubicación, planta física, y condiciones ambientales:

- Deberá estar ubicado dentro del área de Block Quirúrgico (si estuviera alejado del quirófano presentar protocolo de Condiciones de traslado de la muestra desde el quirófano al laboratorio de embriología).
 - Contar con sistema de inyección y extracción de aire filtrado (filtros HEPA 99 %), presión positiva o equipo de ultrafiltración de aire.
 - Temperatura regulable dentro del laboratorio.
 - El área mínima de trabajo será de tres metros cuadrados por Técnico; disponer de un metro lineal libre de mesada por Técnico que allí trabaje (si hay más de uno, será un metro lineal de mesada por cada uno).
 - Contar con Área de Criopreservación:
 - Ubicación de los tanques de nitrógeno líquido, dos para almacenamiento, uno de embriones y ovocitos, otro de semen o tejido testicular y un tercero de respaldo.
 - Área para trabajar o preparar medios de cultivo.
- b. De la Bioseguridad:
- Presentar Protocolo de manejo de residuos, sólidos, biológicos.
 - Presentar Protocolo de descarte de cultivos y/o muestras (Decreto N° 586/009).
 - Presentar Protocolo de limpieza: tipo de productos y tiempos en relación al ciclo. (Fuera de los ciclos, la limpieza es de acuerdo a protocolos habituales).
 - El Sistema de Seguridad deberá contar con grupo electrógeno, y alarmas para el equipamiento que lo requiera.
- c. Del Equipamiento:
- Heladera.
 - Tanques de Nitrógeno líquido conectados a sistema de alarma para control de nivel de N2.
 - Un microscopio invertido con equipo de micro manipulación.
 - Platina térmica en cada microscopio.
 - Equipos calienta-tubos o baño de agua y otras superficies con platina térmica.
 - Incubadoras gaseadas (mínimo dos).
 - Cámara de Flujo Laminar.
 - Lupa estereoscópica con campana de flujo laminar.
 - Cámara para determinación, recuento y movilidad espermática.
 - Pipetas y micro pipetas automáticas de volumen ajustable.
 - Centrífuga.
- d. De los controles del equipamiento:
- Todos los equipos deberán contar con service de mantenimiento preventivo y correctivo.

Artículo 7

(DE LOS RECURSOS HUMANOS).

- a. La Dirección Técnica de una Clínica o Centro deberá ser ejercida por un Doctor/a en Medicina registrado en el MSP. Quien ejerza la Dirección Técnica no podrá ejercer simultáneamente la Dirección del Laboratorio de Embriología.
- b. La Dirección Técnica de un Servicio perteneciente a un Prestador Integral, será ejercida por el Director Técnico de éste.
- c. La dirección del Laboratorio de Embriología será ejercida por un profesional registrado que deberá acreditar conocimiento y experiencia demostrable en organización y manejo cotidiano de laboratorio de embriología.
- d. Los profesionales responsables de la imagenología deberán ser Médicos especialistas en Ginecología o Imagenología, y en el proceso de habilitación deberán acreditar conocimiento y experiencia demostrables en ecografía gineco-obstétrica.

Artículo 8

(Disposiciones generales).

Al inicio del proceso de habilitación, la institución pública o privada que lo promueve, deberá declarar si el servicio o centro trabaja por ciclos o a demanda. De trabajar a demanda se deberá presentar un plan de coordinación del Block Quirúrgico.

Asimismo, el pasaje de una complejidad a otra requiere una nueva Habilitación.

Todos los servicios y centros a habilitarse deberán contar con cobertura de emergencia médica.

Artículo 9

Comuníquese, publíquese.

JOSÉ MUJICA - SUSANA MUÑIZ

DECRETO N° 311/014 | REGLAMENTARIO/A DE: LEY N°. 19.167 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

VISTO: la Ley No. 19.167 de 12 de noviembre de 2013 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida;

RESULTANDO: que dicha Ley comete al Poder Ejecutivo su reglamentación;

CONSIDERANDO:

I) que la complejidad de la reglamentación de la ley citada determinó que la misma se procesara en distintas etapas comenzando por el dictado del Decreto No. 69/014 de 17 de marzo de 2014 sobre Reglamentación de establecimientos de Técnicas de reproducción asistida y de la Ordenanza No. 462 de 26 de agosto de 2014 del Ministerio de Salud Pública, por la cual se integró la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida prevista en el Artículo 29 de la citada Ley;

II) que establecida la normativa anterior, corresponde ingresar a la reglamentación de los derechos sustantivos previstos en la Ley, relativos a los procedimientos de baja y alta complejidad;

III) que en ese marco se procede a reglamentar los procedimientos de baja complejidad que son aquéllos en los cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realizan dentro del aparato genital femenino, y que incluyen la inducción de la ovulación y la inseminación artificial;

ATENCIÓN: a lo dispuesto en la Ley No. 19.167 de 12 de noviembre de 2013, en la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y demás disposiciones legales y reglamentarias;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

CAPITULO I | CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Artículo 1

Glosario: a los efectos del presente Decreto se entiende por:

Banco de gametos: Laboratorio que almacena muestras de espermatozoides u ovocitos de donantes. Son los responsables de seleccionar a los donantes y preparar, almacenar y distribuir las muestras.

Congelación de espermatozoides: Procedimientos utilizados para conservar y almacenar espermatozoides a bajas temperaturas, generalmente en Nitrógeno líquido; es decir a una temperatura de 196oC bajo cero.

Crioconservación: Almacenamiento mediante congelación en nitrógeno líquido. Puede ser tanto de espermatozoides como de óvulos preembriones. Los embriones que no se utilizan en un ciclo de ART (assisted reproductive technologies, técnicas de reproducción asistida) se pueden crioconservar para uso futuro.

Criopreservación: la congelación o la vitrificación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal. Procedimiento usado para preservar y almacenar embriones, óvulos o espermatozoides por congelación.

Donación de gametos: Se refiere a la donación de óvulos o semen.

Donantes de óvulos y semen: Personas sanas y jóvenes que ceden sus óvulos y espermatozoides de forma anónima, voluntaria y altruista a centros autorizados para que sean utilizados en tratamientos de reproducción asistida.

Espermatozoide: Gameto masculino, producido en los testículos. Constan de una cabeza, donde se encuentra el núcleo, responsable de los rasgos genéticos que el padre transmitirá a su descendencia. En la parte superior tienen una especie de capucha llamada acrosoma donde se encuentran las sustancias que les permitirán fecundar. Una zona media donde están las estructuras que dan movilidad a la última parte que es la cola o flagelo.

