

# Avances y desafíos en Política Pública de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Ministerio Salud Pública  
Agosto 2017



**Políticas públicas  
de salud sexual y salud reproductiva**  
Universales, integrales y con equidad  
2005 - 2016





2016

# Rectoría fortalecida sobre el conjunto del SNIS



2005

# Acceso universal a la SSYSR, sin exclusiones

# ANTICONCEPCIÓN



**Ministerio  
de SALUD**



PRESIDENCIA  
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



### **Programa Salud de la Mujer y Género (2005)**

Primer ámbito de construcción de normativas de salud centrado en la salud sexual y la salud reproductiva desde un enfoque de derechos y de género. Desde 2014 es Área Programática.

### **Ley de Salud Sexual y Reproductiva (18.426, 2008)**

Integra todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva y obliga a los prestadores públicos y privados de salud a crear servicios y ofrecer consultas especializadas. Garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en los servicios públicos.

### **Compra de anticonceptivos en Ley de Presupuesto (18.719, 2010)**

La compra de métodos anticonceptivos se incluye en el presupuesto nacional para el período de gobierno 2010-2015. También se amplía la distribución y la cobertura, alcanzando al Hospital Militar, Hospital Policial, Intendencias y BPS.

### **Regulación de servicios de SSySR (2010)**

Organiza los servicios de SSySR que deben formar parte de los programas integrales de salud de todas las instituciones, garantizando el acceso universal a esos derechos, a los servicios y sus prestaciones.

### **Ligadura tubaria y vasectomía gratuita (2010)**

Se incorpora la vasectomía y la ligadura tubaria a los programas integrales de salud y al catálogo de prestaciones como prestación obligatoria y gratuita.

### **Implementación de servicios de SSySR (2011)**

Todas las instituciones de salud públicas y privadas tienen servicios de SSySR y brindan estos servicios con equipos multidisciplinarios y con un enfoque integral. Ofrecen todas las prestaciones que indica la Ley 18.426.

### **Canasta básica de anticonceptivos (2011)**

Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deben brindar una canasta básica de métodos anticonceptivos que incluye preservativos sin costos para usuarios/as del sector público y con un copago mínimo para privados.

### **DIU como prestación obligatoria (2012)**

Se incluye la colocación del Dispositivo Intrauterino (DIU) en los Programas Integrales de Salud y como prestación obligatoria y gratuita. Si el DIU es el suministrado por el MSP tampoco tiene costo.

### **Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (2015)**

El MSP define objetivos y metas sanitarias a partir de la identificación de problemas de salud prioritarios, gran parte de ellos vinculados al campo de la SSySR.

