

Análisis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
para la incidencia política
en Uruguay.

INFORME DE LA SOCIEDAD CIVIL

Uruguay- 2010/11

Coordinación nacional

MYSU – ASEPO – Grupo Esperanza y Vida

Iniciativa Internacional

Estrategias desde el Sur

Coordinación

FEIM

INDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **OBJETIVO 3.** Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- **OBJETIVO 5.** Mejorar la salud materna.
- **OBJETIVO 6.** Combatir el VIH-Sida, el paludismo y otras enfermedades.
- **BILBIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

Este informe ha sido elaborado por las organizaciones sociales uruguayas que trabajan en la defensa y promoción del derecho a la salud y el acceso universal a la prevención, atención y tratamiento de las personas con VIH en el marco de la atención integral en salud sexual y reproductiva. Las organizaciones son: MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), ASEPO (Asociación de Ayuda al Sero Positivo) y Grupo Esperanza y Vida, y esta actividad se inscribe en el marco de la iniciativa internacional “Estrategias desde el Sur” coordinado por FEIM de Argentina.

El informe contiene una revisión del documento del Estado uruguayo realizado con apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) denominado “**Informe País 2009**” y su “**Addendum 2010**” en relación al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El análisis se centró en la información sobre las metas de los objetivos 3, 5 y 6, que centran la atención emprendida por la iniciativa “Estrategias desde el Sur”. Los contenidos de este informe servirán de insumo para la elaboración de un plan estratégico consensuado entre las diversas organizaciones sociales que trabajan en las áreas abordadas, con la finalidad de incidir en decisores políticos para impulsar mayores avances y erradiquen las brechas que aún persisten para cumplir con los compromisos asumidos.

Esta acción es un aporte al proceso de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que participan activamente en el desarrollo de iniciativas de monitoreo y control ciudadano. El objetivo es incidir para que las políticas públicas respondan a los requerimientos de las personas, reduciendo las brechas de desigualdad que persisten en nuestra sociedad. Esta iniciativa forma parte de movilización mundial que busca enriquecerse de la sinergia entre los procesos locales, nacionales e internacionales para lograr mayores impactos en los respectivos niveles de incidencia.

El documento se estructura partiendo de cada objetivo en estudio, precisando la meta establecida por el país y los niveles de logros alcanzados, de acuerdo a la información contenida en el informe oficial.

OBJETIVO 3. PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER.

META NACIONAL 4 – Eliminar las desigualdades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados.

La Meta Nacional 4 abarca las principales dimensiones que atraviesan la problemática de la desigualdad de género en Uruguay, como es la participación en el mercado laboral y en los ámbitos de toma de decisiones – tanto a nivel público como privado- y de representación parlamentaria.

Situación de las mujeres en el mercado laboral

En el período 1990-2009 se produce un comportamiento relativamente estable en la tasa de actividad masculina, con un rango de 5 puntos entre su máximo y su mínimo (69,0 en 2003 y 74,4 en el primer semestre 2009), al tiempo que se presenta una evolución creciente pero lenta de la tasa de actividad femenina.¹

Si bien en la actualidad existe una progresiva disminución de la brecha entre ambas tasas, persisten factores claves (responsabilidades familiares, disponibilidad de tiempo libre para la búsqueda de nuevo empleo o capacitaciones, etc.) que conllevan a la permanencia de dicha distancia.

A este respecto, y de acuerdo a la Encuesta Continua de Hogares 2007, las mujeres dedican el 65% de su tiempo a las tareas domésticas y el 35% restante al trabajo remunerado. Por su parte, los hombres dedican el 28% de su tiempo al trabajo no remunerado y el 72% al trabajo remunerado.²

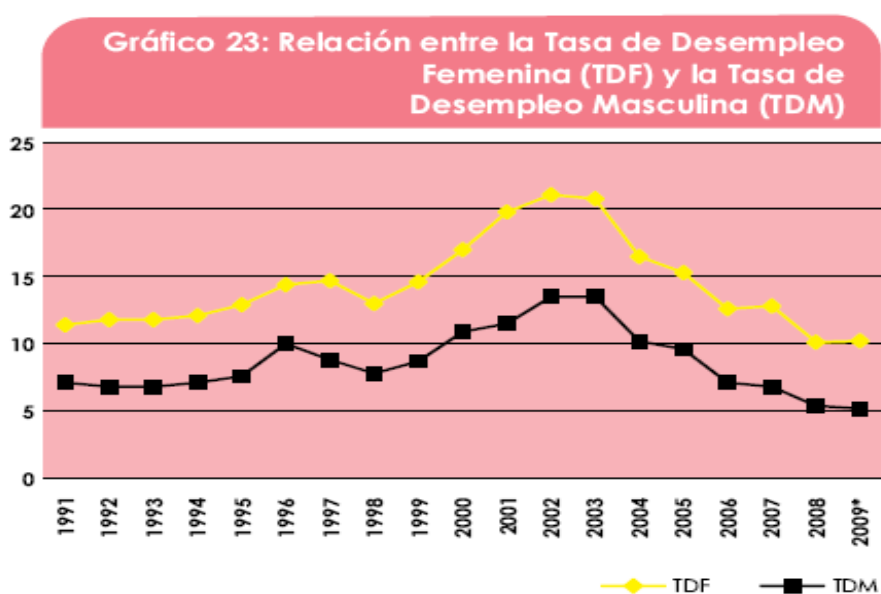
Por lo tanto, la incorporación de las mujeres al mercado laboral remunerado no las ha eximido de sus roles tradicionales vinculados a las reproducción social, sino que por lo contrario ello ha configurado una doble jornada laboral para las mismas.

¹ Informe País ODM – 2009. Pág. 43

² Informe País ODM – 2009, extraído de INE 2008.

Otro indicador propuesto para medir este Meta refiere a la Relación entre la Tasa de Desempleo Femenino (TDF) y la Tasa de Desempleo Masculino (TDM), entendiendo la tasa de desempleo como un indicador de la incapacidad de absorción de los/as trabajadores/as por parte del mercado laboral en función de las personas que se ofrecen en el mismo. Por consiguiente, la relación entre ambas tasas indica las diferencias existentes entre mujeres y hombres (bajo el supuesto de igual dotación de capital humano) a la hora de buscar un empleo.³

El siguiente gráfico ilustra la relación entre la Tasa de Desempleo Femenina (TDF) y la Tasa de Desempleo Masculina (TDM), para el período 1990-2009.