Esterilidad: Cuando después de un año de relaciones sexuales vaginales sin tomar medidas de protección, no se ha producido un embarazo. Esterilidad secundaria es cuando después de haber tenido un primer hijo, no logran una nueva gestación a lo largo de dos años. En la práctica se habla indiferentemente de esterilidad o de infertilidad para referirnos a las parejas que no logran un embarazo después de un año de relaciones sexuales regulares sin protección., o la incapacidad de la mujer de llevar a término un embarazo.

Fecundación: Entrada de un espermatozoide dentro de un óvulo. La combinación del material genético presente en el espermatozoide y el ovocito dará lugar a la formación de un embrión. Normalmente se produce dentro de la trompa de Falopio (in vivo).

Gameto: Una célula reproductiva: el espermatozoide en el hombre, el óvulo en la mujer.

Inducción de la ovulación: Favorecer la ruptura de los folículos para que se liberen los ovocitos. De forma natural, la ovulación la produce la hormona LH. La inducción de la ovulación se lleva a cabo administrando LH a la paciente, u hormonas con efecto similar a la LH, como la hCG o sustancias que generen la producción de LH en gran cantidad, como la GnRH.

Infertilidad: La incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de 12 meses o más de relaciones sexuales, sin haber hecho uso de métodos anticonceptivos.

Inseminación artificial: Tratamiento de reproducción asistida que consiste en el depósito en el interior del tracto reproductor femenino de los espermatozoides mediante el uso de un catéter, para acortar la distancia que deben recorrer éstos hasta llegar al ovocito. Se trata de una micromanipulación en la que los espermatozoides son depositados cerca del cuello uterino o dentro del útero para lo cual deben ser previamente capacitados. Esta técnica se usa para superar los problemas de rendimiento sexual, para evitar los problemas de interacción del moco de los espermatozoides, para maximizar la potencia del semen deficiente y para usar espermatozoides donados. Es una tecnología que permite efectuar procedimientos microquirúrgicos en espermatozoides, ovocitos, cigotos o embriones.

Inseminación intrauterina (IIU): Un procedimiento en el cual un médico coloca espermatozoides directamente en el útero a través del cérvix con un tubo.

Ovulación: Liberación del ovocito del folículo que lo contenía. Generalmente se produce a mitad del ciclo menstrual.

Ovulo u ovocito: Célula reproductora femenina.

Reproducción médicamente asistida (RMA): reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante. Técnicas o procedimientos de baja complejidad son aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino.

Técnicas de Reproducción Asistida (ART): Se entiende por técnicas de reproducción humana asistida al conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.

Trompas de Falopio: Conductos que parten de la parte superior del útero y que terminan junto a los ovarios con unas proyecciones parecidas a dedos, llamadas fimbrias. Los óvulos viajan a través de estas desde el ovario hacia la trompa, La fecundación se produce normalmente en el interior de las trompas de Falopio.

Tratamientos de Reproducción Humana Asistida (RHA): Se refiere a todos los tratamientos de reproducción tanto de baja como alta complejidad.

Artículo 2

Constituyen técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realizan dentro del aparato genital femenino e incluyen inducción de la ovulación e inseminación artificial, en todas sus modalidades.

La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la descripción precedente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida.

Artículo 3

(Alcance). Las técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, conforme a las siguientes disposiciones.

Artículo 4

(Habilitación). Solo podrán aplicar las técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad aquellas instituciones públicas o privadas que hayan obtenido la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública conforme a lo dispuesto en el Decreto 69/014 de fecha 17 de marzo de 2014.

CAPITULO II | DE LOS PROCEDIMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD

Artículo 5

(Procedimientos de reproducción humana asistida de baja complejidad y su cobertura). Las técnicas o procedimientos de baja complejidad quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia (PIAS) que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir del 1° de octubre de 2014.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 7.

Artículo 6

Los procedimientos de Reproducción Humana Asistida de baja complejidad serán de cobertura obligatoria por parte de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud, con el financiamiento que corresponda en cada caso de acuerdo a la reglamentación respectiva, cuando la mujer no sea mayor de 40 años. En el caso de las mujeres mayores de 40 años de edad el financiamiento será de cargo de las mismas.

Serán igualmente cubiertas por el Sistema Nacional Integrado de Salud durante los 24 (veinticuatro) meses siguientes a la fecha de promulgación de la ley que se reglamenta, las mujeres que hayan sobrepasado dicho límite de edad, cuyo derecho se hará efectivo a partir de la vigencia del presente y por un plazo igual al previsto en la Ley.

Artículo 7

El financiamiento de las prestaciones a las que refiere el Artículo 5° del presente Decreto, surgirá de lo que disponga oportunamente el Poder Ejecutivo.

Artículo 8

Las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad, así como el tratamiento, material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos. Los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad son los establecidos en el Capítulo 3.n. (Procedimientos diagnóstico/Procedimientos de Salud Sexual y Reproductiva. Estudios diagnósticos de las disfunciones sexuales y de esterilidad/infertilidad) del Catálogo de Prestaciones de los Programas Integrales de Asistencia (PIAS), vigente.

Artículo 9

Incluyese en el Capítulo 6°, Medicamentos, del Catálogo de Prestaciones de los Programas Integrales de Asistencia (PIAS) el antagonista de GnRH denominado CETRORELIX, para el tratamiento de la Reproducción Humana Asistida.

Artículo 10

(Requisitos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida de baja complejidad). La realización de las técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad deberá llevarse a cabo dando cumplimiento a los siguientes requisitos:

- a. Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de 60 (sesenta) años, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo tratante sobre las técnicas de referencia, sus riesgos y probabilidades de éxito, salvo que hubiere sido declarada incapaz por Juez competente.
- b. Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia, conforme a lo establecido en los protocolos que dicte el Ministerio de Salud Pública. Deberá determinarse el buen estado de salud psicofísica de la pareja o de la mujer en su caso, acreditándose que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean trasmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento del niño o niña.
- c. Otorgamiento de consentimiento informado y escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de técnicas de reproducción humana asistida de acuerdo al formulario que se establezca y a lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008.
- d. Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la inseminación.

Artículo 11

(Suspensión de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida de baja complejidad). La mujer a la que se le apliquen las técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad podrá disponer que se suspendan las mismas en cualquier momento.

Tal manifestación de voluntad deberá hacerse por escrito y con los mismos requisitos que se siguieron para consentir por parte de la mujer, en cuyo caso los gastos devengados hasta esa fecha serán de su cargo exclusivo.

Artículo 12

(derecho a la identidad).- El o los hijos nacidos mediante las técnicas de reproducción humana asistida tendrán derecho a conocer el procedimiento efectuado para su fecundación mediante petición por escrito ante la institución en la cual se practicó la técnica de que se trate, conforme al procedimiento establecido en la Ley que se reglamenta.