### **Estrategia de Prevención del Embarazo Adolescente no intencional (2016)**

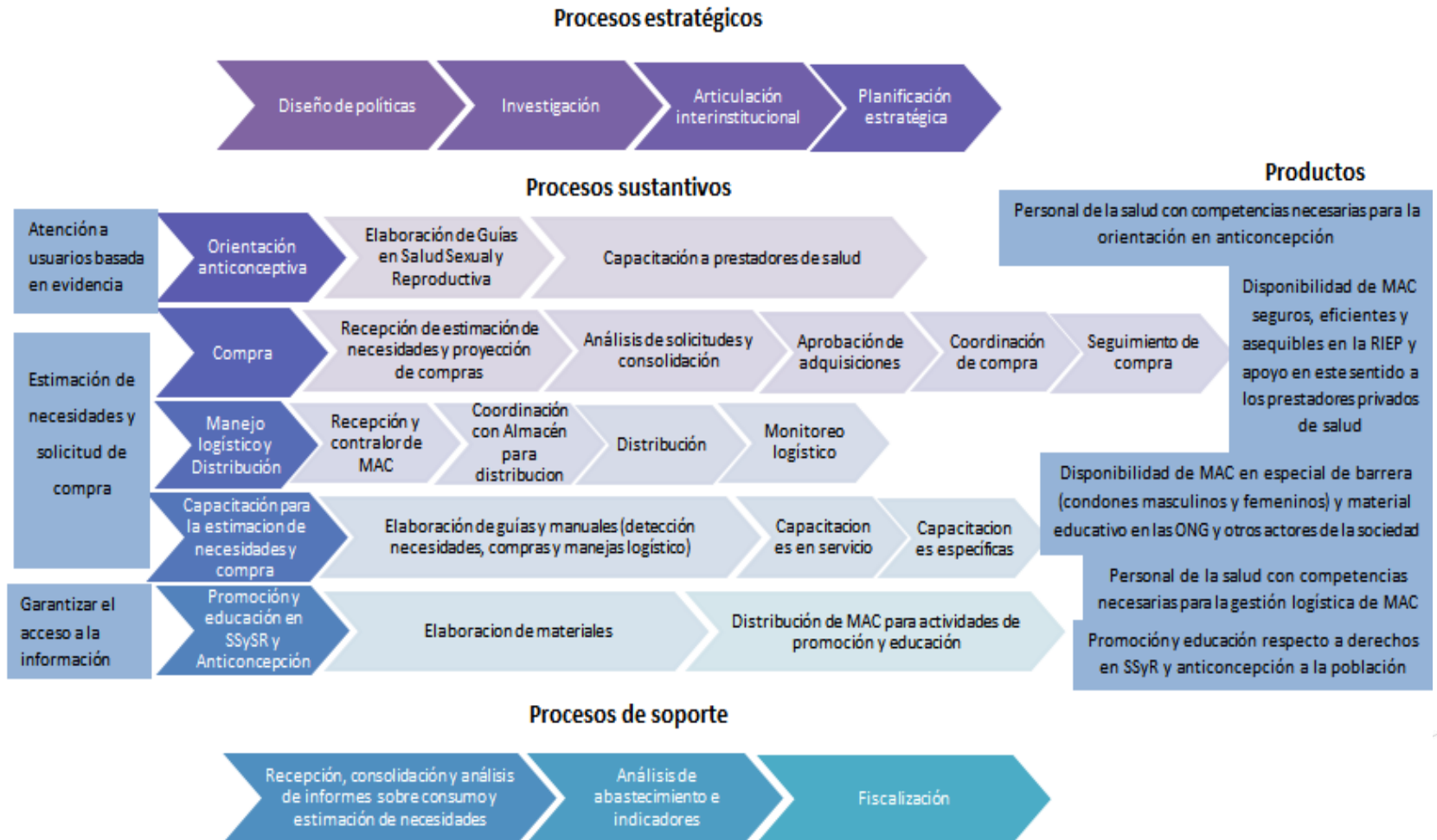
Comienza su diseño con alto compromiso político y la participación de MSP, MIDES, MEC, OPP, ASSE, ANEP, INAU, y el apoyo de UdelaR y UNFPA. La aplicación "El Gurú del Sexo" informa sobre derechos y servicios de SSySR, entre otros.

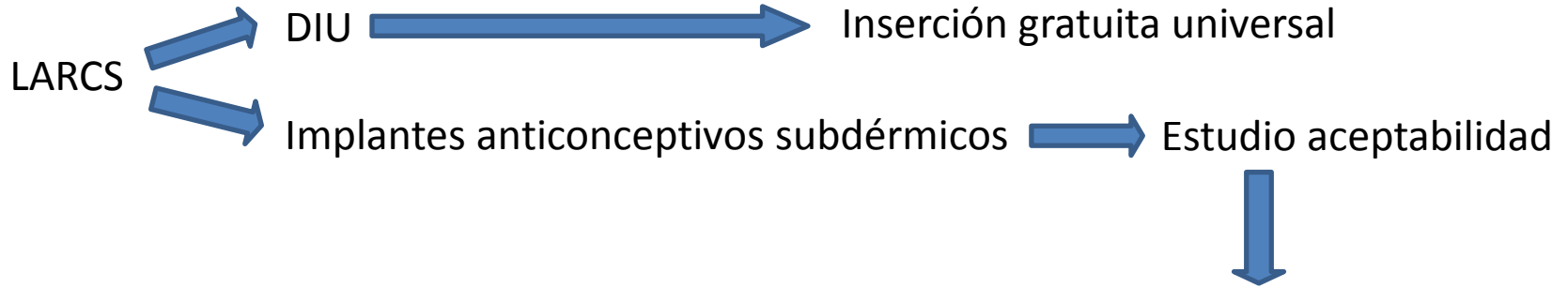





# Proceso desarrollado por el MSP desde las Áreas Programáticas de SS y SR y SIM para la gestión y el aseguramiento de la cobertura universal de Métodos Anticonceptivos modernos y de calidad