Fuente: INE.

De acuerdo al gráfico anterior, en el año 1990 la TDF registra un valor de 11.4 puntos mientras que la TDM es de 7,1, disparándose a 21,1 y 13,5 respectivamente en el pico más alto durante la crisis económica.

A partir de 2005, en un contexto de importante crecimiento económico, la evolución de ambas tasas comienza a revertirse alcanzando en el primer trimestre de 2009 valores considerablemente inferiores, con un 10.2 puntos para la TDF y 5.2 para la TDM.

³ Ibídem. Págs. 45- 46.

No obstante ello, cabe destacar que si bien en dicho período se redujo considerablemente la tasa de desempleo –tanto femenina como masculina- la brecha entre hombres y mujeres persistió. Por consiguiente, ello pone de relieve el carácter estructural de la inequidad de género en el mercado laboral del país.

Por otra parte, según el Sistema de información de Género del Instituto de las Mujeres (Inmujeres), la remuneración media de las mujeres por hora de trabajo se encuentra 10 puntos porcentuales promedialmente por debajo de la de los hombres (con excepción de los maestros, profesores y egresados de la UTU).⁴ Asimismo, las brechas de ingreso se evidencian cuando se las vincula con los niveles de instrucción alcanzados, puesto que entre las personas que alcanzaron 13 años o más de estudio la brecha alcanza su mayor magnitud.

La participación política de las mujeres en Uruguay.

En Uruguay la paridad de mujeres y varones en los niveles de decisión política continúa siendo un objetivo de difícil alcance en tanto es uno de los ámbitos en los que aún persisten importantes inequidades de género.⁵

En las últimas décadas se visualiza un incremento de la presencia femenina en los distintos ámbitos de decisión política institucional, tanto a nivel nacional como departamental y municipal. Sin embargo, dichos procesos llevan implícitos barreras difíciles de superar en lo que respecta principalmente a la participación de las mujeres en los espacios tradicionalmente ocupado por los hombres (correspondientes a ámbitos de mayor poder y toma de decisiones).

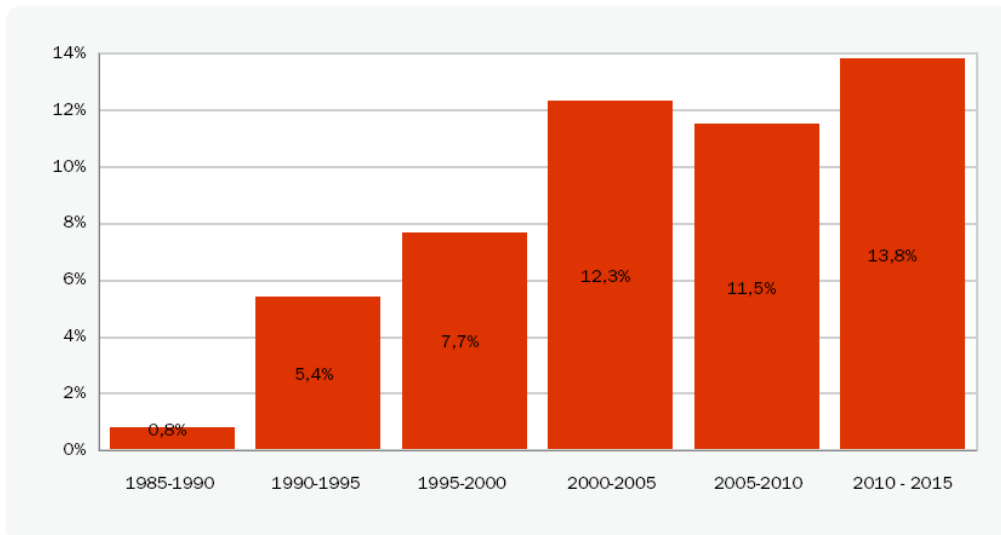
Si bien los resultados de los últimos comicios departamentales fueron alentadores respecto al incremento de la participación femenina en dichos ámbitos, la tasa de participación femenina en el Parlamento constituye una de las más bajas a nivel de la región, en tanto no alcanza el 15%⁶.

En el siguiente gráfico se ilustra el porcentaje de mujeres electas para ocupar cargos en el Parlamento.

⁴ *Ibidem*. Pág. 46.

⁵ Addendum ODM- 2010. Pag. 59

⁶ Extraído de <http://www.parlamento.gub.uy/externos/parlamentaria/mujeres.html>



Fuente: elaborado en base a información del Poder Legislativo

En cuanto a la participación femenina en los gabinetes ministeriales, cabe señalar el cambio significativo acaecido en el período 2005/2010, puesto que por primera vez asumieron cuatro mujeres en un total de doce Ministerios. Si bien dicha cifra dista de ser óptima, la misma adquiere relevancia si se considera que en los períodos anteriores (gobiernos pos- dictadura) la participación femenina había sido ínfima -con sólo una mujer en el gabinete- o nula en el período 1995/2000.⁷

A este respecto, en distintos países latinoamericanos se han adoptado medidas de acción positiva (como las “leyes de cuotas”) las cuales contribuyen a disminuir las inequidades de género en este ámbito. En Uruguay la ley de cuotas fue aprobada en el año 2009, rigiendo para las elecciones internas de los partidos políticos de dicho año, y regirá para las elecciones nacionales y departamentales de 2014 y 2015.

DESIGUALDADES TERRITORIALES

Juntas Departamentales

El análisis de la participación política de las mujeres desde un enfoque territorial permite observar la existencia de inequidades de género tanto en el interior de cada departamento así como a nivel nacional.

⁷ Addendum ODM - 2010. Pág. 60

Cabe mencionar que en los últimos comicios departamentales, en el año 2010, fue la primera vez en la historia del país en la que tres mujeres fueron electas para ejercer el cargo de Intendente/a Departamental, correspondiente a los departamentos de Artigas, Montevideo y Lavalleja.