CAPÍTULO III | DE LA DONACIÓN DE GAMETOS Y SU CONSERVACIÓN

Artículo 13

(Donación de gametos). La donación de gametos se realizará en forma anónima y altruista, debiendo garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 23 de la presente reglamentación.

La donación se autorizará por escrito con expreso consentimiento informado del donante y será revocable, también por escrito, cuando éste necesitase para sí los gametos donados.

Solo podrá donarse espermatozoides hasta un máximo de 25 nacimientos por donante.-

Artículo 14

(Requisitos para la donación de gametos).- Para proceder a la donación de gametos, los donantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a. Ser mayor de edad.
- b. Acreditar un buen estado de salud psicofísica, mediante estudios que demuestren que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento, de acuerdo al protocolo que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Artículo 15

(Ausencia de vínculos filiatorios). La donación de gametos no genera vínculo filiatorio alguno entre los donantes de gametos y el nacido, quienes tampoco tendrán entre sí ningún tipo de derechos ni obligaciones.

Artículo 16

(Información sobre fenotipo).- Los receptores de gametos tienen derecho a obtener información general sobre las características fenotípicas del donante, de acuerdo al protocolo que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Artículo 17

(Banco de Gametos). Las instituciones públicas y privadas autorizadas por el Ministerio de Salud Pública para realizar técnicas de reproducción humana asistida podrán tener sus bancos de gametos, para lo cual deberán ser previamente autorizados por dicho Ministerio y quedar sujetos a su supervisión y control.

Artículo 18

(Conservación de gametos). Los gametos no transferidos se conservarán por cinco años.-

Pasado el plazo establecido en los incisos anteriores se podrán tomar las siguientes medidas:

- a. Transferir los gametos dentro de un plazo de noventa (90) días;
- b. Que los interesados los donen a terceros;
- c. Descartarlos en cuyo caso, se le ofrecerá a los interesados la entrega de los gametos y en caso de negativa a recibirlos, el laboratorio podrá desechar los mismos, de acuerdo al procedimiento que determine la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida.

Los interesados serán notificados de la finalización del plazo mediante telegrama colacionado o por cualquier otro medio idóneo, y si transcurridos treinta (30) días continuos a partir de la notificación no manifestaren a cuál de las opciones mencionadas se adhieren, se informará a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida para su resolución final.-

CAPITULO IV | DE LA INVESTIGACION CON GAMETOS

Artículo 19

(Investigación con gametos). Los gametos podrán ser utilizados con fines de investigación o experimentación científica para la mejora de las técnicas de reproducción humana asistida. En tales casos, los gametos no podrán ser fertilizados con el fin de obtener embriones.

Todo protocolo de investigación básica o experimental deberá ser aprobado por la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida y cumplir con los restantes requisitos establecidos por la normativa (Comisión Nacional de Ética en la Investigación), previo a iniciarse el mismo.

La inobservancia de estas disposiciones podrá determinar la aplicación de las sanciones que correspondan, en los términos de lo dispuesto en los Artículos 103 a 105 del Decreto 416/002 del 29 de octubre de 2002.-

Artículo 20

(Inhabilitación).- La institución en que se practicaren los procedimientos prohibidos por el artículo 19 de la ley que se reglamenta, podrá ser inhabilitada para la prestación de técnicas de reproducción humana asistida, previa la aplicación de las sanciones previstas en los Artículos 103 a 105 del Decreto N° 416/2002 de 29 de octubre de 2002.

CAPITULO V | CONFIDENCIALIDAD

Artículo 21

(Identidad del donante). La identidad del donante será revelada previa resolución judicial cuando el nacido o sus descendientes así lo soliciten al Juez competente.

Esta acción podrá ser ejercida por el nacido por aplicación de la técnica de reproducción humana asistida de baja complejidad o sus representantes legales y, en caso de que hubiere fallecido, por sus descendientes en línea recta hasta el segundo grado, por sí o por medio de sus representantes.

La información proporcionada no implicará en ningún caso la publicidad de la identidad de los donantes ni producirá ningún efecto jurídico en relación a la filiación.

Son jueces competentes los Jueces Letrados de Primera Instancia de Familia de Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia del interior del país que tengan entre su competencia la de Familia.

Artículo 22

(Secreto Profesional). Toda la información relativa a la donación de gametos se encuentra alcanzada por el secreto profesional y en todos los casos sujeta a las responsabilidades que establezcan las leyes y los códigos de ética vigentes.

El deber de secreto alcanza también a todas las personas que, en virtud de las tareas que desempeñen relacionadas con la donación de gametos, tengan acceso a la información a que refieren los Artículos 12 y 13 de la Ley que se reglamenta.

CAPITULO VI | INFORMACIÓN Y REGISTRO

Artículo 23

(Deber de informar) Las instituciones públicas y privadas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para realizar los procedimientos de reproducción humana asistida de baja complejidad deberán proporcionar la información que el mismo solicite a través de la Dirección General de la Salud y de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud en el marco de sus respectivas competencias.

Artículo 24

(Del registro). El Instituto Nacional de Donación y Trasplante llevará un registro a nivel nacional de los datos relativos a donantes de gametos, así como del material biológico (espermatozoides) que ingresa a, o egresa de, cada Banco o Laboratorio, debiendo los mismos proporcionar dicha información con la periodicidad que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Cada Banco y/o Laboratorio tendrá a disposición del Instituto Nacional de Donación y Trasplante la información referente a los donantes de gametos, de acuerdo a lo que dispongan los protocolos que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Artículo 25

(Obligaciones de las autoridades). EL Ministerio de Salud Pública mantendrá un registro de Instituciones (Bancos y Laboratorios) habilitados en el país para preservar o manipular gametos, en el que se especificarán las actividades para las que están habilitadas.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud Pública mantendrá el Registro de gametos donados, o preservados para uso propio, con el objetivo de garantizar un adecuado nivel de protección al material biológico e impedir su comercialización.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante tomará las medidas necesarias para proteger los datos recogidos dentro del ámbito de aplicación del Registro, los que serán resguardados y mantenidos como confidenciales.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante y la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública establecerán un sistema de registro que permita monitorear la trazabilidad del material biológico

donado, requisito necesario por razones sanitarias y disposiciones legales (Art. 21 de la Ley 19.167: "Identidad del Donante"), así como detectar y notificar los desvíos a las disposiciones de la normativa vigente (número máximo de gametos utilizados provenientes de un mismo donante limitando el riesgo de consanguinidad).

Artículo 26

(Obligaciones de las Instituciones). Las Instituciones mantendrán un registro del origen y destino de los gametos, así como de todas las actividades: colecta, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento, distribución, uso clínico, descarte e investigación, incluyendo los tipos y cantidades de gametos. Dichos registros deberán estar a disposición del Instituto Nacional de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud Pública a los efectos de organizar el registro de gametos.