## Evaluación DID - AGEV.





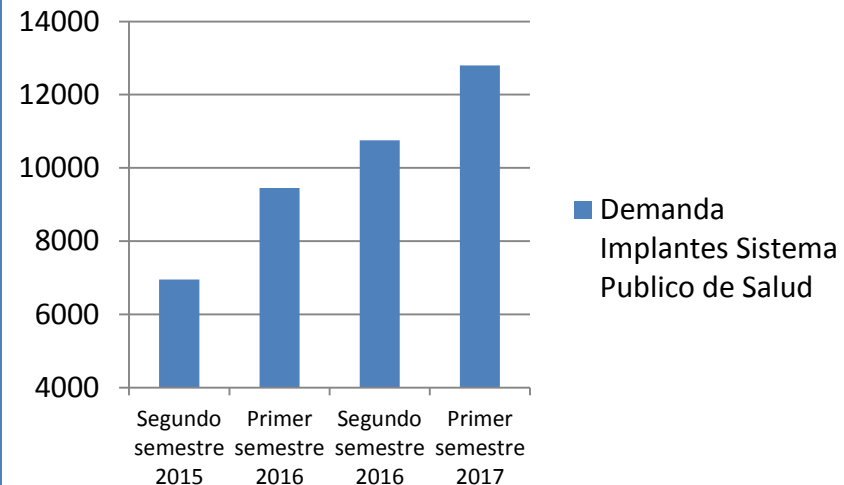
### RESULTADOS:

- Tasa de continuación del método: 91,7% (al año - centros de MVD)
- Alta satisfacción de uso por las usuarias
- Aceptabilidad del equipo de salud: El 70,7% de los técnicos están de acuerdo con la introducción del implante en la canasta de MAC  
Su recomendación incluye una amplia variedad de población, independiente de la condición social o etaria
- Demanda: 

### Preservativo Femenino:

- Promoción en acuerdo con ASSE
- Estudio de promoción del CF – ASSE
- Entrega a sistema público y privado
- Demanda en aumento:
  - Segundo semestre 2015: 7600 u
  - Primer semestre 2016: 31500 u
  - Segundo semestre 2016: 43200 u
  - Primer semestre 2017: 51500 u

**Demanda Implantes Sistema Público de Salud**



# NECESIDADES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y EVOLUCION TEMPORAL



	Periodo de abast.	Femexin 28 (ciclos)	Preserv Masc (caja 7200)	Preserv Fem. (caja 100 unid)	Norigynon (caja 100 amp)	Jadelle (caja 50 implantes)	Pill 72 (pack 10 ciclos)	Exluton (pack 3 ciclos)	DIU (caja 50 unid)	Lubricante (pack 100 unidades)
Promedio Anual de necesidades para todo destino (PUBLICO + PRIVADO + ESTADO + ONG)	2015-2016	689585 ciclos	787 cajas 7200	932 cajas 100u	757 cajas 100 amp	407 cajas 50 u (204 cajas de 100)	1727 packs 10 ciclos	4859 packs 3 ciclos	189 cajas 50 u	2092 packs 100u
Costo aproximado en US\$		330.300	141.660	58.716	83.270	203.500	5.180	2.431	3.780	13.600
<b>Total costo anual estimado sin considerar tendencia en aumento del consumo</b>									US\$ 842.437	
Tendencia del consumo	=	↑	↑	=	↑	=	=	↓	↑	
% de aumento entre 1er semestre 2016 y 1er semestre 2017		26%	50%		33%				60%	
Costo estimado compra 2018 en US\$.	330.030	178.491	88.074	83.270	270.655	5.180	2.431	3.780	21.760	
<b>Total costo anual estimado (considerando tendencia en aumento del consumo)</b>									<b>US\$ 983.671</b>	
<b>Costo Jadelle para privados: 20.000 unidades</b>									<b>US\$ 200.000</b>	
<b>Total costo compra anual 2018</b>									<b>US\$ 1.183.671</b>	



# INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

2016



## Programa Salud de la Mujer y Género (2005)

Primer ámbito de construcción de normativas de salud centrado en la salud sexual y la salud reproductiva desde un enfoque de derechos y de género. Desde 2014 es Área Programática.



## Ley de Salud Sexual y Reproductiva (18.426, 2008)

Integra todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva y obliga a los prestadores públicos y privados de salud a crear servicios y ofrecer consultas especializadas. Garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en los servicios públicos.