En cuanto a participación femenina en las Juntas Departamentales, la evolución de la misma presenta una gran heterogeneidad en el territorio nacional en tanto existen localidades donde se visualiza un aumento sostenido de mujeres edilas, mientras que en otros departamentos dicha participación presenta niveles muy bajos.⁸

Las Juntas Departamentales en las que se visualiza mayores niveles de participación femenina corresponden a los departamentos de Montevideo, Rocha y Treinta y Tres, donde se registra un 32.3 %, 35.4 % y un 25.8% respectivamente, para el período 2010/2015.⁹

Por su contrario, los departamentos en los que se presentan las tasas más bajas de participación de mujeres son: Canelones, Tacuarembó, Colonia, y San José, con un 9.7 %, 6.4%, 9.7 % y 3.2 % respectivamente, para el mismo período.

Asimismo, el caso de Canelones, San José y Tacuarembó presenta la particularidad de que el porcentaje de edilas electas en 2010 descendió con respecto a los dos períodos anteriores.

Concejos Municipales

En el año 2009 el Parlamento sancionó la Ley N° 18.567 de Descentralización Política y Participación Ciudadana, a partir de la cual se conformó una nueva autoridad local denominada Municipio. La aprobación de esta ley forma parte del proceso reciente de descentralización estatal que establece un tercer nivel de Gobierno y de Administración.

Los Municipios son órganos integrados por cinco miembros, cuyos cargos son de carácter electivo y se distribuyen por el sistema de representación proporcional integral. Por lo tanto, el primer titular de la lista más votada del lema más votado dentro de una circunscripción territorial

⁸ *Ibidem.* Pág. 61.

⁹ *Ibidem.*

es quien preside el Municipio, y se denomina Alcalde o Alcaldesa. A los cuatro miembros restantes se les denomina Concejales y sus cargos son de carácter honorario.

En el año 2010 se vota por primera vez a los integrantes de los Concejos Municipales, lo que se llevó a cabo en la misma instancia que las elecciones Departamentales pero empleándose listas separadas. Se crearon 89 Municipios en todo el país, correspondiendo ocho de ellos al Departamento de Montevideo.

Las elecciones municipales dieron por resultado que 21 mujeres fueron electas Alcaldesas (25%) mientras que 68 hombres fueron electos Alcaldes (75%). En cuanto a los Concejales, el 80% son hombres y 20% son mujeres.

Existen algunas excepciones como son los departamentos de Treinta y Tres, Cerro Largo y Florida, donde hubo paridad de hombres y mujeres en ambos órdenes jerárquicos para sus dos Municipios. También es dable destacar la situación de Paysandú en tanto es el único departamento en el que la representatividad femenina es mayor que la masculina puesto que dos de los tres municipios tienen a cargo mujeres, y los Concejos Municipales lo integran igual cantidad de hombres que de mujeres.¹⁰

Por consiguiente, de esta primera elección de Concejos Municipales se destaca el incremento de la participación femenina con respecto a otros ámbitos políticos, como es el Parlamento y las Juntas Departamentales. No obstante ello, la tasa de participación política femenina en la actualidad continúa siendo significativamente inferior con respecto a la de los hombres.

Desafíos para el alcance de la meta:

- Uno de los principales desafíos refiere al fortalecimiento del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo (actualmente integrado al Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos) al que se debería asignar mayor presupuesto y recursos humanos y dotarlo de mecanismo para la evaluación de su cumplimiento.

¹⁰ Ibídem. Págs. 63/65.

- Asimismo, se considera necesario jerarquizar la rectoría en las políticas de equidad de género para el cumplimiento de su transversalización en el Estado, dotando de recursos a los mecanismos ministeriales y departamentales, tal como lo recomienda la plataforma de acción de Beijing.
- Desarrollar políticas de empleo para las mujeres, atendiendo a la brecha persistente entre la tasa de desempleo femenina y masculina.
- Adoptar medidas que contribuyan a la paridad de la participación de hombres y mujeres en los espacios de toma de decisión tanto públicos como privados.

OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA.

META NACIONAL 6.A. Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Los casos de muerte vinculados al embarazo y al parto son muy pocos en términos absolutos, por lo que resulta un indicador insuficiente para la realización de un análisis de las disparidades territoriales y socio-económicas.¹¹

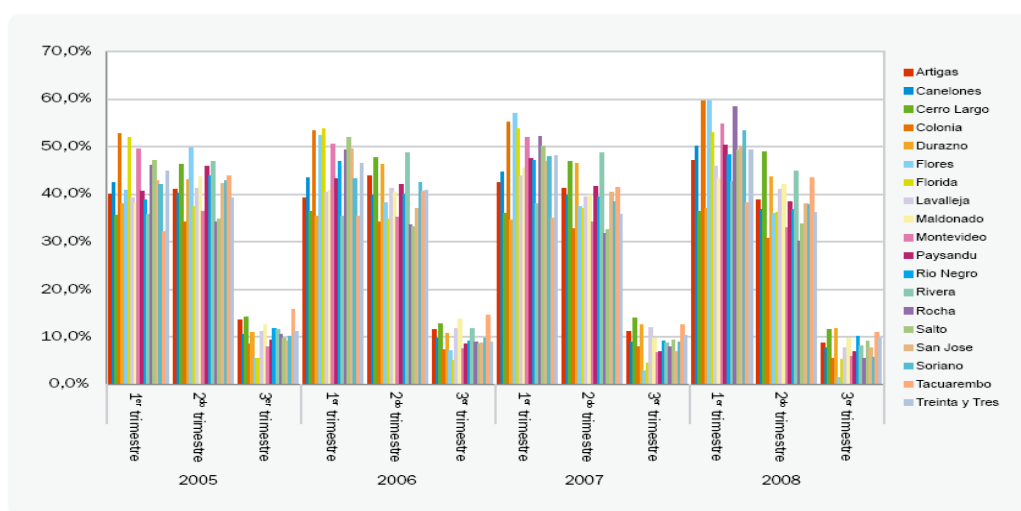
Por lo tanto, los dos indicadores considerados son: la captación de embarazos según trimestre y número de controles de salud a los que concurre la embarazada durante el período de gestación.

Ello en el entendido de que una captación temprana del embarazo posibilita la realización de controles de salud necesarios, y por lo tanto, permite un acompañamiento más adecuado durante el embarazo facilitando la atención y prevención.

DESIGUALDADES TERRITORIALES

Captación de embarazos.

En el siguiente gráfico se ilustra en términos porcentuales la captación de embarazos por trimestre de cada departamento para el período 2005-2008.



¹¹ Addendum ODM, 2010. Pág, 75.

Como puede observarse, en el año 2008 algunos departamentos han sido exitosos en la captación temprana de embarazos en tanto la mayoría de estos comenzaron a ser atendidos en el primer trimestre de gestación. En este sentido, se destaca el caso del departamento de Colonia y Flores (alcanzando el 60%), seguido por Rocha y Montevideo.

Por su parte, hubo otros departamentos en los que la gran mayoría de los embarazos fueron captados en el segundo trimestre, como es el caso de Cerro Largo (alcanzando casi el 50%), seguido por Rivera y Durazno.

Asimismo se visualiza que en dicho período los departamentos que presentan mayor porcentaje en la captación de embarazos durante el primer trimestre de gestación son los mismos a lo largo de los años.

También se observa que aquellos departamentos que han sido más exitosos en la captación temprana han incrementado los valores a lo largo de los años, mientras que los departamentos que presentan porcentajes relativamente menores no muestran resultados claros en cuanto a la mejora en la captación temprana del embarazo.

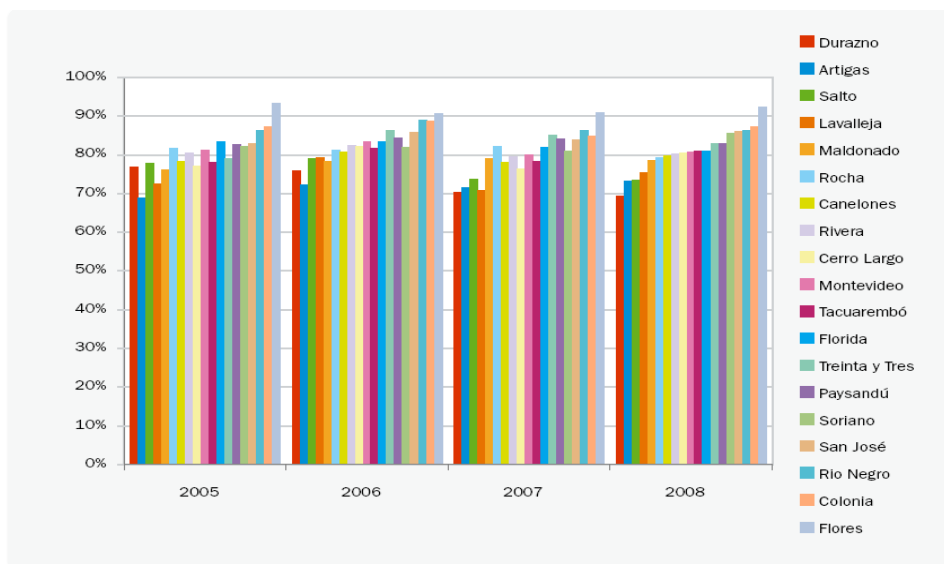
El no registro de los embarazos y los embarazos no controlados no muestran diferencias significativas entre los departamentos, y no mantiene relación con la capacidad que tienen los mismos para la captación temprana.¹²

Por consiguiente, lo mencionado anteriormente da cuenta de las considerables diferencias territoriales existentes en la captación de embarazos por trimestre de gestación, las cuales han ido incrementando a largo de los años.

Cantidad de controles.

En el siguiente gráfico se ilustran los porcentajes de embarazos controlados seis veces y más, ordenados por departamentos de acuerdo a los valores obtenidos para el año 2008.

¹² Íbidem.



Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

Como se observa, se reiteran algunos departamentos con respecto al ítem anterior, tanto en aquellos que consiguen el mayor porcentaje de controles (6 o más) así como en los que muestran los menores porcentajes.

A diferencia de lo identificado en la captación de embarazo, no se visualiza un incremento en el porcentaje de controles en los departamentos que ya son exitosos. Ello se debe a que es difícil mejorar el desempeño cuando se logra que el 85% o 90% de las embarazadas tengan por lo menos seis controles durante la gestación. No obstante, tampoco se visualiza un incrementado en los porcentajes de controles en los departamentos que presentan las cifras más bajas.¹³

DESIGUALDADES SOCIO-ECONÓMICAS

Captación de embarazos

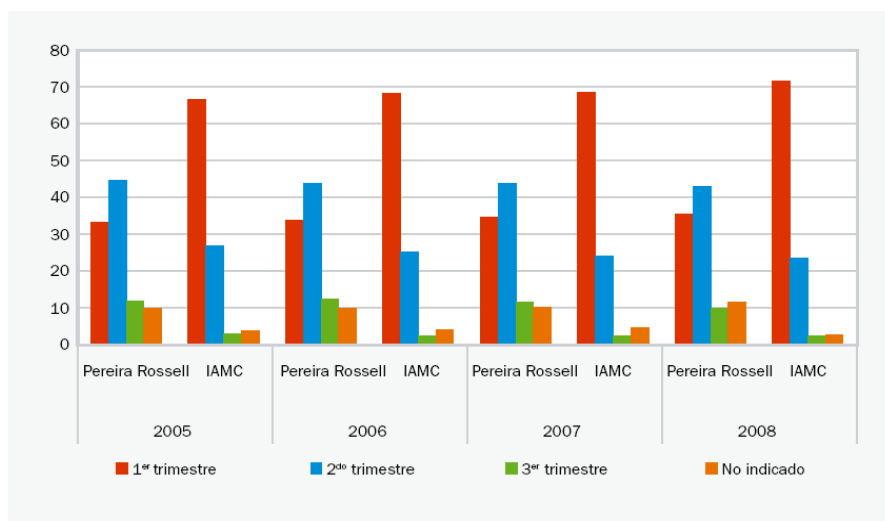
Para el año 2008, el Centro Hospitalario Pereira Rossell captaba un 35% de embarazadas durante el primer trimestre de gestación y un 43% en el segundo trimestre, mientras que algunas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)¹⁴ captaban más del 71% de los embarazados en el primer trimestre y un 23,5% durante el segundo semestre de gestación.¹⁵

¹³ Íbidem. Pag. 78.

¹⁴ Las IAMC seleccionadas fueron: Hospital Británico, Hospital Italiano, CASMU, Asociación Española, Casa de Galicia, Hospital Evangélico, IMPASA y Médica Uruguaya.

¹⁵ Addendum ODM 2010. Pág. 79.

El siguiente gráfico ilustra el porcentaje de embarazos captados por trimestre, tanto en el Pereira Rossell como en las IAMC, para el período 2005-2008.

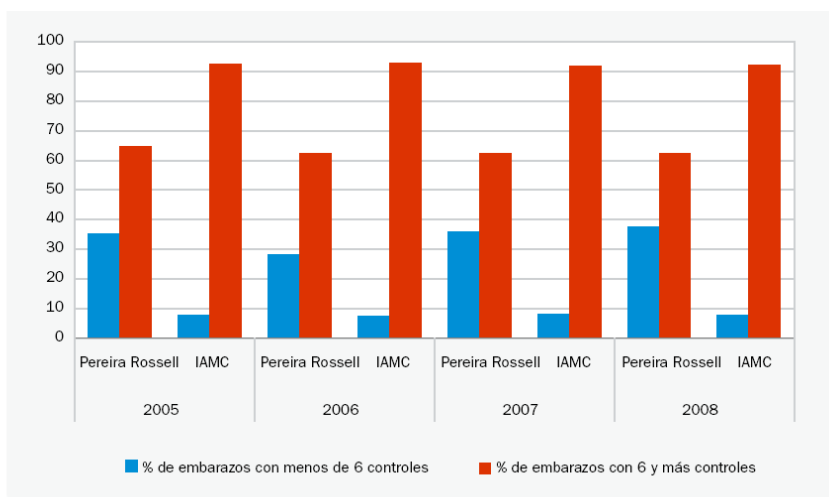


Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

En el gráfico anterior se visualiza un leve incremento en la captación temprana de las embarazadas tanto en el Pereira Rossell como en las IAMC seleccionadas, pero dicho aumento no es significativo ya que supone un 7 % y 8% respectivamente.¹⁶

Cantidad de controles

El siguiente gráfico ilustra los porcentajes correspondientes a los controles de embarazo en el Pereira Rossell y en las IAMC.



Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

¹⁶ Íbidem. Pág. 80.

Como se puede observar, en el año 2008 el porcentaje de embarazadas que se realizaron seis o más controles en las IAMC supera en treinta puntos porcentuales a las embarazadas con igual cantidad de controles en el Pereira Rossell. Asimismo, el porcentaje de embarazadas con menos de seis controles en las IAMC es treinta puntos porcentuales inferior al del Pereira Rossell.

Por consiguiente, lo anterior da cuenta de la fuerte relación existente entre el estrato socioeconómico de pertenencia y el número de controles en el embarazo, lo que implica que las mujeres pertenecientes a sectores socioeconómicos más desfavorecidos corren mayores riesgos durante la gestación.

Desafíos hacia el alcance de la meta 6:

- Si bien algunos departamentos son exitosos tanto en la captación de embarazos en el primer trimestre de gestación, es menester duplicar esfuerzos para que aquellos departamentos que los captan en el segundo logren alcanzarlos en el primero.
- Un segundo desafío refiere a la reducción de los embarazos de riesgo. A este respecto, se considera que los programas de prevención, promoción y educación orientados a mujeres en edad reproductiva, implementados tanto a nivel local como nacional, constituyen la principal herramienta para el logro de la meta.

META 6B – Cobertura y acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de equidad para hombres y mujeres.

Uruguay presenta una tasa de fecundidad baja con respecto al contexto internacional. En este sentido, la tasa global para el año 2007 era de 2.02 hijos/as por mujer. Sin embargo, se constata una evolución diferencial de la fecundidad según estratos socio-económicos. Ello refiere a que los cambios acaecidos en el comportamiento reproductivo de acuerdo a la posición social de los hogares a los que pertenecen las mujeres dan cuenta de que los niveles de fecundidad más altos se concentran en los hogares más pobres.¹⁷

¹⁷ Varela (2007) Apud Informe País ODM- 2009.

A su vez, en el período 1975-2006 se constata un descenso de la fecundidad para todos los tramos etarios, con excepción del grupo de 15 a 19 años donde los niveles se han mantenido relativamente estables. Dicha situación es analizada con preocupación tanto por las consecuencias que la maternidad adolescente tiene sobre las posibilidades de emancipación de las mujeres así como por su impacto en el circuito de reproducción de la pobreza.

Desafíos hacia el alcance de la meta 6b:

- Mantener y profundizar las políticas que promueven la autonomía de las mujeres en relación a la sexualidad y reproducción, dirigidas principalmente a aquellas de bajos recursos económicos y bajo nivel socio- educativo.
- Garantizar la compatibilización del número deseado de hijos/as y los recursos y posibilidad con las que cuentan las familias (por ejemplo: métodos anticonceptivos, fertilización asistida, normativas laborales, etc.).
- Establecer criterios y protocolos para el abordaje de los embarazos no deseados.

OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH-SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

META NACIONAL 7.A. Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA.

La meta 7A del ODM 6, establece que Uruguay tiene como principal desafío en materia de salud detectar y comenzar a revertir la expansión del VIH- SIDA.

En el país la epidemia presenta una prevalencia del 0,53 % y una incidencia del 0,09 %. En el 2009 se han notificado 10.682 personas con VIH, de las cuales 1.632 se han notificado con SIDA.¹⁸

Para realizar un análisis más acabado sobre la afectación de esta enfermedad en la población uruguaya es menester desagregarlo por edad, sexo, territorio y tipo de población afectada.

DESIGUALDADES DE GÉNERO

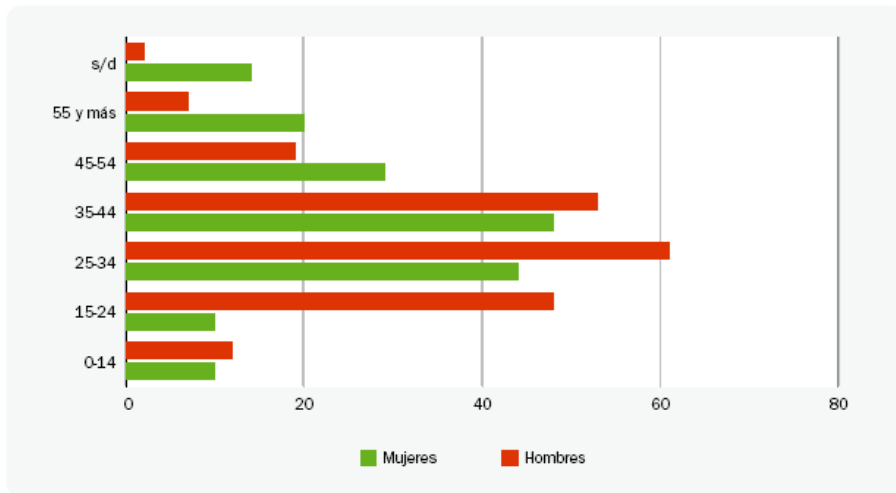
Si bien el 65.5% de los casos corresponden a la población masculina y el 34% a la población femenina, se visualiza que a partir del año 1993 se ha dado una creciente feminización de la epidemia.

En el año 2008 se registró que uno de cada tres casos notificados en DEVISA correspondía a mujeres. A este respecto cabe considerar que, según el Estudio Epidemiológico del MSP realizado en 2009, existe una mayor oferta de servicios para el diagnóstico de VIH dirigidos a la población femenina, a raíz de los programas dirigidos a mujeres embarazadas que se implementan desde 1997.¹⁹ No obstante ello, se constata un crecimiento de la enfermedad en las mujeres.

En el siguiente gráfico se ilustra la distribución de los casos de VIH por edad y sexo.

¹⁸ Addendum ODM 2010. Pág. 79

¹⁹ Íbidem. Pág. 83

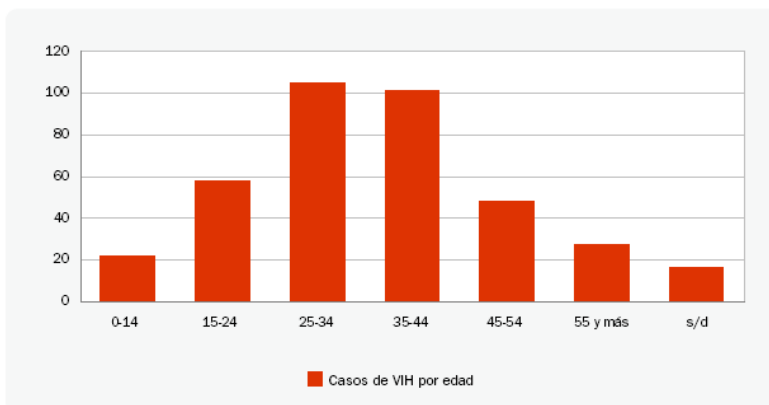


Fuente: datos brindados por DEVISA- MSP

DESIGUALDADES ETARIAS

Según los datos suministrados por el MSP, la edad media en que se contrae la enfermedad es a los 33 años, aunque la edad de mayor frecuencia se encuentra en torno a los 26 años. Asimismo, la edad de adquisición del virus ha ido descendido en los últimos años situándose en la franja de 15 a 34 años (acumulando el 65% de los casos) lo que da cuenta de la vulnerabilidad en la que se encuentran los jóvenes frente a la epidemia. Ello se debe a que las formas de transmisión de la enfermedad afectan en mayor medida a la población joven -en tanto la principal vía de contagio es la sexual (65%)- lo que se debe, en gran parte, a la baja cultura preventiva de la sociedad uruguaya en materia de riesgos ligados a las sexualidad y al VIH-SIDA.²⁰

En el siguiente gráfico se puede observar los casos de VIH por edad para el año 2008.



Fuente: elaborado a partir de datos de Sector Vigilancia del VIH SIDA. DEVISA DIGESA- MSP

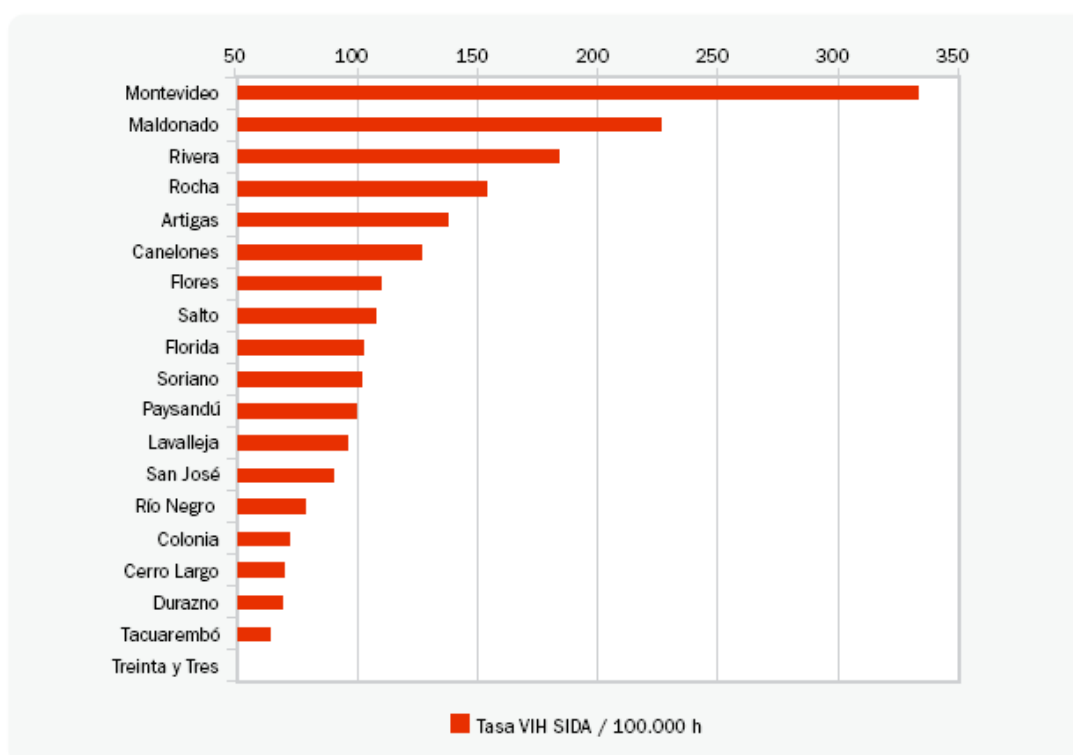
²⁰ Íbidem. Pág. 85

DESIGUALDADES TERRITORIALES

La epidemia de VIH-SIDA afecta principalmente a las poblaciones urbanas, concentrándose las mayores tasas de detección en la capital del país, con el 75% de los casos. A Montevideo le siguen los departamentos de Maldonado, Rivera, Rocha y Artigas, con las mayores tasas de infección cada 100.000 habitantes. A este respecto, cabe mencionar la existencia de factores sociales, culturales y de turismo que influyen en dicha territorialidad.²¹

Por su parte, Treinta y Tres es el departamento que presenta la menor tasa de infección cada 100.000 habitantes.

En el siguiente gráfico se ilustra la tasa de VIH-SIDA por cada 100.000 habitantes en el año 2009.



Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

²¹ Íbidem.

DESIGUALDADES SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN

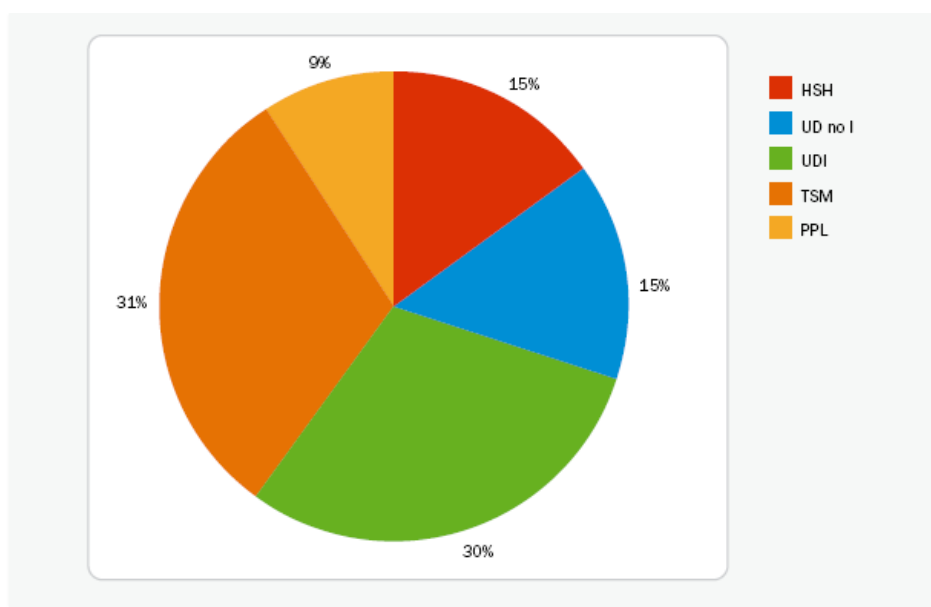
En Uruguay la epidemia del VIH-SIDA tiene baja prevalencia en la población en general (menor al 1%) pero es de alta prevalencia (superior al 5%) en poblaciones que presenta mayor vulnerabilidad y que tienen menor acceso a información y atención.

Entre las poblaciones más vulnerables se identifican: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI), usuarios de drogas no inyectables (UD no I), trabajadores sexuales masculinos y transexuales (TSM), y personas privadas de libertad (PPL).

A su vez, dentro del universo de poblaciones vulnerables se considera que aquellas que se encuentran más expuestas son los trabajadores sexuales masculinos y transexuales, y los usuarios de drogas inyectables. En cuanto a esto último, cabe señalar que el cambio acaecido en los últimos años en el patrón de consumo de drogas inyectables hacia drogas inhaladas ha modificado la incidencia de la enfermedad sobre esta población.

En cuanto a la población privada de libertad se estima que un 5,5% está infectada, y que existe coinfección por tuberculosis y VIH cincuenta veces más que en la población en general.

En el siguiente gráfico se ilustra la distribución de la prevalencia del VIH/SIDA sobre las poblaciones más vulnerables.



Fuente: Elaborado en base a datos del Informe Nacional UNGASS¹

Desafíos de la meta 7:

- Creciente feminización de la epidemia de VIH.
- Vulnerabilidad de las poblaciones jóvenes frente a la epidemia.
- Territorialidad de la epidemia, la cual se concentra casi en un 90% en capital y área metropolitana y departamentos fronterizos con Brasil.
- Particular vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI), usuarios de drogas no inyectables (UD no I), trabajadores sexuales masculinos y transexuales (TSM), y personas privadas de libertad (PPL).
- Baja cultura preventiva de la sociedad uruguaya en materia de riesgos ligados a la sexualidad y al VIH/SIDA.

Las prioridades respecto a este Meta refieren a la mejora en la prevención del virus, en lograr revertir las tendencias que definen hoy su perfil y particularmente en disminuir los riesgos de transmisión sexual así como orientar los mayores esfuerzos en la detección de los niveles actuales de consumo de drogas. A este respecto que considera que las campañas públicas en salud sexual y reproductiva y VIH- SIDA siguen siendo escasas y sin continuidad, manteniéndose aún en el imaginario concepciones erróneas sobre la enfermedad, actitudes de discriminación y serias dificultades en la incorporación efectiva de prácticas de prevención y autocuidado en la población general y específicamente en las poblaciones más vulnerables.

META 7B - Alcanzar a 2010, acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.

En el año 2002 se creó el Fondo Nacional de Lucha contra el Sida con el objetivo de financiar el suministro de medicamentos y estudios necesarios para el tratamiento de la enfermedad lo que ha permitido que estén disponibles en el mercado todos los medicamentos antiretrovirales. Este fondo dejó de existir a partir de la entrada en vigencia del nuevo sistema tributario, en el período de gobierno anterior.

El tratamiento ARV se entrega a todas aquellas personas que su médico tratante lo indique, alcanzando aproximadamente a más de un 90% de cobertura.

Por otra parte, el Plan Integral de Prestaciones (PIP) según los lineamientos del SNIS, incluye las obligaciones de los prestadores de salud relativas a los programas prioritarios y los bienes y servicios obligatorios a dar. Puntualmente, en el caso del Programa Prioritario de ITS/ SIDA se debe garantizar: la consejería pre y post test así como la entrega de preservativos; el encare sindrómico y la promoción del acceso al diagnóstico de VIH con consentimiento informado; acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.²²

Desafíos en la meta 7b:

- Se considera que los logros obtenidos respecto a esta meta permiten considerar que se ha alcanzado el cumplimiento de la misma.
- No obstante, el principal desafío refiere a mantener el buen desempeño de las acciones de recuperación y rehabilitación así como el suministro de tratamiento ARV a todas las personas que lo requieran.

META 8: Detener y comenzar a revertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes

Los indicadores definidos para Uruguay en relación a esta Meta refieren al seguimiento de los casos anuales de tuberculosis, hepatitis A y B y número de personas operadas de quiste hidático.

Dichos indicadores fueron definidos teniendo en cuenta que los registros de salud indican la ausencia, desde hace varios años, de casos de enfermedades graves como cólera, difteria, fiebre amarilla, la polio y tétanos neonatal y malaria (puesto que los últimos casos detectados han sido importados y no autóctonos).²³

El siguiente cuadro indica la cantidad de personas operadas de quiste hidático en el período 1993-2002.

²² Informe País ODM – 2009. Pág. 75- 76

²³ Informe País ODM – 2009. Pág. 77.

CUADRO 10: Personas operadas de quiste hidático	
Período 1993 – 2002	
Año	Personas operadas
1993	367
1994	327
1995	293
1996	282
1997	212
1998	266
1999	243
2000	197
2001	194
2002	139

Fuente: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis (ex Comisión Nacional Honoraria de lucha contra la Hidatidosis).

En el cuadro anterior se observa un sostenido descenso en todo el período. A este respecto, cabe resaltar el valor que tuvo este indicador durante muchos años en los cuales la cirugía era diagnóstica- terapéutica, pero con el advenimiento de la ecografía se diagnostican caso asintomáticos y no quirúrgicos, por lo cual desde hace 5 años se le atribuye más valor a este procedimiento.

Por consiguiente, se modifica la forma de registro, siendo el censo de operados sustituidos por el número de pacientes diagnosticados en las áreas de riesgo (dichas áreas se concentran en los departamentos donde hay cría de ovejas, debido a que los bofes y el hígado infectado de estos animales es consumido por los perros, luego se produce la contaminación de las pasturas, y en forma accidental, del ser humano).

Según estudios recientes realizados por la Comisión Nacional Honorario de Zoonosis, la prevalencia en dichas zonas es de 0.1 a 0.2 por mil y el número de personas operadas anualmente oscila entre 150 y 200.²⁴

²⁴ Íbidem. Pág. 78

En cuanto a la Tuberculosis es dable destacar que a pesar del aumento de su incidencia a nivel mundial, en Uruguay han sido muy importantes los logros obtenidos en relación a su nivel de control, lo que ha determinado una reducción significativa en sus tasas de morbilidad y letalidad. Ello es producto de la larga y continua historia que ha tenido el país en la lucha contra esta enfermedad. A este respecto, en la década del ochenta (a partir de la implantación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis) se produjo una disminución de más del 50% de la incidencia en menos de diez años.²⁵

Sin embargo, a mediados de la década del noventa, el ritmo de descenso se enlentece, principalmente por el efecto de la repercusión en forma significativa de la epidemia por VIH, cuya incidencia provoca también un cambio en el perfil de la población afectada por TB, generando un incremento relativo en los casos comprendidos entre 25 y 34 años, especialmente en el sexo masculino.

En la actualidad la búsqueda activa de casos se concentra en grupos considerados de mayor riesgo, incluyendo pacientes portadores de VIH/SIDA, población carcelaria y personas que conviven con pacientes tuberculosos.

Por su parte, la situación con respecto a la hepatitis es tangencialmente distinta puesto que se trata de una enfermedad endémica en Uruguay, que ha presentado cifras importantes en el período 1990-2008, con picos altos de 4500 casos de Hepatitis A en 1990 y 3.565 casos en 1996.²⁶

No obstante, cabe resaltar que los registros de los últimos años dan cuenta de una caída sustancial para ambos tipos de hepatitis (A y B) lo que se debe a las políticas aplicadas en materia de prevención.

Desafíos para el alcance de la meta 8:

- Con respecto a esta meta, uno de los principales desafíos para el país es mantener el buen desempeño en el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, para lo cual

²⁵ Íbidem

²⁶ Íbidem. Pág. 79

resulta de capital relevancia el fortalecimiento del primer nivel de atención, promoviéndole el diagnóstico precoz.

- Con respecto a la definición de otras enfermedades consideradas relevantes, y tomando en cuenta las transformaciones que ha tenido el perfil epidemiológico poblacional, probablemente la discusión deberá focalizarse en la importancia que revisten las enfermedades crónicas no transmisibles en la actualidad. A este respecto, una Encuesta Nacionales de Factores de Riesgo del cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades pulmonar crónica y renal crónica, realizada en junio de 2007 por el MSP, constata que las mismas son la causa del 70% de las mujeres producidas en Uruguay.

BIBLIOGRAFÍA

- Addendum Objetivos de Desarrollo del Milenio. Uruguay - 2010.
- Informe País -Objetivos de Desarrollo del Milenio. Uruguay- 2009.

Recursos Web

- Parlamento de la República Oriental del Uruguay: www.parlamento.gub.uy