Las Instituciones deberán designar un responsable a los efectos de brindar toda la información requerida para el Registro de gametos y deberán comunicar en forma obligatoria dicha información con una periodicidad de noventa días.

Artículo 27

(Registro de Pacientes). El Ministerio de Salud Pública, en la órbita de la Dirección General de la Salud (DIGESA), llevará un registro de las pacientes a las que se practiquen procedimientos de reproducción humana asistida al amparo de las disposiciones de ley No. 19.167 y del presente Decreto, a cuyos efectos, las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán comunicar en forma obligatoria a dicho registro, con una periodicidad de noventa días, la identidad de las mismas y el tratamiento brindado, cuyos datos deberán protegerse conforme a lo dispuesto en la ley No. 18.331 de 11 de agosto de 2008 y su Decreto reglamentario No. 414 de 31 de agosto de 2009.

Artículo 28

Comuníquese, publíquese.

JOSÉ MUJICA - LEONEL BRIOZZO - MARIO BERGARA - RICARDO EHRLICH

DECRETO N° 84/015 | TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

VISTO: la Ley N° 19.167 de 22 de noviembre de 2013;

RESULTANDO: que por la misma se regulan las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente así como los requisitos que deben cumplir las Instituciones públicas y privadas que las realicen;

CONSIDERANDO: que corresponde proceder a la reglamentación de la referida norma;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

CAPITULO I | CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Artículo 1

Glosario: a los efectos del presente Decreto se entiende por:

Banco de gametos: Laboratorio que Almacena muestras de espermatozoides u ovocitos de donantes, y muestras de pacientes. Son los responsables de seleccionar a los donantes y preparar, almacenar y distribuir las muestras.

Ciclo de FIV completo o intento en técnicas de alta complejidad: Se refiere al procedimiento por el cual se realiza la estimulación hormonal ovárica con la consiguiente aspiración folicular y posterior realización de hasta 3 ciclos de transferencia embrionaria.

Ciclo de transferencia de embriones: ciclo de TRA durante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio.

Cigoto: Ovocito fecundado (primera etapa del desarrollo del embrión antes de su primera división). El cigoto presenta un pronúcleo femenino y un pronúcleo masculino, aun independientes.

Congelación de embriones: Procedimientos utilizados para conservar y almacenar embriones a bajas temperaturas, generalmente en Nitrógeno líquido; es decir a una temperatura de 196oC bajo cero. Actualmente se utiliza para ello la vitrificación (ver vitrificación).

Congelación de espermatozoides: Procedimientos utilizados para conservar y almacenar espermatozoides a bajas temperaturas, generalmente en Nitrógeno líquido; es decir a una temperatura de 196oC bajo cero.

Criopreservación: la congelación o la vitrificación y el almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal. Procedimiento usado para preservar y almacenar embriones, óvulos o espermatozoides por congelación.

Donación de óvulos: Cesión voluntaria, anónima y altruista de óvulos para ayudar a mujeres a cumplir sus deseos reproductivos. Tratamientos de reproducción asistida realizados con óvulos donados. El programa de donación de ovocitos se desarrolla para pacientes que por diferentes causas no presentan función ovárica capaz de producir ovocitos con calidad capaces de originar una gestación mujeres que presentan una insuficiencia ovárica prematura o les han sido extirpados ambos ovarios; pacientes que tienen anomalías cromosómicas que de forma sistemática transmiten a su descendencia; mujeres que no responden bien a la medicación estimuladora del ovario o que ven fracasar de forma repetida la FIV. De esta manera se dispone de ovocitos donados por mujeres jóvenes y sanas que de manera altruista donan sus gametos para aquellas mujeres que los necesitan.

Donación de gametos: Se refiere a la donación de óvulos o semen.

Donantes de óvulos y semen: Personas sanas y jóvenes que ceden sus óvulos y espermatozoides de forma anónima, voluntaria y altruista a centros autorizados para que sean utilizados en tratamientos de reproducción asistida.

Donación de embriones: transferencia de embriones resultantes de gametos (espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja.

Embrión: Término usado para describir las primeras etapas del feto. Corresponde al producto de la división del cigoto desde la primera división celular hasta la semana 8 después de la fecundación. Suele diferenciarse embrión de pre-embrión, siendo éste el conjunto de células totipotenciales desde la fecundación hasta el día 14, ya que desde un punto de vista biológico, la diferenciación celular embrionaria comienza a partir del día 14.

Espermatozoide: Gameto masculino, producidos en los testículos. Constan de una cabeza, donde se encuentra el núcleo, responsable de los rasgos genéticos que el padre transmitirá a su descendencia. En la parte superior presentan una capucha llamada acrosoma donde se encuentran las sustancias que les permitirán fecundar. Una zona media donde están las estructuras que dan movilidad a la última parte que es la cola o flagelo.

Esterilidad (o infertilidad): Incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Esterilidad secundaria es cuando después de haber tenido un primer hijo, no logran una nueva gestación a lo largo de dos años. En la práctica se habla indiferentemente de esterilidad o de infertilidad para referirnos a las parejas que no logran un embarazo después de un año de relaciones sexuales regulares sin protección.

Extracción de óvulos: Un procedimiento utilizado para obtener óvulos de folículos ováricos para utilizar en la fertilización in vitro (FIV). El procedimiento se puede realizar a través de la vagina mediante el uso de una aguja y ultrasonido para ubicar el folículo en el ovario.

Fecundación: Entrada de un espermatozoide dentro de un óvulo. La combinación del material genético presente en el espermatozoide y el ovocito dará lugar a la formación de un embrión. Normalmente se produce dentro de la trompa de Falopio (in vivo).

Fecundación in Vitro (F.I.V.): Tratamiento de reproducción asistida que consiste en la unión de óvulos y espermatozoides extracorpórea, para que den lugar a embriones que serán devueltos posteriormente al tracto genital de la mujer, con el fin de que ésta quede embarazada.

Gameto: Una célula reproductiva: el espermatozoide en el hombre, el óvulo en la mujer.

Implantación: La unión y subsecuente penetración del blastocisto libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación.

Incubadora de embriones: Es una estufa cerrada herméticamente y sin luz, mantenido con un microambiente específico, a una temperatura de 37°C. y en una atmósfera con una mezcla de gases adecuada para proporcionar una moderada alcalinidad a los medios de cultivo similar a los fluidos tubáricos y con una humedad superior al 85 %, de manera que permite la capacitación espermática, la fecundación y el adecuado desarrollo de los embriones.

Inducción de la ovulación: Favorecer la ruptura de los folículos para que se liberen los ovocitos. De forma natural, la ovulación la produce la hormona LH. La inducción de la ovulación se lleva a cabo administrando LH a la paciente, o hormonas con efecto similar a la LH, como la hCG o sustancias que generen la producción de LH en gran cantidad, como la GnRH.

Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI): Técnica empleada en el laboratorio de embriología para conseguir la fecundación de los ovocitos y que consiste en introducir o microinyectar a través de una micropipeta un solo espermatozoide en el interior de un solo ovocito. Este método es indicado en casos de infertilidad masculina grave, cuando se encuentran muy pocos espermatozoides normales en el semen del hombre, o cuando la capacidad de fertilización de los espermatozoides ha disminuido considerablemente.

Ovulación: Liberación del ovocito del folículo que lo contenía. Generalmente se produce a mitad del ciclo menstrual.

Ovulo u ovocito: Célula reproductora femenina.

Reproducción médicamente asistida (RMA): reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o de un donante.

Técnica de alta complejidad o técnica de reproducción asistida (TRA): Todos los procedimientos o tratamientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado. No incluyen la inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante.

Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, del inglés gamete intrafallopian transfer): Después de extraer los óvulos, éstos se mezclan con el esperma y luego se colocan (mediante laparoscopia, un procedimiento quirúrgico menor) en las trompas de Falopio de la mujer para la fertilización in vivo.

Trompas de Falopio: Conductos que parten de la parte superior del útero y que terminan junto a los ovarios con unas proyecciones parecidas a dedos, llamadas fimbrias. Los óvulos viajan a través de estas desde el ovario hacia la trompa, La fecundación se produce normalmente en el interior de las trompas de Falopio.

Transferencia de embriones (TE): procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio.

Transferencia intratubárica de cigoto: procedimiento mediante el cual uno o más cigotos son transferidos a la trompa de Falopio.

Artículo 2

Constituyen técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad con cobertura a cargo del Fondo Nacional de Recursos la inducción de la ovulación, la microinyección espermática (ICSI), la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la criopreservación de embriones, la donación de gametos y embriones, y la gestación subrogada en caso de la situación excepcional de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio. En el caso de la donación de gametos y embriones, el tiempo que insuma la operativa respectiva para los donantes será objeto de certificación médica a los efectos que correspondieren. La aplicación de cualquier otra técnica no incluida en la enumeración detallada precedentemente, requerirá la autorización del Ministerio de Salud Pública, previo informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, y ser sancionada mediante Decreto del Poder Ejecutivo.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 32.

Artículo 3

(Alcance).- Las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, conforme a las siguientes disposiciones.-

Artículo 4

(Habilitación).- Solo podrán aplicar las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad aquellas instituciones públicas o privadas que hayan recibido la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública conforme a lo dispuesto en el Decreto N° 69/014 de 17 de marzo de 2014.

CAPITULO II | DE LOS PROCEDIMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

Artículo 5

(Procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad).- Las técnicas o procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad son aquéllos en las que la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a éste los embriones resultantes, sean éstos criopreservados o no.

Artículo 6

Las prestaciones a brindarse incluyen el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos antedichos, y la medicación correspondiente en todos los casos, exceptuando aquéllos medicamentos comprendidos dentro del conjunto de prestaciones obligatorias a cargo de los prestadores integrales de salud.

Los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad son los establecidos en el Capítulo 3.n. (Procedimientos de diagnóstico / Procedimientos de Salud Sexual y Reproductiva. Estudios diagnósticos de las

disfunciones sexuales y de esterilidad/ infertilidad) del Catálogo de Prestaciones de los Programas Integrales de Asistencia (PIAS) actualmente vigente (Decreto N° 465/2008 de 3 de octubre de 2008, y disposiciones concordantes, modificativas y complementarias).

Los prestadores integrales de salud deberán asegurar la continuidad asistencial en todos los casos, tanto cuando el procedimiento resulte exitoso, como cuando en su transcurso o a posteriori surjan complicaciones.

Artículo 7

(Requisitos para la realización de las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad). La realización de las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad deberá llevarse a cabo dando cumplimiento a los siguientes requisitos:

- a. Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de cuarenta años a la fecha de promulgación del presente Decreto, salvo que hubiere sido declarada incapaz para ejercer la paternidad o maternidad, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo médico tratante sobre las técnicas de referencia, sus riesgos y probabilidades de éxito.
Los inicios de cada ciclo de FIV se realizarán hasta que la mujer cumpla los cuarenta años de edad. Una vez cumplidos los cuarenta años no se dará inicio a nuevos ciclos de FIV. En caso de contar con embriones criopreservados se podrán completar los tres ciclos de transferencia de embriones luego de cumplir los cuarenta años.
- b. Sin perjuicio de lo establecido en el literal anterior, las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad serán de aplicación a las personas a partir de los 40 (cuarenta) años y hasta que cumplan 60 (sesenta) años de edad, durante los 24 (veinticuatro) meses siguientes a la fecha de promulgación de la ley que se reglamenta, cuyo derecho se hará efectivo a partir de la vigencia del presente y por un plazo igual al previsto en la Ley.
- c. Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia, conforme a lo establecido en los protocolos que el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Recursos establezcan. Deberá determinarse el buen estado de salud psicofísica de la pareja o de la mujer en su caso, acreditándose que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento del niño o niña;
- d. El profesional médico responsable del equipo actuante deberá dejar constancia escrita en la historia clínica correspondiente, de los estudios, tratamientos seguidos y resultados que justifiquen la realización del procedimiento;
- e. Otorgamiento de consentimiento informado y escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad de acuerdo al formulario que se establezca y a lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008;
- f. Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la implantación.

Artículo 8

Las prestaciones cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos serán aquellas comprendidas en la normativa de cobertura de esa institución.

Artículo 9

(Suspensión de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad).- La mujer a la que se le apliquen las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad podrá disponer que se suspendan las mismas antes de la fecundación del óvulo. Tal manifestación de voluntad deberá hacerse por escrito y

con los mismos requisitos que se siguieron para consentir por parte de la mujer, en cuyo caso los gastos devengados hasta esa fecha serán de su cargo exclusivo.

Artículo 10

(Situación especial).- Podrá realizarse fertilización de gametos o transferirse embriones originados en una persona que hubiere fallecido, dentro de los trescientos sesenta y cinco días posteriores a su fallecimiento, siempre que ésta hubiera otorgado previamente por escrito su consentimiento informado para ello ante escribano público o en documento privado suscrito por dos testigos.

Artículo 11

(Derecho a la identidad).- El o los hijos nacidos mediante las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad tendrán derecho a conocer el procedimiento efectuado para su fecundación mediante petición por escrito ante la institución en la cual se practicó la técnica de que se trate, conforme al procedimiento establecido en la Ley que se reglamenta.