## Nueva integración de la Comisión Nacional Asesora en SSySR (2010)

Primer mecanismo interinstitucional de cooperación y trabajo conjunto entre organismos gubernamentales, académicos y de la sociedad civil en políticas públicas de SS y SR desde una perspectiva integral. Creada en 2004.



## Regulación de servicios de SSySR (2010)

Organiza los servicios de SSySR que deben formar parte de los programas integrales de salud de todas las instituciones, garantizando el acceso universal a esos derechos, a los servicios y sus prestaciones.



## Implementación de servicios de SSySR (2011)

Todas las instituciones de salud públicas y privadas tienen servicios de SSySR y brindan estos servicios con equipos multidisciplinarios y con un enfoque integral. Ofrecen todas las prestaciones que indica la Ley 18.426.



## Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (18.987, 2012)

Despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por la voluntad de la mujer, incluyendo a las adolescentes, siempre que se cumpla con los requirements de la ley.



## IVE como prestación obligatoria (2012)

La regulación de la Ley y el manual de procedimientos aseguran el derecho a la atención sanitaria de calidad, el trato digno y el respeto a derechos en la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).



## Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (2013)

América Latina y el Caribe aprueba el Consenso de Montevideo: una agenda común de población y desarrollo que promueve la educación sexual, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y el respeto a todas las orientaciones sexuales.



**Datos de IVE ocurridos en Uruguay por año según grupos de edad**

Periodo enero 2013-diciembre 2016

IVE 3 por edad	2013		2014		2015		2016 *	
Menores de 15	74	1%	69	1%	94	1%	74	0,8%
15 a 19 años	1200	17%	1404	16%	1603	17%	1597	16,4%
20 años o más	5897	82%	7064	83%	7665	82%	8048	82,8%
<b>TOTALES</b>	<b>7171</b>	<b>100%</b>	<b>8537</b>	<b>100%</b>	<b>9362</b>	<b>100%</b>	<b>9719</b>	<b>100%</b>

\* Datos preliminares del 2016

Aumento %                    + 20 %                    + 9 %                    + 3,8 %

**Datos de IVE ocurridos en Uruguay por año**

**Continuación de embarazo**

Periodo enero 2013 - diciembre 2016

VOLUNTAD	2013		2014		2015		2016	
IVE 3	7171	94%	8537	92%	9362	94%	9719	94%
Continúan embarazo	486	6%	720	8%	633	6%	585	6%
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>7657</b>	<b>100%</b>	<b>9257</b>	<b>100%</b>	<b>9995</b>	<b>100%</b>	<b>10304</b>	<b>100%</b>