CAPÍTULO III | DE LA TRANSFERENCIA Y CONSERVACIÓN DE EMBRIONES

Artículo 12

(Condiciones para la transferencia embrionaria).- Luego de producida la fertilización de los ovocitos, podrán transferirse al útero solamente dos embriones por ciclo, por un máximo de tres ciclos, salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones.

En caso de embriones viables no transferidos deberán preservarse a los efectos de ser transferidos en un ciclo posterior.

Culminados los tres ciclos o interrumpido el proceso porque la mujer no esté en condiciones o se niegue a recibir los embriones, deberá procederse a su conservación, siempre que no hayan sido descongelados, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 18 de este Decreto.

Las pacientes deberán ser previamente informadas de las condiciones establecidas en este artículo y decidirán si quieren realizar el procedimiento bajo las mismas. De no aceptarlas, únicamente se podrá proceder a la fertilización de los ovocitos necesarios para un solo ciclo.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 34.

CAPÍTULO IV | DE LA DONACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES

Artículo 13

(Donación de gametos).- La donación de gametos se realizará en forma anónima y altruista, debiendo garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 21 de este Decreto.

La donación se autorizará por escrito con expreso consentimiento informado del o la donante y será revocable, también por escrito, cuando estos necesitasen para sí los gametos donados.

Solo podrá donarse gametos de acuerdo al siguiente detalle:

Espermatozoides: Veinticinco (25) nacimientos por donante.

Óvulos. Hasta cinco (5) estimulaciones por donante, no más de tres (3) en un año y hasta veinticinco (25) nacimientos por donante.

Los óvulos obtenidos en cada donación serán utilizados en una o varias receptoras de acuerdo al protocolo que dicte el Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO IV | DE LA DONACIÓN DE GAMETOS Y EMBRIONES

Artículo 14

(Requisitos para la donación de gametos).- Para proceder a la donación de gametos, los donantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a. Ser mayor de edad;
- b. Acreditar un buen estado de salud psicofísica, mediante estudios que demuestren que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento, de acuerdo al protocolo que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Artículo 15

(Ausencia de vínculos filiatorios).- La donación de gametos no genera vínculo filiatorio alguno entre los donantes y el nacido, quienes tampoco tendrán entre sí ningún tipo de derechos ni obligaciones.

Artículo 16

(Información sobre fenotipo).- Los receptores de gametos o embriones tienen derecho a obtener información general sobre las características fenotípicas del donante, de acuerdo al protocolo que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Artículo 17

(Banco de Gametos).- Las instituciones públicas y privadas autorizadas por el Ministerio de Salud Pública para realizar técnicas de reproducción humana asistida podrán tener sus bancos de gametos, para lo cual deberán ser previamente autorizados por dicho Ministerio y quedar sujetos a su supervisión y control.

Artículo 18

(Conservación de embriones).- Los embriones no transferidos se conservarán por dos (2) años con financiamiento por parte del Fondo Nacional de Recursos.-

En caso de que la mujer por razones biológicas no pueda recibir los embriones en los periodos mencionados podrá mantenerse la criopreservación de embriones por mayor período de tiempo a costo de la pareja/ mujer.

La Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, en cumplimiento del cometido que le asigna el artículo 31), lit. b) de la ley No. 19.167 de 22 de noviembre de 2013, promoverá la sanción de una norma legal que regule el destino final de los embriones una vez vencido el plazo legal de dos (2) años, o de la prórroga convencional, en su caso.

CAPITULO V | DE LA INVESTIGACION DE GAMETOS Y EMBRIONES

Artículo 19

(Investigación con gametos y embriones).- Los gametos podrán ser utilizados con fines de investigación o experimentación científica para la mejora de las técnicas de reproducción humana asistida. En tales casos, los gametos no podrán ser fertilizados con el fin de obtener embriones.

Se prohíbe la investigación o experimentación científica con embriones generados para desarrollar embarazos con las técnicas de reproducción humana asistida reguladas por la ley que se reglamenta.

Todo protocolo de investigación básica o experimental deberá ser aprobado por la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida y cumplir con los restantes requisitos establecidos por la normativa (Comisión Nacional de Ética en la Investigación), previo a iniciarse el mismo.

La inobservancia de estas disposiciones podrá determinar las sanciones que correspondan, en los mismos términos de lo dispuesto en los Artículos 103 a 105 del Decreto No. 416/002 de 29 de octubre de 2002.

Artículo 20

(Inhabilitación).- La institución en que se practicaren los procedimientos prohibidos por el artículo 19 de la ley que se reglamenta, podrá ser inhabilitada para la prestación de técnicas de reproducción humana asistida, previa aplicación de las sanciones previstas en los Artículos 103 a 105 del Decreto N° 416/2002 de 29 de octubre de 2002.

CAPITULO VI | CONFIDENCIALIDAD

Artículo 21

La identidad del donante será revelada previa resolución judicial cuando el nacido o sus descendientes así lo soliciten al Juez competente.

Esta acción podrá ser ejercida por el nacido por aplicación de la técnica de reproducción humana asistida de alta complejidad o sus representantes legales y, en caso de que hubiere fallecido, por sus descendientes en línea recta hasta el segundo grado, por sí o por medio de sus representantes.

La información proporcionada no implicará en ningún caso la publicidad de la identidad de los donantes ni producirá ningún efecto jurídico en relación a la filiación.

Son jueces competentes los Jueces Letrados de Primera Instancia de Familia de Montevideo y los Jueces Letrados de Primera Instancia del interior del país que tengan entre su competencia la de Familia.

Artículo 22

(Secreto Profesional).- Toda la información relativa a la donación de gametos se encuentra alcanzada por el secreto profesional y en todos los casos sujeta a las responsabilidades que establezcan las leyes y los códigos de ética vigentes.

El deber de secreto alcanza también a todas las personas que, en virtud de las tareas que desempeñen relacionadas con la donación de gametos, tengan acceso a la información a que refieren los Artículos 12 y 13 de la Ley que se reglamenta.

CAPÍTULO VII | INFORMACIÓN Y REGISTRO

Artículo 23

(Deber de informar). Las instituciones públicas y privadas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para realizar los procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad deberán proporcionar la información que el mismo solicite a través de la Dirección General de la Salud (DIGESA) y de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS) en el marco de sus respectivas competencias, así como la que solicite el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Artículo 24

(Del registro) El Instituto Nacional de Donaciones y Trasplantes llevará un registro a nivel nacional de los datos relativos a donantes de gametos y embriones, así como del material biológico (ovocitos, espermatozoides, embriones) que ingresa a, o egresa de, cada Banco o Laboratorio, debiendo los mismos proporcionar dicha información con la periodicidad que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Cada Banco y/o Laboratorio deberá tener a disposición del Instituto Nacional de Donaciones y Trasplantes la información referente a los donantes, gametos, y embriones de acuerdo a lo que dispongan los protocolos que el Ministerio de Salud Pública establezca.

Artículo 25

(Obligaciones de las autoridades) El Ministerio de Salud Pública llevará un registro de Instituciones (Bancos y Laboratorios) habilitados en el país para preservar o manipular gametos o embriones, en el que se especificarán las actividades para las que están habilitados. El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos del Ministerio de Salud Pública, llevará el Registro de gametos y embriones donados, o preservados para uso propio, con el objetivo de garantizar un adecuado nivel de protección del material biológico e impedir su comercialización.

Asimismo, tomará las medidas necesarias para proteger los datos recogidos dentro del ámbito de aplicación del Registro, los que serán resguardados y mantenidos como confidenciales.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos y la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública establecerán un sistema de registro que permita monitorear la trazabilidad del material biológico donado, requisito necesario por razones sanitarias y disposiciones legales (Art. 21 de la Ley No. 19.167: "Identidad del Donante"), así como detectar y notificar los desvíos a las disposiciones de la normativa vigente (número máximo de gametos utilizados provenientes de un mismo donante limitando el riesgo de consanguinidad).

Artículo 26

(Obligaciones de las Instituciones) Las Instituciones mantendrán un registro del origen y destino de los gametos y embriones, así como de todas las actividades (colecta, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento, distribución, uso clínico y descarte), incluyendo los tipos y cantidades de gametos y embriones, incluso los gametos empleados en la actividad de investigación. Dichos registros deberán estar a disposición del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos del Ministerio de Salud Pública a los efectos de organizar el registro de gametos y embriones.

Las Instituciones deberán designar un responsable a los efectos de brindar toda la información requerida para el Registro de gametos y deberán comunicar en forma obligatoria dicha información con una periodicidad no superior a noventa días.

CAPÍTULO VII | DE LA GESTACIÓN SUBROGADA

Artículo 27

(Nulidad).- Serán absolutamente nulos los contratos a título oneroso o gratuito entre una pareja o mujer que provea gametos o embriones, sean estos propios o de terceros para la gestación en el útero de otra mujer, obligando a esta a entregar el nacido a la otra parte o a un tercero.

Exceptuase de lo dispuesto precedentemente, únicamente la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja en su caso, la implantación y gestación del embrión propio.

Entiéndese por embrión propio aquel que es formado como mínimo por un gameto de la pareja o en el caso de la mujer sola, por su óvulo.

La incapacidad referida deberá ser diagnosticada por el equipo tratante, el que deberá elevar un informe a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida para su conocimiento, la que evaluará si se cumplen las condiciones establecidas en el inciso segundo de este artículo.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 28.

Artículo 28

(Suscripción de acuerdo).- El acuerdo a que refiere el inciso segundo del artículo anterior deberá ser de naturaleza gratuita, documentado por escrito y suscripto por todas las partes intervinientes.

Artículo 29

(Filiación).- En el caso previsto como excepción en el Artículo 25 de la Ley que se reglamenta, la filiación del nacido corresponderá a quienes hayan solicitado y acordado la subrogación de la gestación.

Artículo 30

(Filiación Materna).- La filiación materna estará determinada por el parto o la cesárea de la madre biológica o en su caso por la mujer cuya gestación ha sido subrogada.

Artículo 31

A los efectos de poder acceder a la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos a que refiere el inciso cuarto del Artículo 5° de la Ley No. 19.167 de 1° de julio de 2014, las parejas alcanzadas por las disposiciones de dicha Ley o las mujeres en su caso, deberán cumplir con las condiciones establecidas por la ley No. 16.343 de 24 de diciembre de 1992, modificativas y complementarias, debiendo por tanto estar radicados en el país y efectuarse aportes a dicho Fondo para la cobertura de estas personas por cualquiera de los sistemas legalmente establecidos.

CAPÍTULO VIII | DE LA FINANCIACION

Artículo 32

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) cobrará un copago por los tratamientos de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad a los que refiere el Artículo 2° del presente Decreto, el cual será variable de acuerdo al número de intentos y al ingreso per capita promedio de la pareja, de acuerdo a lo previsto en el

Artículo 34° del presente Decreto. Una vez efectivizado y acreditado el copago, el FNR estará en condiciones de dar inicio al tratamiento de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad previamente autorizado.

Para determinar el ingreso per cápita promedio de la pareja se tomarán en cuenta la suma de las siguientes rentas, obtenidas por cada uno de los miembros de la pareja en el ejercicio inmediato anterior:

- a. las rentas gravadas por el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF);
- b. los ingresos gravados por el Impuesto de Asistencia a la Seguridad Social (IAS);
- c. los dividendos o utilidades pagados o acreditados por entidades residentes en territorio nacional, no comprendidos en el literal a) anterior;
- d. la renta neta generada por contribuyentes que se encuentren incluidos en los regímenes de Monotributo o que estén comprendidos en el literal e) del Artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996;
- e. la renta neta generada por Empresas Unipersonales y Sociedades de Hecho contribuyentes del Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE);
- f. las rentas provenientes de actividades desarrolladas, bienes situados o derechos utilizados económicamente en el exterior no comprendidos en los literales anteriores.

Para la acreditación de dichas rentas los miembros de la pareja deberán presentar ante la Dirección General Impositiva (DGI) una declaración jurada con el detalle de las rentas e ingresos a que refieren los literales precedentes, en los términos y condiciones que dicho organismo establezca. La DGI entregará a los miembros de la pareja una constancia del nivel de ingresos declarado a efectos de su presentación ante el FNR.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 34.

Artículo 33

A los efectos de determinar el valor del copago se establecen cinco tramos de ingreso per cápita promedio de la pareja, de acuerdo al siguiente detalle:

- a. Primer tramo: para ingresos per cápita promedio de la pareja menores o iguales a 5 Bases de Prestaciones y Contribuciones.
- b. Segundo tramo: para ingresos per cápita promedio de la pareja mayores a 5 Bases de Prestaciones y Contribuciones y menores o iguales a 10 Bases de Prestaciones y Contribuciones.
- c. Tercer tramo: para ingresos per cápita promedio de la pareja mayores a 10 Bases de Prestaciones y Contribuciones y menores o iguales a 17 Bases de Prestaciones y Contribuciones.
- d. Cuarto tramo: para ingresos per cápita promedio de la pareja mayores a 17 Bases de Prestaciones y Contribuciones y menores o iguales a 30 Bases de Prestaciones y Contribuciones.
- e. Quinto tramo: para ingresos per cápita promedio de la pareja mayores a 30 Bases de Prestaciones y Contribuciones.