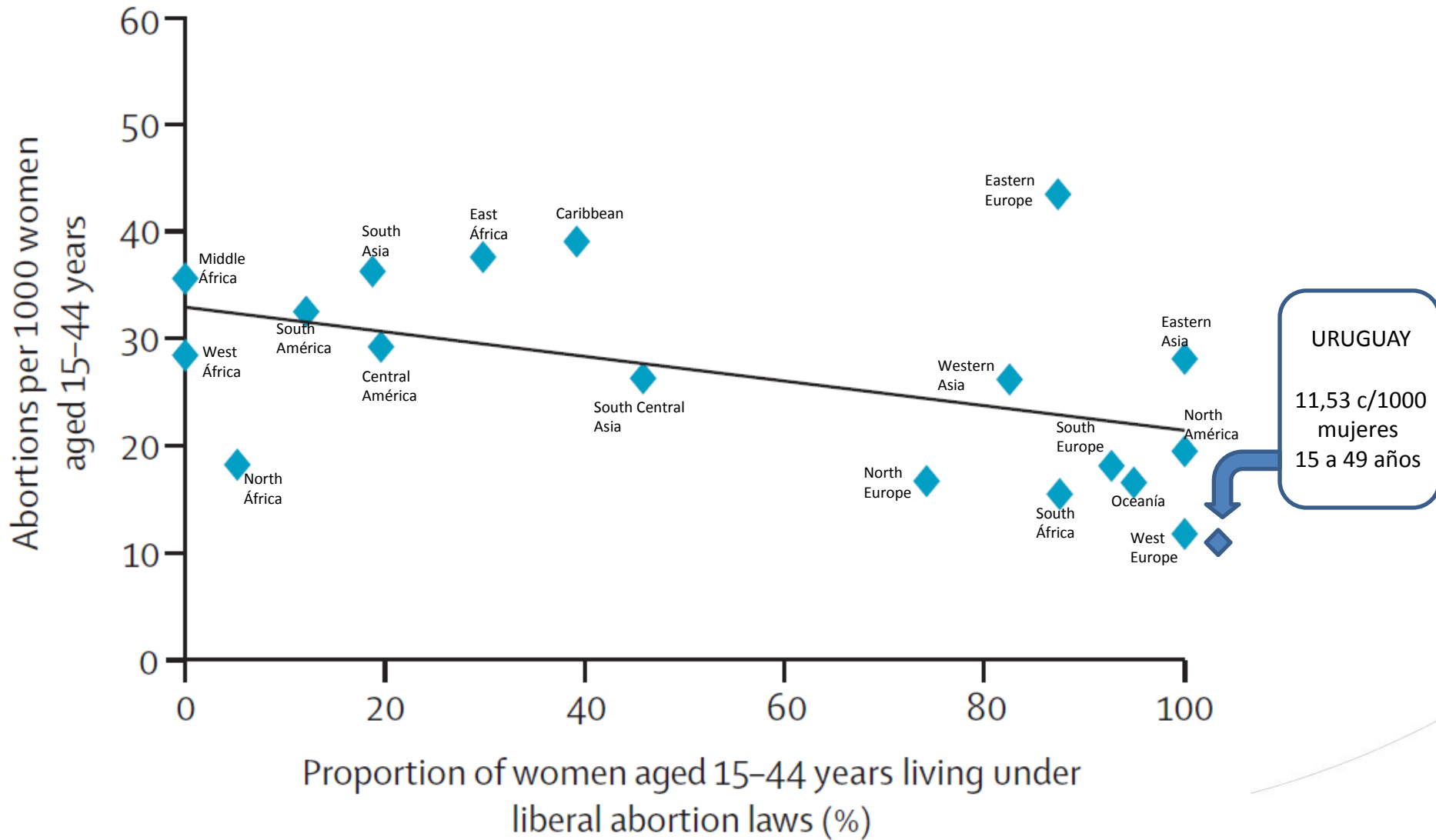
\*Datos preliminares



<b>Periodo enero 2013 - diciembre 2016</b>				
<b>Tasas de IVE</b> (cada 1000 mujeres de la edad)	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Tasa de IVE general (15-49a)	8,56	10,18	11,11	11,53
Tasa de IVE adulta (20-49a)	8,47	10,11	10,91	11,38
Tasa de IVE adolescente (15-19a)	9,02	10,58	12,18	12,3



# Asociación entre prevalencia de abortos voluntarios y legislaciones liberales con respecto a la interrupción voluntaria de embarazo por sub región -2008



# MORTALIDAD MATERNA

## INFORME 2016

COMISION PARA LA REDUCCION DE LA MORBIMORTALIDAD DE CAUSA OBSTÉTRICA





## Exoneración de copagos en control de embarazos (2005)

Exonera de costos, para las mujeres embarazadas, a los estudios paraclínicos para un adecuado control del embarazo, incluyendo ecografías y exámenes de laboratorio.

## Programa Salud de la Mujer y Género (2005)

Primer ámbito de construcción de normativas de salud centrado en la salud sexual y la salud reproductiva desde un enfoque de derechos y de género. Desde 2014 es Área Programática.

## Comisión Nacional para la Reducción de la Muerte Materna (2006)

Creada por el MSP para monitorear y disminuir a su mínima expresión las muertes relacionadas con el embarazo, nacimiento, aborto y puerperio en tanto se trata de muertes evitables.

## Prestaciones Obligatorias y Programas Integrales de Salud (2008)

El MSP define el catálogo de prestaciones y los programas integrales que deben brindar todas las instituciones públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

## Metas Asistenciales en Contratos con JUNASA (2008)

Los prestadores de servicios de salud se obligan por contrato a cumplir metas por desempeño asistencial para el logro de resultados, las que son definidas por la autoridad sanitaria para elevar la calidad y equidad de las prestaciones.

## Plan Integral de Salud Perinatal y Primera Infancia (2012)

(Primer?) Plan quinquenal perinatal y de primera infancia que coordina acciones intersectoriales e interinstitucionales de atención y promoción de la salud con enfoque de equidad y derechos. Apunta a reducir las inequidades territoriales.

## Regulación de maternidades (2012)

Determina cuáles son los requisitos de servicios e infraestructura para el mejor funcionamiento y monitoreo a la salud en el embarazo, nacimiento, puerperio y recién nacido.

## Nueva Historia Clínica SIP (2012)

Se optimiza el uso del SIP como herramienta de registro clínico, de análisis epidemiológico y de gestión. Se obliga a las instituciones a compartir con sus técnicos los resultados relacionados con el área SIP cada seis meses.

## Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (18.987, 2012)

Despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por la voluntad de la mujer, incluyendo a las adolescentes, siempre que se cumpla con los requerimientos de la ley.



## Muertes maternas - razón de mortalidad materna Período 2000 -2016

Año	Cifras absolutas	Nacidos vivos	Razón de MM por 100.000 NV	N° muertes por aborto	N° muertes por IVE
2001	19	51.960	36,6	9	N/C
2002	18	51.997	34,6	6	
2003	11	50.633	21,7	6	
2004	9	50.052	18,0	1	
2005	9	47.150	19,1	2	
2006	6	47.236	12,7	2	
2007	13	47.372	27,4	2	
2008	7	47.428	14,8	0	
2009	16	47.152	33,9	1	
2010	7	47.420	14,8	0	
2011	4	46.712	8,6	0	
2012	5	48.059	10,4	2	0
2013	9*	48.681	18,5	1	0
2014	9	48.368	18,6	1	0
2015	11**	48.926	22,6	0	0
2016	9	47.049	19,1	1	0

Reporte de «cero»  
Muerte materna

BIRMM  
\* 2013: recuperó 2  
muertes.  
RMM: 22,6

\*\*2015 recuperó 1  
muerte.  
RMM: 24,5



# Evolución de la distribución de las Muertes Maternas según tipo de causa

## 2005-2016

Código de Causa Básica CIE 10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016
directas	9	6	12	4	9	0	4	5	6	6	5
indirectas	0	0	0	3	7	6	1	3	3	5	3
No especificadas	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total	9	6	13	7	16	7	5	9	9	11	9

# TRANSMISION VERTICAL DE VIH

## SIFILIS Y EMBARAZO



### **Programa Prioritario ITS/Sida (2005)**

Espacio especializado en la promoción de la salud con estrategias de participación comunitaria. Su primer cometido es la elaboración de normativa para la atención integral de los portadores de VIH-Sida.



### **Exoneración de copagos en control de embarazos (2005)**

Exonera de costos, para las mujeres embarazadas, a los estudios paraclínicos para un adecuado control del embarazo, incluyendo ecografías y exámenes de laboratorio.



### **Oficialización de la CONASIDA (2005)**

La Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida (CONASIDA) se oficializa como espacio institucional e intersectorial, fortaleciendo su capacidad de diálogo y de propuestas políticas y acciones.



### **Plan de impacto para erradicar la sífilis congénita (2010)**

Plan de impacto quinquenal y estrategias para las mujeres embarazadas, los hombres, las familias y sus comunidades.



### **Plan Integral de Salud Perinatal y Primera Infancia (2012)**

(Primer?) Plan quinquenal perinatal y de primera infancia que coordina acciones intersectoriales e interinstitucionales de atención y promoción de la salud con enfoque de equidad y derechos. Apunta a reducir las inequidades territoriales.



### **Nueva Historia Clínica SIP (2012)**

Se optimiza el uso del SIP como herramienta de registro clínico, de análisis epidemiológico y de gestión. Se obliga a las instituciones a compartir con sus técnicos los resultados relacionados con el área SIP cada seis meses.



### **Auditorías para embarazadas con sífilis y VIH (2012)**

Establece la obligatoriedad de realizar auditorías a todos los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de sífilis y/o VIH.



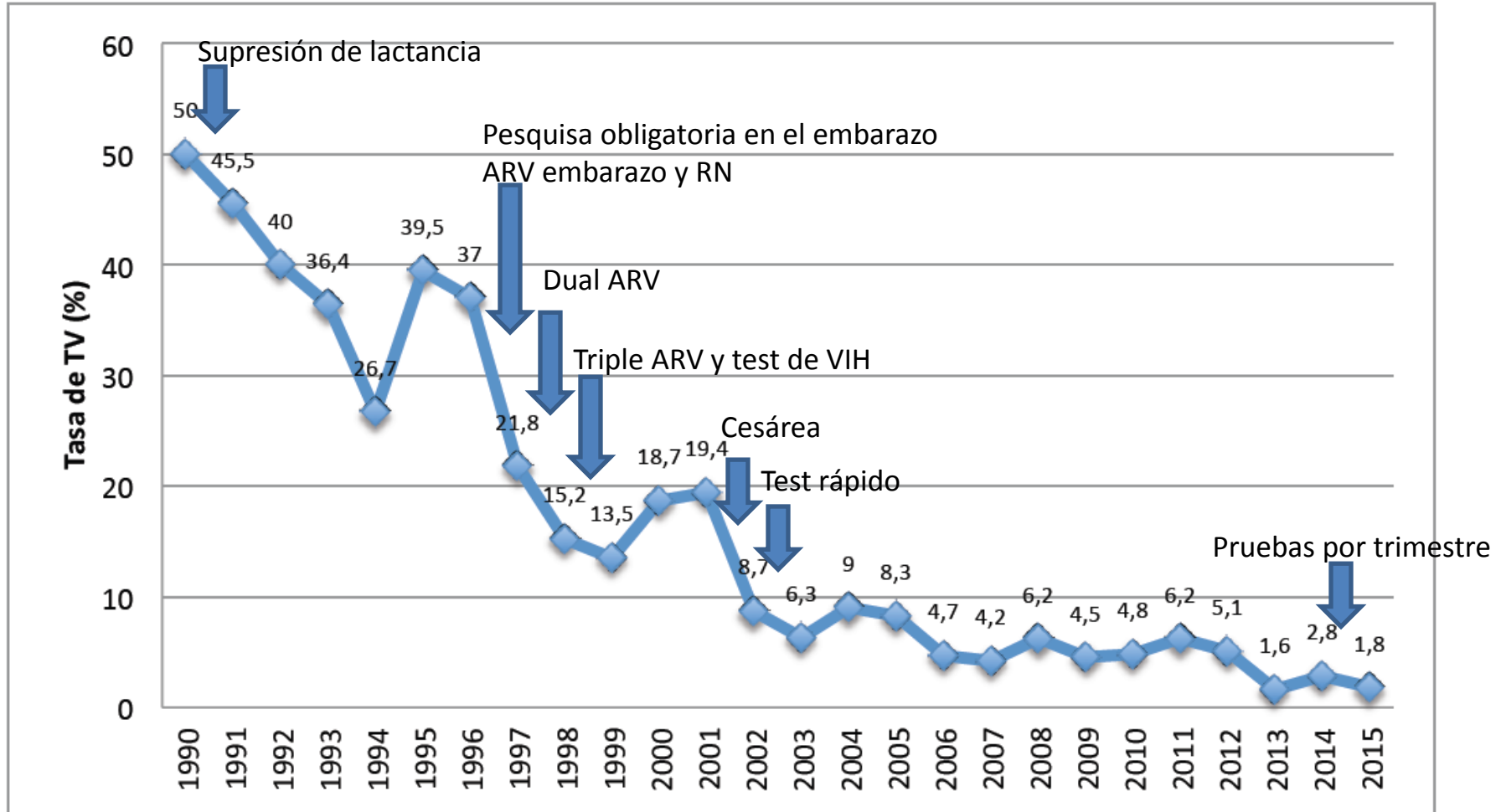
### **Tests rápidos de VIH y sífilis (2014)**

Para facilitar el diagnóstico temprano y la rápida vinculación con los servicios de salud, las instituciones de salud deben ofrecer los tests rápidos y deben indicarlos siempre que el usuario/a los solicite, incluyendo consejería.





**Gráfico 1. Evolución de la transmisión vertical de VIH, 1990-2015**





# INFORME SISTEMATIZACIÓN DE AUDITORÍAS de VIH 2015



Evolución de la TV de VIH nacional. 2013 - 2016

AÑO	TV nacional
2013	1.6% (2/124)
2014	2.8% (4/140)
2015	1.8% (2/112)
2016*	1,5% (2/130)
*datos preliminares	

Meta eliminación de la TV de VIH Objetivos Sanitarios 2015-2020: <2%

# SIFILIS Y EMBARAZO



## SÍFILIS GESTACIONAL

Prevalencia Nacional 2014 - 2015			
Sífilis gestacional (%)			
	Publico (%)	Privado (%)	Total (%)
2014	1.5%	0.4%	0.9%
2015	1.6%	0.4%	0.9%

## SÍFILIS CONGÉNITA

Tasa Nacional 2014 - 2015			
Sífilis Congénita (casos por 1000)			
	PUBLICICO (‰)	PRIVADO (‰)	TOTAL (‰)
2014	5.1	0.3	2.2
2015	3.6	0.6	1.8

Meta eliminación de la Sífilis Congénita  
Objetivos Sanitarios 2015-2020: <0.5/1000 nacimientos

# REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA



**Ministerio  
de SALUD**



**PRESIDENCIA**  
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



## Ley de Salud Sexual y Reproductiva (18.426, 2008)

Integra todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva y obliga a los prestadores públicos y privados de salud a crear servicios y ofrecer consultas especializadas. Garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en los servicios públicos.



## Ley de Reproducción Humana Asistida (19.167, 2013)

Asegura una atención de calidad y accesible a todas las mujeres que padecen infertilidad –cualquiera sea su orientación sexual o estado civil- en instituciones públicas y privadas.



## Reglamentación de Clínicas de RHA

Establece las condiciones para instalar clínicas que brinden servicios de reproducción humana asistida (RHA), en cuanto a recursos humanos, infraestructura, equipamiento, servicios, y proceso de habilitación.



## Gratuidad de la RHA de Baja Complejidad

Las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud deben brindar gratuitamente las técnicas de reproducción humana asistida (RHA) de baja complejidad. Las de alta complejidad se reglamentan en 2015.



# TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

## Solicitudes de Tratamiento

- Comienzo de cobertura por parte del FNR abril 2015
- Al 31 de julio 2017:
  - **Ingresaron 1909 solicitudes** de cobertura financiera para procedimientos de reproducción humana de alta complejidad, que se encuentran en diferentes etapas
  - **Se autorizaron 1696** solicitudes de tratamiento (1385 con gametos propios/311 con ovodonación)
  - **48 solicitudes están pendientes** de respuesta de la Clínica de Fertilidad o del Prestador Integral (información complementaria solicitada por el Ateneo)
  - **24 solicitudes serán vistas en próximo Ateneo**
  - **141 solicitudes están fuera de Normativa de cobertura**
- Co- pagos:
  - 79% copago del 50% o menos del costo total
  - 21% no realizó copago alguno

Solicitudes de Inicio	Total
Ingresadas para próximo Ateneo	24
Pendientes de respuesta de información solicitada por el Ateneo	48
Autorizados Gametos Propios	1.385
Autorizados Ovodonación	311
No autorizados	141
Total	1.909

Solicitudes de Ciclos Estimulación	Total
Ciclo 1	1.090 1.696
Ciclo 2	500 606
Ciclo 3	106 106
Total	2.408

Departamento Procedencia	Total
Interior	930 49%
Montevideo	979 51%
Total	1.909

Prestador de Salud	Total
PRIVADO	1.287 67%
PUBLICO	622 33%
Total	1.909





# TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

## Evaluación de Resultados

### EMBARAZOS

- Período analizado: solicitudes de inicio presentadas entre el 1º de junio de 2015 y el 31 de mayo de 2016
- Solicitudes ingresadas en el período 989
- Solicitudes autorizadas 905 (91.5%)
- Iniciaron ciclo de estimulación en el período 542 pacientes
- Del total de inicios, se evaluaron 474 transferencias embrionarias (TE)
- Embarazo Ecográfico en 128 pacientes (27%)

EDAD	TE	EMBARAZOS ECOGRAFICOS	EMBARAZO POR TE
≤ 34		115	45 39,10%
35 - 39		184	63 34,20%
≥ 40		175	20 11,40%

(TE) TRANSFERENCIAS EMBRIONARIAS

### PARTOS

PARTOS POR TE REALIZADAS SEGÚN EDAD DE LA MUJER

Grupo etario	Nº TE realizadas	Nº Parto (%parto por TE)
Global	117	34 (29,1%)
≤ 34	30	14 (46,7%)
35 - 39	56	18 (32,1%)
40	31	2 (6,5%)
41 - 42	21	2 (9,5%)
> 43	10	0

- Se analizó las solicitudes de ciclo de estimulación ingresadas antes del 31 de diciembre de 2015 y a quienes se les realizó una TE antes del 28 de febrero de 2016
- De las 136 mujeres evaluadas con estas características al año (31 de diciembre de 2016), hubo 34 partos (10 partos múltiples)
- Total de 44 nacidos vivos



**MUCHAS GRACIAS**