Artículo 34

El copago al que refiere el Artículo 32° del presente Decreto se establece como un porcentaje del costo del tratamiento, variable según tramo de ingreso e intento, de acuerdo al siguiente detalle:

	Primer Intento	Segundo Intento	Tercer Intento
Primer tramo	0 %	10 %	20 %
Segundo tramo	25 %	50 %	65 %
Tercer tramo	50 %	70 %	85 %
Cuarto tramo	75 %	85 %	90 %
Quinto tramo	85 %	90 %	95 %

El valor monetario de los copagos será único para todos los tratamientos de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad y será establecido por el FNR aplicando los porcentajes previstos en el inciso anterior sobre el costo promedio ponderado de dichos tratamientos. El costo de cada tratamiento corresponderá a los valores que el FNR deba abonar por los mismos y su ponderación se establecerá en función del peso relativo del costo de cada tratamiento en el total, en ambos casos de acuerdo a los datos disponibles correspondientes al año móvil previo.

El FNR establecerá los copagos para cada uno de los tres ciclos a los que refiere el Artículo 12 del presente Decreto, considerando a tales efectos el costo promedio ponderado de cada una de ellos. El valor monetario de los copagos será determinado por el FNR dentro de los 30 días corridos contados a partir de la publicación del presente Decreto y será reajustado por dicho organismo el 1° de enero de cada año. En la determinación inicial de las ponderaciones y el costo de cada tratamiento, al no contarse con datos disponibles, el FNR considerará la distribución y el costo esperados de los mismos.

El FNR definirá los procedimientos para el cobro de los copagos, así como para la eventual devolución de la cuota parte cobrada en aquellos casos en que alguna de las etapas del tratamiento de Reproducción Humana Asistida de Alta Complejidad (estimulación de la ovulación, recuperación ovocitaria, fecundación in vitro/ ICSI, transferencia embrionaria y criopreservación) no haya podido ser efectivamente realizada. A efectos de determinar el monto a devolver se deberá considerar el peso relativo del costo promedio ponderado de cada etapa en el total. Queda excluido de lo aquí previsto los casos en los que el tratamiento resulte suspendido por voluntad expresa de la mujer.

Artículo 35

Comuníquese, publíquese

JOSÉ MUJICA - SUSANA MUÑIZ - MARIO BERGARA

ORDENANZA 369/04 | ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA. MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

VISTO: El marco normativo sobre "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", formulado conjuntamente por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina;

RESULTANDO:

I) que si bien nuestro país presenta resultados sanitarios aceptables –tanto en el nivel público como privado– en cuanto a la salud materna, las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo hacen que el Uruguay ocupe uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.

II) que la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, a través de sus técnicos han demostrado preocupación por llevar a la práctica las medidas que oportunamente fueron aprobadas por la Organización Mundial de la Salud y a las cuales adhiere nuestro país, en el área de la Salud Materna, arribando a un documento normativo consensuado;

CONSIDERANDO:

I) que el Ministerio de Salud Pública ha adoptado diversas medidas educativas en el marco de la política sanitaria nacional, procurando la prevención del aborto en condiciones de riesgo;

II) que no obstante ello, se registra un incremento marcado de la mortalidad por dicha causa, particularmente en el sub-sector público por lo que se estima pertinente incrementar la adopción de medidas tendientes a prevenir o minorizar los daños que dichas prácticas provocan, mediante un control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción del aborto provocado, antes y después de su realización.

III) que en dicho marco se comparten las pautas normativas formuladas por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, por considerar que implican un avance en procurar el desarrollo de medidas sanitarias que cumplan con los requerimientos bioéticos y médico-legales exigidos a los profesionales de la salud en cuanto a la preservación y conservación del embarazo a la vez que procuran la información, prevención y asesoramiento del daño causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto;

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

1. Apruébase la normativa formulada en acuerdo por la Sociedad Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina bajo la denominación "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", la cual se anexa y forma parte de la presente ordenanza.
2. Créase una Comisión integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá, un representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, un representante de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, un representante del Sindicato Médico del Uruguay y un representante de la Facultad de Medicina, con el cometido de elaborar el plan que ponga en práctica la normativa aprobada.

3. Establécese que la Comisión queda facultada a nombrar otros integrantes de la sociedad civil.
4. Remítase Oficio a la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y Facultad de Medicina, solicitando la designación de sus representantes.

Montevideo, 4 de agosto de 2004.

DR. CONRADO BONILLA. MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



Asegurar y avanzar sobre lo logrado contiene la sistematización y el análisis de los resultados obtenidos en los estudios desarrollados desde MYSU en el periodo 2010-2014. Este trabajo recoge el relevamiento de leyes y decretos reglamentarios, el funcionamiento de los servicios de SSR incluidos los de interrupción voluntaria del embarazo, la percepción de mujeres y varones sobre la calidad y eficacia de estos servicios en función de sus necesidades, así como el funcionamiento de los mecanismos de participación de las organizaciones sociales en el proceso de instalación de estas políticas. Los primeros resultados de la sistematización fueron discutidos con un grupo de actores con experticia en políticas de salud, demografía, calidad de atención, sistema de cuidados, salud sexual y reproductiva y equidad de género y generaciones, con el fin de incorporar sus reflexiones y propuestas sobre los énfasis que deberían otorgarse a estas políticas para su proyección a futuro.

En el marco de la instalación de una nueva Administración de gobierno y teniendo muy presente que en el periodo pasado en Uruguay se promulgaron leyes que lo han puesto a la vanguardia de la región y se incorporaron servicios de salud sexual y reproductiva al Sistema Nacional Integrado de Salud, era necesario establecer el estado de situación de los logros alcanzados. Con este aporte los nuevos elencos de gobierno, las organizaciones sociales y los distintos actores interesados en estos temas, podrán contar con un insumo que contribuya al mejor desempeño de sus respectivas tareas y responsabilidades.

Se ha utilizado el **Consenso de Montevideo** como documento de referencia acordado en la Primer Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo (CEPAL, Uruguay 2014) para señalar los esfuerzos que el Estado uruguayo debería realizar para mejorar las condiciones que permitan a la población ejercer sus derechos, sin discriminaciones.

Agradecemos a quienes en estos cinco años han apoyado el desempeño de MYSU para cumplir con su cometido de promover la salud y el ejercicio los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos. Al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), OPS-OMS, ONUmujeres, ONUSIDA, al Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a Médicos del Mundo- Francia, a International Women Health Coalition (IWHC), a Global Fund for Women (GFW), IPAS y a Safe Abortion Action Fund (SAAF), gracias por su invaluable apoyo que ha permitido calificar el aporte de la sociedad civil organizada.

Particularmente agradecemos al Fondo de Población de las Naciones Unidas y a IWHC que hicieron posible la elaboración, edición y difusión de esta publicación.



Esta publicación fue realizada con el apoyo de:

