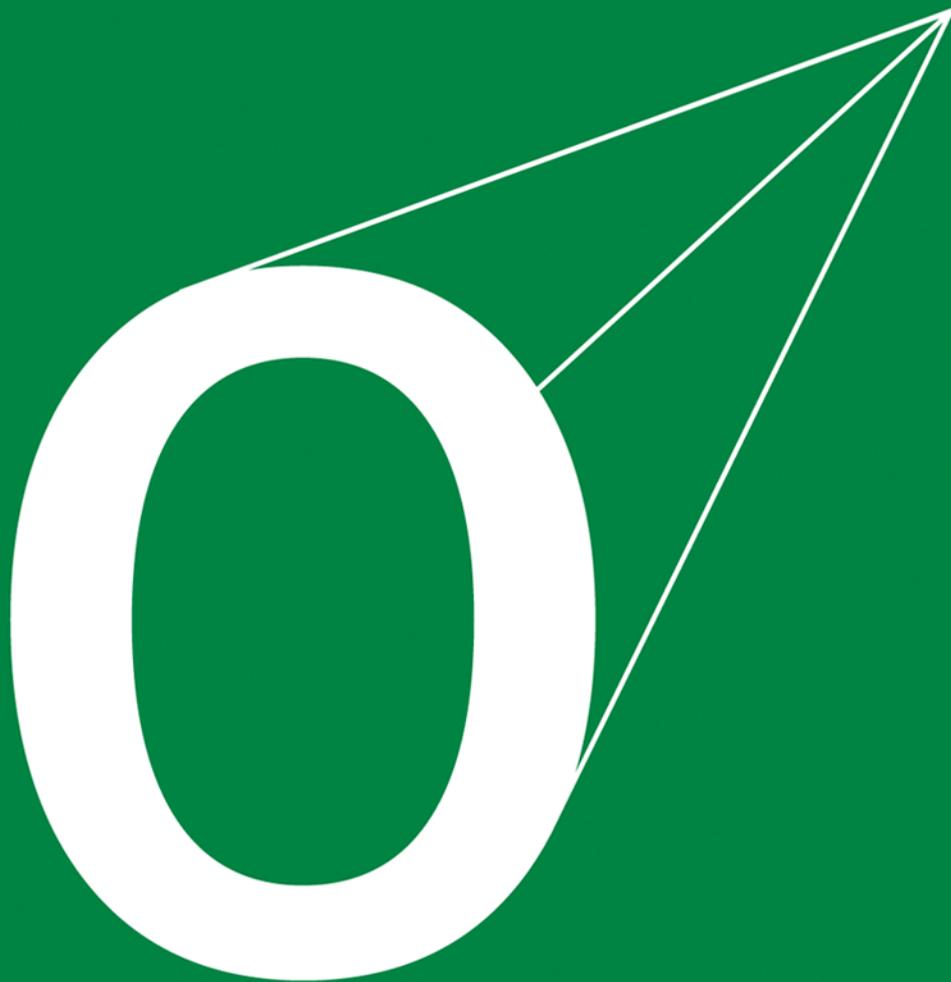


**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

# OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY



Informe  
**2010**

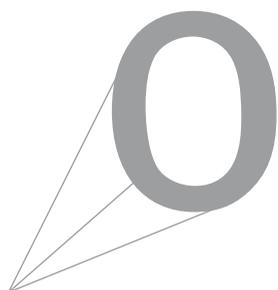
**PROFESIONALES DE LA SALUD Y  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Estudio sobre percepciones, valores y prácticas

INFORME 2010

# PROFESIONALES DE LA SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Estudio sobre percepciones, valores y prácticas



**OBSERVATORIO  
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL  
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

© 2010 MYSU

© 2010 UNFPA

La reproducción total o parcial de este libro está permitida siempre y cuando se cite la fuente.

MYSU (2010) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2010: Profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas. Montevideo: MYSU.

**mysu** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

Salto 1267 CP 11400  
Montevideo - Uruguay  
Tel: (598) 2410 3981 / 2410 4619  
mysu@mysu.org.uy  
www.mysu.org.uy  
www.mysu.org.uy/observatorio

**Coordinación general del estudio 2010: Alejandra López Gómez y Lilián Abracinskas.**

**Equipo técnico del estudio 2010: Ramón Álvarez, Valeria Fernández Mouján, Ana Coimbra, Rossana Trucillo, Verónica Burstin (por MYSU) y Rafael Aguirre (por RAP-ASSE).**

**Informe elaborado por: Alejandra López Gómez, Lilián Abracinskas, Ramón Álvarez y Valeria Fernández Mouján.**

Edición: MYSU  
Diseño: MONTINI DISEÑO  
Diseño de Tapa: MONTINI DISEÑO  
Impreso en: Artes Gráficas  
Depósito legal: 354.876/2011  
ISBN: 978-9974-8303-0-1

Con el apoyo de Fondo de Población de Naciones Unidas



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



Naciones Unidas Uruguay  
Unidos en la Acción

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del 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.

Se terminó de imprimir en Montevideo, en Diciembre de 2010

# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS .....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
MARCO CONCEPTUAL .....	13
Significados, valores y prácticas: el estudio de las representaciones sociales .....	15
Servicios de salud, práctica profesional y derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva ..	16
OBJETIVOS.....	21
DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
Métodos y técnicas .....	27
Criterio muestral.....	27
Cobertura de la encuesta .....	30
Alcance y limitaciones del trabajo de campo .....	31
RESULTADOS .....	33
Descripción de la población estudiada.....	35
Valores y práctica profesional.....	42
Representaciones sociales de género y su relación con la reproducción biológica y social .....	51
Representaciones sociales sobre las prácticas sexuales y reproductivas en mujeres y varones .....	56
Las prácticas profesionales y el derecho a decidir sobre la salud sexual y reproductiva de las personas.....	58
Reacciones emocionales de los profesionales frente a situaciones complejas en salud sexual y reproductiva .....	62
CONCLUSIONES .....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77



## ÍNDICE DE TABLAS

1: Servicios de salud donde se desempeñan los/as profesionales del estudio.....	27
2: Tipo de relevamiento realizado según profesión incluida.....	28
3: Cantidad de encuestas proyectadas y a relevar según tipo de profesión.....	29
4: Tasa de cobertura por tipo de vigencia según profesión.....	30
5: Tasa de cobertura distribuida según centro de salud.....	32
6: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según sexo .....	35
7: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según edad .....	35
8: Porcentaje de profesionales por profesión según situación conyugal y tenencia de hijos .....	36
9: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según actividad en la RAP.....	37
10: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según años de ejercicio profesional.....	37
11: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según principal ámbito de ejercicio de la profesión .....	38
12: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según ámbitos de ejercicio de la profesión.....	38
13: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según ejercicio de docencia directa según profesión .....	39
14: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión y edad según creencias religiosas.....	40
15: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según tipo de creencia religiosa .....	40
16: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según frecuencia de asistencia a servicios religiosos .....	41
17: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según influencia de la creencia religiosa en la práctica profesional .....	41
18: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según afiliación ideológica.....	42
19: Número de respuestas según valores que a nivel social se deberían promover en la infancia.....	44
20: Valores con mayor cantidad de menciones según tipo de profesión.....	45

21: Medias obtenidas en justificación de prácticas por tipo de profesión. ....	47
22: Influencia de las convicciones religiosas/morales en las prácticas de los profesionales .....	50
23: Porcentaje de profesionales según opinión sobre la relación entre nivel socioeconómico bajo y hábito de trabajo en hombres y mujeres.. ....	52
24: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión, edad y sexo según opinión respecto al número ideal de hijos. ....	54
25: Porcentaje de profesionales por sexo según opinión respecto al tiempo que las mujeres profesionales dejan a sus hijos al cuidado de otros .....	55
26: Porcentaje de profesionales por sexo según opinión sobre reproducción en mujeres pobres .....	57
27: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según motivos que justifican la decisión de un aborto voluntario. ....	60
28: Porcentaje de profesionales por sexo y tipo de profesión según motivos que justifican la decisión de un aborto voluntario .....	61
29: Porcentaje de profesionales según reacciones emocionales predominantes frente a situaciones complejas en salud sexual y reproductiva .....	64

INTRODUCCIÓN [■]





El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva es un programa de generación sistemática de información para el ejercicio calificado del monitoreo ciudadano en la agenda nacional en salud sexual y reproductiva. Fue creado por Mujer y Salud en Uruguay - MYSU en el año 2007 y cuenta desde sus inicios con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Desde el año 2008, el Observatorio ha sido declarado de interés ministerial por parte del Ministerio de Salud Pública.

Durante los años 2008 y 2009 elaboró informes sobre el estado de implementación de las normas y guías clínicas vigentes en el país en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva (SSR) mediante la instrumentación de estudios en base a diseños complejos que recogieron información desde la perspectiva de mujeres usuarias de ginecología y de mujeres hospitalizadas en situación de puerperio inmediato; profesionales de la salud; directores de servicios y observación directa de instalaciones.

Los resultados aportados por ambos estudios permitieron orientar la opción tomada para el estudio que presentamos en esta publicación. Mientras que en el año 2008 el conocimiento de normas y guías clínicas fue - en términos generales - bajo en profesionales como en usuarias así como el acceso a algunas prestaciones fue limitado; para el año 2009, se pudo constatar un incremento notable en el conocimiento de las normas vigentes en profesionales, un bajo conocimiento en las mujeres de algunas de las normas (especialmente de aquellas menos "tradicionales") y una baja implementación en los servicios lo cual se tradujo en barreras de accesibilidad para las mujeres (MYSU, 2008; 2009).

Tal como señala Schraiber (2010) es necesario distinguir tres planos en la atención de la salud: el de las políticas, el de la planificación y gestión de los servicios y el de las prácticas profesionales, los cuales deben articularse de manera necesaria para lograr un modelo integral de atención. En consonancia con este planteo, los resultados obtenidos en los estudios anteriores conducidos por el Observatorio permiten señalar que, si bien en el plano de las políticas el país cuenta con un conjunto de normativas sanitarias y guías clínicas en SSR, éstas no necesariamente se incorporaron de manera plena e integral en la planificación de los servicios de salud generando tensiones en los consultorios y en las prácticas profesionales. Asimismo, si se considera que los servicios de salud incluidos en ambos estudios fueron predominantemente del subsector público (con antecedentes desde 1996 de brindar algunas prestaciones en SSR), estas tensiones y desfases entre los tres planos mencionados resulta aún más llamativa. Esta fue una de las razones que motivó la necesidad de focalizar la mirada en los profesionales y sus prácticas para el estudio del 2010.

El año 2010 significó un punto de inflexión en la relevancia política otorgada por las autoridades sanitarias a la SSR, asociado al cambio de gobierno nacional y de jerarcas en el Ministerio de Salud Pública y en la Junta Nacional de Salud<sup>1</sup>. Ello favoreció una mayor legitimación a la necesidad de dar respuesta institucional desde el sector salud a un conjunto de demandas de atención en SSR históricamente postergadas y/o no priorizadas. En setiembre de ese mismo año, a instancias del Ministro

<sup>1</sup> En marzo de 2010 asume una nueva administración de gobierno nacional bajo la Presidencia del Sr. José Mujica (Encuentro Progresista - Frente Amplio). Asume como Ministro de Salud Pública el Ec. Daniel Olesker y como Presidente de la Junta Nacional de Salud, el Dr. Luis Gallo

de Salud Pública se aprueba la reglamentación de la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva para su efectiva integración en los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de enero de 2011. Así había sido oportunamente comunicado por la autoridad sanitaria en ocasión de celebrarse el 8 de marzo de 2010, Día Internacional de las Mujeres:

*"... porque existen marcos normativos que han avanzado en estos temas y 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 (18.104 del 22 de marzo de 2007) y la ley de avanzada en la región y en mundo con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, Ley 18.426 de diciembre de 2008. Somos conscientes que esta última no da una 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, como se ha hecho, y se verá en el informe que nuestra comisión presentará en la tarde de hoy en el MSP, como parte de un proceso que esperamos se complete en este período de gobierno (...)"* (Ministro de Salud Pública, Ec. Daniel Olesker, marzo 2010).

El cambio de paradigma propuesto por la implementación del SNIS hacia un modelo de atención basado en la salud como derecho y en la prevención como uno de los cometidos sustantivos de la atención, podrían obtener en los resultados de este estudio insumos para una mejor articulación entre las definiciones políticas y los resultados de su traducción en los servicios para satisfacer los requerimientos de la población usuaria y brindar mejores condiciones de intervención a los equipos profesionales.

En función de este nuevo escenario político y tomando en consideración los resultados obtenidos en los estudios anteriores del Observatorio y entendiendo que existen aún importantes vacíos de información, se optó para el 2010 colocar el foco en las prácticas profesionales de quienes se desempeñan en los servicios de salud públicos del primer nivel de atención en Montevideo.

Partiendo de la hipótesis que los recursos humanos en salud y en particular las prácticas profesionales constituyen un escenario privilegiado para identificar y conocer tanto las barreras como las potencialidades de transformación del modelo de atención, el estudio se propuso comenzar a desentrañar el origen de las tensiones identificadas entre los tres planos mencionados para lograr una integralidad en la intervención sanitaria y favorecer el cambio de un modelo materno infantil hacia uno integral en SSR (López Gómez et al, 2003).

Para su realización se solicitó la colaboración de las autoridades de la Red de Atención Primaria (RAP) en Montevideo perteneciente a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) por entender que allí se había construido un escenario diferencial respecto a otros en materia de atención en SSR iniciado hacia el año 2001 a través de la implementación del Programa de Salud Integral de las Mujeres (SIM) que implicó:

- adopción de políticas en la materia y su planificación en los servicios de salud con directrices claras y sostenidas hacia todo el personal;
- capacitación de los profesionales y equipos de salud;
- estrategias de promoción y prevención dirigidas hacia la población usuaria en distintos componentes y dimensiones de la SSR; y
- prestaciones integradas superando una visión vertical de la atención.

Asimismo, en algunos de los servicios de la RAP funcionan las UDAs (Unidades Docentes Asistenciales) en el marco del convenio ASSE – Facultad de Medicina / Universidad de la República, con el cometido de desarrollar estrategias de formación de recursos humanos orientados al cambio del modelo de atención así como contribuir al proceso de mejora continua de la gestión de los servicios, las cuales se basan en el enfoque integral de desarrollo de las funciones de enseñanza, gestión, investigación y extensión.

El acuerdo impulsado por MYSU en abril de 2010 con el entonces director de la RAP, Dr. Wilson Benia, permitió el inicio de la implementación del estudio en la medida que el mismo resultó de especial interés para el desarrollo estratégico de la RAP en base a disponer de conocimiento sistematizado sobre sus recursos humanos frente a los nuevos desafíos de fortalecer la atención de la SSR de acuerdo a las directivas ministeriales y en cumplimiento de la ley 18.426. El interés y el compromiso de viabilizar el estudio fueron ratificados por la actual directora de la RAP, Dra. Alicia Sosa. Asimismo, se acordó desde un inicio la inclusión de un integrante del equipo de gestión en el proyecto como interlocutor con el equipo técnico del Observatorio. Se designó por parte de la RAP al Dr. Rafael Aguirre. A todos ellos va nuestro agradecimiento por la disposición a involucrarse en la realización de este estudio y facilitar su viabilidad.

Esperamos que los resultados que presentamos en esta publicación sirvan como insumo y orientación para el desarrollo e implementación de políticas y programas en SSR tomando en cuenta el factor humano y las lógicas prácticas que determinan el desempeño de los profesionales de la salud y sus posicionamientos frente a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de mujeres y varones. Allí radica una de las principales dimensiones para el cambio del modelo de atención.

Finalmente y una vez más, nuestro agradecimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas y a su equipo de trabajo en Uruguay por el interés en este programa institucional de MYSU y por valorar que el mejor monitoreo ciudadano es aquel que permite enlazar conocimiento y política pública mediante información generada con rigor, pertinencia social, autonomía técnica, calidad académica, eticidad y vocación transformadora.

**Alejandra López Gómez – Lilián Abracinskas**  
Directoras de MYSU  
Montevideo, diciembre de 2010.



MARCO CONCEPTUAL





## Significados, valores y prácticas: el estudio de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales postulada por Moscovici (1979) es un marco potente para una aproximación compleja al universo de significados y valores que portan los profesionales de la salud sobre derechos sexuales y reproductivos y atención de la SSR.

*“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo (...) Una representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el coro colectivo, del cual cada uno quiéralo o no forma parte. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen. Cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de la representación...” (Moscovici, 1979:17-18).*

Moscovici (1981) sostiene que una representación social es *“un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interpersonales”* y que se podría afirmar que constituyen la versión contemporánea del sentido común, *“constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común. Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y de los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas...”* (Moscovici 1981 en Perera M, 2005:44).

Las representaciones sociales dan cuenta de un conocimiento práctico productor y constructor de una realidad social compartida por un colectivo y a través de las cuales se intenta dominar ese entorno, comprender y explicarlo. Son al mismo tiempo producto y proceso de construcción de la realidad y de su elaboración psicológica y social.

Según Ibáñez (1988) *“... las representaciones producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. En este sentido, las representaciones actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos. En definitiva, las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad.”* (1988:55).

Las representaciones sociales están integradas por formaciones subjetivas tales como: opiniones, actitudes, creencias, imágenes, valores, informaciones y conocimientos. Se organizan alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se estructuran jerárquicamente una serie de contenidos. La actitud es el elemento afectivo de la representación y se manifiesta como la disposición que tiene la persona hacia el objeto de la representación dando cuenta de una valoración o evaluación con relación al mismo. Por su parte, la información refiere al conocimiento que se tiene sobre el objeto de la representación, el cual difiere según la inserción social del sujeto o colectivo, generando una fuerte influencia en las prácticas sociales respecto al mismo. Finalmente, el campo de representación alude al orden que toman los contenidos representacionales, definiendo la existencia de núcleos (parte más estable y recurrente de la representación integrada por los contenidos de mayor significación) y otros elementos periféricos.

En tanto estructuras de conocimiento, símbolos y afectos a la vez que proceso social de construcción de objetos sociales, se manifiestan en palabras, prácticas, conductas y sentimientos. Según Jodelet deben ser investigadas "articulando elementos afectivos, mentales, sociales, integrando la cognición, el lenguaje y la comunicación a las relaciones sociales que afectan a las representaciones sociales y a la realidad material y social a las cuales ellas intervienen" (1985:41).

La importancia del estudio de las representaciones sociales de género radica en hacer visibles las creencias, los valores, los supuestos ideológicos que construyen, con base en las diferencias biológicas, las desigualdades sociales entre mujeres y hombres. En tal sentido, estas representaciones constituyen un sistema que genera procesos de clasificación social, los cuales son claves para delimitar creencias compartidas, imágenes, sentimientos y comportamientos adecuados.

## **Servicios de salud, práctica profesional y derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva**

El estudio sobre las profesiones y en particular sobre aquellas vinculadas a la salud cuenta con antecedentes relevantes en el campo de la sociología de las profesiones, la sociología médica, la filosofía, la historia y la psicología de la salud. Lejos de nuestras posibilidades en esta publicación está el poder hacer una reseña de estos aportes y recorridos que han construido teorías y han orientado una mejor comprensión sobre el quehacer profesional, sus dilemas y tensiones ingresado el siglo XXI.

A riesgo de omitir contribuciones de significación, nos importa señalar sin embargo, que la literatura disponible explora de manera escasa y poco sistematizada la relación entre práctica profesional en salud y derechos sexuales y reproductivos. Seguramente, porque a pesar que constituye un campo de creciente visibilización en la agenda de investigación y en la agenda social y política, la salud y este conjunto de derechos humanos continúan siendo asuntos no priorizados o marginales. Lo cual determina que existan enormes vacíos de conocimiento sobre diversos asuntos, problemas, dilemas y

dimensiones en ella implicados, tal como identifica el informe global sobre Investigación en SSR en países de renta baja y media (de Francisco et al, 2007).

A pesar de estas insuficiencias, existen aportes muy relevantes elaborados por investigadores/as y activistas de distintos países de la región quienes se han propuesto desarrollar y profundizar de manera colaborativa esta agenda específica (Castro y López Gómez, 2010). Existen antecedentes importantes de estudios focalizados sobre opiniones y actitudes de los profesionales frente a temas complejos de la SSR como la anticoncepción no reversible y el aborto (Figueroa, 1990; Gogna y Ramos, 2001; Erviti y Castro, 2006, 2007); sobre objeción de conciencia (Dides, Casas e Islas, 2002); violencia contra las mujeres (Kiss y Schraiber, 2009); violencia obstétrica (Hotimsky 2010; Castro y Erviti, 2002, 2003); atención de población adolescente (Checa, 2004), por mencionar algunos de sus exponentes más significativos en América Latina.

Sin embargo, aún resta un importante recorrido para reducir la brecha de conocimiento disponible sobre la relación entre práctica profesional en salud y protección/violación de derechos sexuales y reproductivos de la población usuaria y muy especialmente de las mujeres.

Los aportes teóricos generados desde exponentes de las ciencias sociales aplicadas a la salud y los estudiosos de las profesiones (Friedson, 1970; Parsons, 1939; Turner, 1990, 1999) son herramientas conceptuales insoslayables para introducirnos en esa relación compleja. Pero no alcanza con ello.

La crítica feminista a la profesión médica y al campo médico como organizador de las prácticas profesionales en los servicios de salud así como al ejercicio de poder y control sobre los cuerpos de las mujeres que permite ese ordenamiento, constituyen una vertiente indispensable cuando se trata de comprender la compleja relación “médico – paciente” o las tensiones que se generan en los servicios de salud frente a la creciente ciudadanización de las mujeres y su capacidad de exigibilidad de derechos. Al decir de Castro Vázquez (2008) “*de pacientes a exigentes*” o como señala Herrera (2010) “*de pacientitas a ciudadanas*”, se trata de un proceso de alta complejidad profundamente interconectado con la construcción de las mujeres en tanto sujeto – fin en sí mismo y no en tanto objeto – medio para el logro de metas asistenciales y/o de desarrollo. La postulación del concepto de género y la teoría de análisis del poder con base en la división sexual del trabajo, constituyen herramientas conceptuales y políticas de alta eficacia para analizar el campo de la salud y las prácticas profesionales – y no profesionales – que allí se construyen, desde la contingencia socio histórica y cultural.

En páginas anteriores señalamos que las prácticas profesionales forman parte de una tríada de planos que están profundamente interconectadas, como nos ilustra Schraiber (2010): el plano de las políticas, el de la planificación y la gestión de los servicios y el plano mismo de las prácticas profesionales. Al decir de esta investigadora:

*“Si en el plano de las políticas definimos los consensos doctrinarios y las normas mediante las cuales podrán alcanzarse determinados derechos en términos de la atención a la salud, será 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 reconoce 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 de realización de los derechos.(...) Tal autonomía es ejercida en el núcleo duro de su práctica profesional en que procede al juicio clínico y a la toma de decisión asistencial del caso. Por ello es importante, aunque menos explorado, atenernos a este plano en el cual, en los términos de Bourdieu (1974; 1996), el agente de la práctica, el médico o cualquier otro profesional de la salud, se reproduce culturalmente como sujeto de su profesión, en que reitera un "habitus" dado en su modo técnico de actuar (una práctica lógica de proceder determinada) que causa tensión y con ella produce conflictos por su innovación de esa misma cultura profesional. Reproducción e innovación están, en ese caso, dados al interior de cualquier acción práctica y se hace más compleja en esa posición de autonomía técnica con el que el médico puede, con mayor libertad, afirmar o negar en su quehacer profesional, aquellos consensos políticos acordados y, puede generar o excluir tecnológicamente los procedimientos técnicos que llevan a cabo o impiden, entre otras cuestiones ético-políticas, los derechos de las mujeres, sirviéndose de uno o de otro lado de las disposiciones organizativas y funcionales de los establecimientos de su actuación. Entonces, para el propósito de concretar en ese trabajo 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)*

La existencia de marcos regulatorios y normativos y guías clínicas orientadoras del quehacer profesional son aspectos sustantivos para la implementación del cambio de un modelo de atención (de corte asistencialista, curativo y biomédico) hacia uno integral centrado en la protección de los derechos humanos y en particular de los derechos sexuales y reproductivos. También para ello es fundamental la definición de líneas programáticas y planificación de servicios que operacionalicen las normas garantizando las condiciones de accesibilidad. Pero para avanzar en la implementación se requiere de profesionales de la salud y equipos de salud comprometidos con el mandato ético de considerar "al paciente", sujeto y ciudadano con capacidad para tomar decisiones. Más especialmente cuando se trata de la salud sexual y reproductiva, la cual implica un fuerte componente preventivo y de promoción, más que curativo y de rehabilitación. En la SSR, por lo general, se trata de atender a personas "sanas" y no a personas "enfermas" que requieran de intervenciones técnicas de mayor complejidad. Por diferencia biológica y por construcción socio-cultural, las usuarias habituales de los servicios de SSR son, en su gran mayoría, mujeres.

Por ello, el posicionamiento y la intervención de los profesionales frente a las demandas de atención en SSR revisten características particulares que merecen especial consideración. Algunos estudios disponibles han reportado que los profesionales de la salud parecen transitar *“con facilidad práctica y seguridad discursiva entre las dimensiones de los casos que asisten, a los que ellos mismos concebirían como esferas extra-técnicas y las técnicas de tratamiento y asistencia utilizadas (...) Así confieren significado profesional, cubriendo de valor y autoridad técnico – científica, a apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus demandas a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con, la calidad de juicio moral que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional”* (Schraiber 2010:18).

El deslizamiento de sentido 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. ¿Qué significa aconsejar u orientar en la atención en SSR? ¿Existen o es posible construir condiciones de posibilidad para que la intervención moral no se disfrace de intervención técnica? (López Gómez, Carril, 2010).

Ahora bien, los profesionales de la salud no constituyen un universo homogéneo. Están segmentados en función del tipo de profesión, el sistema sexo-género, la raza-etnia, su residencia urbano – rural, nivel socio-educativo de la población que atiende, por mencionar los más relevantes. Si bien el campo de la salud ha sido históricamente ordenado por el campo médico y las lógicas-prácticas que reinan en los servicios atraviesan a las distintas profesiones, importa señalar que la especificidad técnica de cada una de ellas genera condiciones de posibilidad diferentes para desvincular y distinguir las partes que integran la articulación persona – rol profesional<sup>2</sup> que sostiene su quehacer.

Por otro lado, gran parte de la literatura señala que las mujeres profesionales son más hábiles para relacionarse y comunicarse con los *“pacientes”* en comparación con los hombres, siendo ellas menos resistentes a una postura igualitaria, serían más liberales y tomarían en cuenta los determinantes psicosociales que están implicados en la situación del *“paciente”*, así como estarían más motivadas a superar divisiones artificiales en la atención de la SSR (Kutner y Brogan, 1990; Bouchard y Renaud, 1997, referidos por Llovet, 1999).

El binomio *“profesional – paciente”* es una de las relaciones que más modificaciones ha tenido en las últimas décadas producto del creciente desarrollo del sistema institucional de la atención de la salud. Al decir de Llovet este binomio:

*“Se ha transformado en un cuatrinomio: médico (s) – paciente – institución – sistema, un álgebra a la que habría que agregar como término a los paramédicos (...) sometida la relación médico – paciente a una fuerte despersonalización – que opera en ambas direcciones – y diluidos los lazos de intimidad y de un prolongado conocimiento mutuo, el paciente siente hoy menos trabas para permitirse dudar sobre la pertinencia de lo que el o los médico(s) hace(n)*

2 Noción acuñada por Rothman y Vilaseca (2001).

*o ha(n) hecho con él y para cuestionar, abierta o solapadamente, su actuación. Con un punto de arranque que varía según los distintos países y culturas, hace ya un tiempo los pacientes vienen cambiando de actitud ante la palabra y la conducta médica...” (Llovet, 1999:338)*

Estos cambios que se registran en la relación médico – paciente son extensivos a la relación entre servicio de salud – población usuaria y están determinados por factores intrínsecos al sistema institucional de la salud, a la construcción de las profesiones (su profesionalización y desprofesionalización), a la creciente ciudadanía de las mujeres, al acceso a fuentes diversas de información técnica que trastocan la relación de saber – poder y a la capacidad de exigibilidad de derechos de las poblaciones, incluido el derecho a la salud y la atención de la salud.

En particular la atención en SSR plantea profundos problemas éticos en todos los niveles de análisis. Al decir de Cook, Dickens y Fathalla (2005):

*“A nivel microético están las relaciones entre los pacientes y los proveedores de servicios de salud, especialmente los que tienen objeciones de conciencia frente de algunos servicios permitidos por la ley (...) A nivel macroético se presenta el problema de si una sociedad puede prohibir y mediante qué mecanismos algunas prácticas sexuales y reproductivas privadas y voluntarias o si pueden forzar a las mujeres a continuar con un embarazo en contra de su voluntad (...) Las decisiones mesoéticas tienen que ver con temas tales como establecer las diferencias entre los servicios de atención en salud sexual y reproductiva que los gobiernos ponen a disposición de las personas sin costo alguno, y los servicios que se consideran “de lujo” y que están disponibles únicamente para quienes tienen recursos privados para costearlos.” (2005:75-76)*

La dimensión ética de las prácticas atraviesa los tres planos a los que hemos hecho referencia: la definición de las políticas (macroética), la planificación de los servicios (mesoética) y la intervención profesional (microética). Ello complejiza aún más el objeto de estudio en la medida que para desentrañar las tensiones identificadas entre acción técnica, acción moral, ciudadanía, derechos, se requiere de estudios que aborden específicamente las diferentes éticas que se ponen en juego en los distintos planos.

Sin duda, estamos transitando el siglo XXI con enormes desafíos en el proceso de democratizar y universalizar el acceso a la salud y a los derechos. Y si se trata de la protección de los derechos sexuales y reproductivos en el sistema de salud el reto es aún mayor. Se necesita más y mejor conocimiento sobre la compleja y tensa relación entre la definición de las políticas en SSR, la gestión de los servicios, la instrumentación de las prácticas profesionales y la exigibilidad de derechos por parte de la ciudadanía. Sin duda, estamos frente a una agenda abierta de investigación cuyos resultados progresivos requieren ser traducidos, discutidos y, eventualmente, adoptados por los diversos actores involucrados en estos procesos.

OBJETIVOS





El estudio se propuso como **objetivo general** contribuir a la producción de conocimiento sobre la relación “*profesional – población usuaria*” explorando los valores y significados sobre derechos a la salud sexual y reproductiva que sustentan las prácticas de los profesionales de la salud.

**Sus objetivos específicos fueron:**

1. Identificar las representaciones sociales de género que tienen los profesionales de la salud sobre las mujeres y sobre los varones de diferentes condiciones y edades.
2. Identificar las representaciones sociales sobre reproducción biológica y social de las cuales son portadores los profesionales de la salud.
3. Analizar las percepciones que tienen los profesionales sobre conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en mujeres y varones de distintas edades y condiciones.
4. Conocer la valoración que realizan los profesionales acerca del derecho a decidir de las mujeres sobre su sexualidad y vida reproductiva, identificando si existen diferencias según edad, nivel socioeconómico, trayectoria reproductiva y conyugalidad de las mujeres.
5. Identificar si existen tensiones entre la acción técnica y la acción moral en las intervenciones en SSR que realizan los profesionales de la salud y analizar en qué medida operan como obstáculos para el cambio de modelo de atención.



DISEÑO METODOLÓGICO





## Métodos y técnicas

Se trata de un estudio empírico basado en una metodología cuantitativa que se concretó en la aplicación de un cuestionario estructurado.

El cuestionario fue diseñado en base a revisiones teóricas, en torno al tema de medición de valores (Schwartz 2001; Hirsch, 2003), y empíricas en base a estudios existentes sobre actitudes y prácticas en profesionales de la salud, estudios sobre representaciones sociales y encuestas sobre valores.

En el cuestionario se incluyeron un conjunto de módulos tendientes a evaluar: valores personales, valores profesionales, representaciones sobre género; representaciones sobre prácticas de salud sexual y reproductiva, representaciones sobre la población adolescente; representaciones sobre el rol del profesional en la toma de decisiones de los "pacientes" y reacciones emocionales frente a situaciones complejas en ser.

Para la medición de valores y representaciones se elaboró un conjunto de proposiciones evaluables mediante escalas de Lickert enunciadas en términos de grado de acuerdo, preguntas abiertas y preguntas dicotómicas. El cuestionario fue previamente evaluado y sometido a pre-test a un conjunto de profesionales de la salud.

El análisis de la información se realizó a partir de distribuciones de frecuencias de todas las variables y cruces bi-variados en función de sexo, edad, profesión, años de ejercicio de la profesión y creencia religiosa. Se calcularon medias en las variables continuas. La información fue procesada en SPSS17.

El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de agosto y noviembre de 2010, el cual fue realizado por cuatro encuestadores profesionales con formación específica en el tema. Los directores de los centros de salud fueron en todos los casos informados previamente y se contó con su apoyo y colaboración. Las entrevistas fueron realizadas en forma personal en el lugar de trabajo de los profesionales. En los casos finalmente no relevados se realizaron al menos cuatro intentos de contacto antes de abandonar el seguimiento.

## Criterio muestral

En acuerdo con la dirección de la RAP se optó por considerar a profesionales que trabajaban en los siguientes servicios y sus policlínicas dependientes:

Tabla 1: Servicios de salud donde se desempeñan los/as profesionales del estudio

Servicio de salud
CERRO
CRAPS
CRUZ
CIUDAD VIEJA
GIORDANO
HIPÓDROMO
MAROÑAS
MISURRACO
MONTERREY
PIEDRAS BLANCAS
SAYAGO
UNIÓN

Un segundo aspecto a tomar en cuenta es el referido a los tipos de profesión que se buscó representar. En la siguiente tabla se identifica el tipo de profesión y la modalidad de recolección de la información.

Tabla 2: Tipo de relevamiento realizado según profesión incluida.

Profesional	Tipo de Relevamiento
Asistente Social	Censo
Aux. de Enfermería	Muestreo
Ginecólogo	Censo
Médico Familia	Censo
Médico Atención Primaria	Censo
Nurse	Censo
Partera	Censo
Psicólogo	Censo

Como se puede apreciar para el caso de las auxiliares de enfermería se decidió trabajar con una muestra probabilística. Esa decisión obedeció, por un lado, a la cantidad de profesionales de esa área en esos 12 centros y por otro, el número máximo de encuestas previstas de ser realizadas teniendo en consideración las complejidades del instrumento a aplicar, los plazos y los recursos disponibles. A partir de la información proporcionada por la dirección de la RAP se construyó un marco muestral que fue corregido en sucesivas etapas y que permitió establecer la siguiente situación:

**Tabla 3: Cantidad de encuestas proyectadas y relevadas según tipo de profesión.**

Profesional	Cantidad	# a relevar	# relevados
Asistente Social	32	27	26
Aux. de Enfermería	233	70	57
Ginecólogo	41	35	35
Médico Familia/atención primaria	98	88	64
Nurse	27	26	24
Partera	19	17	15
Psicólogo	12	12	12
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>275</b>	<b>233</b>

Con respecto a la población de auxiliares de enfermería, la estrategia de muestreo seguida, en función de la información disponible y considerando que parte de los ítems a relevar podían estar asociada a los servicios, fue la siguiente:

- se consideró cada servicio como un estrato;
- al disponer la información de sexo y edad de los auxiliares de enfermería por servicio, se ordenó el marco muestral de acuerdo a estas dos características que se consideran relevantes para el estudio;
- mediante muestreo sistemático se eligieron 80 casos de un total de 233 (aproximadamente 1 de cada 3 profesionales);
- la cantidad de auxiliares por estrato fue proporcional al tamaño del estrato (en este caso el servicio)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Para esta tarea se utilizó el software R y en especial la librería Sampling. Esta estrategia de muestreo tiene la ventaja que es muy fácil de implementar y en cierta forma recoge a escala pequeña la estructura de datos (en particular, por edad y sexo, características que se consideran relevantes en el estudio). Por otra parte, esta forma de hacer el muestreo tiene una característica interesante y es que prácticamente las unidades finales de muestreo quedan con pesos muestrales o ponderadores muy similares. Este último aspecto es muy importante para el análisis final y calibrado de la información al considerar las unidades de muestreo para las que no hay respuesta.

## Cobertura de la encuesta

Tal como se ha señalado, la encuesta para cada grupo profesional se articuló teniendo en cuenta la información disponible que permitió construir el marco muestral. Como sucede en muchas de las encuestas, el marco siempre tiene imperfecciones producto de la des-actualización aún considerando que está construido en base a registros administrativos. Por lo tanto es esperable encontrar unidades que no son elegibles ya que al hacer efectivamente la tarea de campo se verifica que hay profesionales que ya no se desempeñan en esos servicios así como sucede que aparecen otras unidades que no estaban consideradas (nuevos profesionales). Esta primera cuestión permite construir un indicador que servirá para medir la cobertura y que podemos llamar **vigencia**.

- 1: original
- 2: nuevo

Por otro lado se puede considerar otro indicador llamado **estado** que permite establecer la situación para esa unidad de muestreo:

- 1: unidad relevada,
- 2: unidad no relevada,
- 3: unidad no relevable.

La cantidad de encuestas realizadas al término del trabajo de campo fue de un total de 233.

Tabla 4: Tasa de cobertura por profesión

	Vigencia								
	1			2					
	Estado			Estado			Total	Relevados	Tasa Cobertura
Profesión	1	2	3	1	2	3	-	-	-
Asistente Social	23	3	5	1	-	0	27	26	96,30%
Aux. de Enf.	57	13	10	-	-	0	70	57	81,43%
Ginecólogo	28	3	2	4	4	0	35	35	100,00%
Médico de Familia Atención Primaria	56	26	10	6	-	0	88	64	72,73%
Nurse	18	5	1	3		0	26	24	92,31%
Partera	14	3	1	-	1	0	17	15	88,24%
Psicólogo	9	1	-	2	-	0	12	12	100,00%
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>54</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>275</b>	<b>233</b>	<b>84,73%</b>

Considerando ambos indicadores en el caso de los auxiliares de enfermería, la situación es la siguiente:

- no existieron unidades que no habiendo sido tenidas en cuenta (imperfección del marco) hayan aparecido luego, lo que hubiese afectado el cálculo del ponderador, que depende de la probabilidad de inclusión desconocida en ese caso;
- hubo unidades muestreadas que luego no fueron relevadas (lo que supone un tipo de no respuesta); y
- existen unidades que no eran relevantes (por imperfecciones del marco).

Teniendo en cuenta ambos tipos de problemas, para el caso de la encuesta correspondiente a las profesiones a ser censadas, se puede establecer cuál es la tasa de cobertura.

Con respecto a las auxiliares de enfermería que fueron muestreadas, teniendo en cuenta el diseño usado (lo que permitía disponer información sobre sexo y edad para este grupo y no así para el resto de las profesiones consideradas) se analizó cómo fue la distribución de las pérdidas (los casos no elegibles) lo cual permitió concluir que no era necesario hacer un proceso de calibrado posterior alterando los pesos o ponderadores.

Por lo tanto resta tener en cuenta para el análisis de la información que para algunas profesiones se tiene una tasa de subcobertura no despreciable, como en el caso de médicos de familia/primer nivel de atención. Para el caso de auxiliares de enfermería, tal como se señaló, hay una subcobertura que solo afecta en términos de mayor error o dispersión de los resultados.

## Alcance y limitaciones del trabajo de campo

La realización del relevamiento presentó una serie de inconvenientes que imposibilitaron cumplir con el total de entrevistas previstas inicialmente. Si bien el rechazo explícito a contestar la encuesta fue prácticamente nulo (solo tres profesionales se negaron a contestar) en la práctica fue imposible realizar la entrevista en 73 casos más. Los motivos por los cuales no fue posible entrevistarlos se relacionan con los siguientes aspectos:

- a) centros de salud:** la cobertura obtenida en los diferentes centros de salud fue sensiblemente dispar. Los inconvenientes encontrados para la totalidad de los centros se relacionan con que la calidad de la información disponible en cuanto a horarios y lugar físico en que ejercen los profesionales en muchos casos era incorrecta o estaba desactualizada. La dispersión física en términos de mayor o menor cantidad de policlínicas dependientes de cada centro, en principio se visualizaba como un posible inconveniente. En la práctica el nivel de cobertura logrado en el centro de salud Cerro (el que cuenta con mayor cantidad de profesionales dispersos físicamente) relativiza el peso de esta variable, en tanto la cobertura obtenida fue similar a la de centros sin policlínicas dependientes, como por ejemplo centro de salud Ciudad Vieja o centro de salud Maroñas.

Un análisis empírico del relevamiento muestra que, en los centros de salud donde se logró un mayor nivel de involucramiento en el proyecto por parte de la dirección, se lograron mejores niveles de cobertura por centro.

A su vez, el contexto social en el que está inmerso el centro de salud oficia como limitante para el éxito del relevamiento; zonas geográficas con mayor nivel de inseguridad limitaron las posibilidades de acceso a algunas policlínicas.

El análisis de la información por centro muestra que el centro de salud Misurraco y el de Piedras Blancas presentan niveles de cobertura sensiblemente inferiores al resto.

**Tabla 5: Tasa de cobertura distribuida según centro de salud.**

Centro	Realizado	No realizado	Total general
Cerro	87,04%	12,96%	100,00%
Ciudad Vieja (Maciel)	92,31%	7,69%	100,00%
Craps	90,00%	10,00%	100,00%
Cruz	94,12%	5,88%	100,00%
Giordano	93,33%	6,67%	100,00%
Hipódromo	88,89%	11,11%	100,00%
Maroñas	83,33%	16,67%	100,00%
Misurraco	62,50%	37,50%	100,00%
Monterrey	81,82%	18,18%	100,00%
P Blancas	69,70%	30,30%	100,00%
Sayago	92,00%	8,00%	100,00%
Unión	100,00%	-	100,00%
<b>Total general</b>	<b>84,73%</b>	<b>15,27%</b>	<b>100,00%</b>

- b) Profesionales:** la ausencia del profesional en el lugar de trabajo fue el principal inconveniente encontrado en todas las profesiones: cambios de horario, ausencias, licencias especiales –congresos, etc.- paros sindicales, reuniones y coordinaciones fuera del consultorio o lugar de trabajo y asistencia parcial en términos de horario, implicaron reiteradas visitas infructuosas a un conjunto importante de profesionales finalmente encuestados o no. Con reiteración durante el proceso de relevamiento, los profesionales no se encontraban en su lugar de trabajo, incluso en casos donde la entrevista había sido acordada previamente. En cuanto a los médicos de familia, la baja cobertura se explica en gran medida por el inconveniente que significó la visita reiterada a policlínicas geográficamente alejadas, sin resultados favorables.

RESULTADOS





## I. Descripción de la población estudiada

### Perfil sociodemográfico

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que el conjunto de profesionales a estudio está compuesto básicamente por mujeres -84%- , siendo éstas mayoría en todas las profesiones estudiadas. En tal sentido, si bien los médicos constituyen el grupo con mayor presencia de hombres, éstos apenas alcanzan la cuarta parte del total de médicos -25% en medicina familiar y comunitaria y 29% en ginecología-.

Tabla 6: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según sexo.

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Femenino	88%	92%	96%	75%	100%	92%	71%	84%
Masculino	12%	8%	4%	25%	-	8%	29%	16%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La edad media de los consultados es de 45 años y relativamente similar en todas las profesiones investigadas. En términos de cohortes, pueden establecerse tres categorías que a nivel global obtienen peso similar -menores de 40 años, 40 a 49 años y 50 y más años- pero atendibles diferencias por profesión. Psicólogos, nurses y auxiliares de enfermería son las profesiones con mayor cantidad de menores de 40 años, mientras que asistentes sociales, médicos de familia y parteras aquellas con mayor cantidad de personas del tramo más añoso. En el caso particular de las parteras, la cohorte intermedia es casi inexistente.

Tabla 7: Porcentaje de profesionales tipo de profesión según edad.

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Hasta 39	46%	46%	12%	28%	40%	50%	29%	34%
40 a 49	32%	29%	42%	27%	7%	25%	40%	30%
50 y más	23%	25%	46%	45%	53%	25%	31%	35%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>MEDIA</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>45</b>

En cuanto a la **conyugalidad**, dos tercios de la población estudiada convive con su pareja; entre médicos de familia, nurses y psicólogos esta modalidad es especialmente frecuente. La autoidentificación como "casado" es sensiblemente superior entre médicos de cualquier especialidad. Las tres cuartas partes de los consultados tienen hijos; nurses y parteras en mayor medida, auxiliares de enfermería en menor. La cantidad de hijos promedio es de 1.55 hijos por individuo.

Tabla 8: Porcentaje de profesionales por profesión según situación conyugal y tenencia de hijos.

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Soltero	25%	4%	19%	8%	13%	8%	17%	15%
Casado	30%	54%	46%	61%	40%	50%	63%	49%
Pareja estable con convivencia - unión libre	21%	25%	8%	20%	20%	25%	6%	18%
Divorciado	21%	13%	23%	9%	27%	17%	11%	16%
Viudo	2%	4%	4%	2%	-	-	3%	2%
Sin dato - no contesta	2%	-	-	-	-	-	-	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Tiene hijos	32%	17%	19%	22%	20%	25%	29%	24%
No tiene hijos	68%	83%	77%	78%	80%	75%	71%	75%
No contesta	-	-	4%	-	-	-	-	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Ejercicio profesional

Más del 90% de los participantes del estudio son funcionarios de la RAP; quienes tienen un cargo docente en el servicio –sean o no funcionarios– son exclusivamente médicos y constituyen el 9% del total de entrevistados.

La media de años de ejercicio profesional de la población estudiada es de 17 años, mientras que quienes tienen diez o menos años de experiencia representan aproximadamente un tercio de los consultados. Los licenciados en enfermería y, en menor medida, los en psicología son los grupos de profesionales con mayor proporción de integrantes que comenzaron a ejercer la profesión en los últimos diez años. Las parteras en su gran mayoría –87%– tienen al menos 11 años de experiencia profesional.

Tabla 9: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según actividad en la RAP.

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Funcionario	100%	92%	88.5%	75%	100%	75%	80%	87%
Docente	-	-	-	6%	-	-	14%	4%
Docente y funcionario	-	-	-	16%	-	-	6%	5%
Contratada	-	8%	12%	3%	-	25%	-	4%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 10: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según años de ejercicio profesional.

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Hasta 10 años	40%	67%	35%	33%	13%	42%	26%	36%
Once y más años	60%	33%	65%	67%	87%	58%	74%	64%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Media de años de ejercicio de la profesión	15	12	17	21	20	12	17	17
Media de años de ejercicio en la RAP	13	5	10	12	9	7	16	11

Solo un tercio de los profesionales tiene como única fuente laboral la RAP, con importantes diferencias en función de la profesión: el 61% de las auxiliares de enfermería trabaja solamente en el servicio; menos de la décima parte de los ginecólogos y psicólogos tienen dedicación exclusiva. Sin embargo para siete de cada diez consultados representa el principal empleo en cantidad de horas trabajadas. Constituye el empleo con mayor carga horaria para todas las profesiones estudiadas a excepción de los ginecólogos, donde la relación es inversa: apenas el 31% de ellos dedica la mayoría de sus horas de trabajo a la RAP.

El análisis de la estructura de empleo de las distintas profesiones muestra importantes diferencias en la combinación de tipo de instituciones en las que trabaja. Es así que, para médicos de familia el empleo que les demanda mayor cantidad de horas es la RAP -91%- y combinan con ejercicio profesional mayoritariamente en un centro privado -dos tercios de quienes tienen más de un empleo- y, en menor medida un centro público. Entre psicólogos y auxiliares de enfermería, algo más de ocho de cada diez profesionales considera la RAP su principal trabajo; entre los primeros se destaca la

ausencia de trabajo en centros privados y el peso de la consulta particular -53%- . Los auxiliares de enfermería presentan la menor proporción de multiempleo; cuando lo tienen es mayoritariamente privado. Entre asistentes sociales y parteras proporciones cercanas al 60% mencionan la RAP como principal; mientras los primeros ejercen además tanto en el ámbito privado como público, la mitad de las parteras lo hace en un centro privado y una de cada cinco en una consulta particular.

Por último, el comportamiento de los ginecólogos en relación con el empleo es sensiblemente diferente al del resto de las profesiones: es mínima la dedicación exclusiva a la RAP -11%- , apenas el 31% lo considera su principal trabajo y es la especialidad con mayor multiempleo -el 74% trabaja además en un privado y el 60% en otra institución pública-.

**Tabla 11: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según principal ámbito de ejercicio de la profesión**

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
<b>RAP</b>	23%	17%	42%	64%	40%	75%	20%	39%
<b>RAP (solo trabaja allí)</b>	61%	33%	27%	27%	20%	8%	11%	32%
<b>Otro servicio público</b>	4%	17%	-	2%	-	8%	31%	8%
<b>Centro privado</b>	2%	17%	8%	2%	7%	-	23%	7%
<b>Otro</b>	-	-	-	2%	7%	-	3%	1%
<b>Es pareja la cantidad de horas</b>	11%	17%	23%	3%	27%	8%	9%	11%
<b>Sin dato</b>	-	-	-	2%	-	-	3%	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabla 12: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según principal ámbitos de ejercicio de la profesión \***

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
<b>Privado</b>	23%	29%	35%	53%	53%	0%	74%	42%
<b>Público</b>	12%	25%	38%	27%	20%	33%	60%	29%
<b>Consulta particular</b>	2%	4%	4%	3%	20%	58%	11%	8%
<b>Otro</b>	4%	13%	12%	8%	0%	17%	0%	6%
<b>Solo en RAP</b>	61%	33%	27%	27%	20%	8%	9%	32%
<b>Sin dato</b>	-	-	-	-	-	-	3%	-

\* Respuestas múltiples

La docencia directa en institutos de formación terciaria básicamente está asociada a la profesión médica, aunque no de forma exclusiva. Es así que proporciones superiores al 50% de los médicos manifiesta ejercerla, siendo el 55% de los médicos de familia que la realizan principalmente a través de las UDAs, iniciadas en 2010 y 60% de los ginecólogos a través de cargos en Facultad de Medicina (UdelaR) o en el Hospital Pereyra Rossell.

Por otra parte, proporciones de entrevistados entre el 19% y el 29% de las demás profesiones manifiestan ejercer docencia, a excepción de las auxiliares de enfermería.

Tabla 13. Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según ejercicio de docencia directa.

	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
<b>Ejerce docencia directa</b>	2%	29%	19%	55%	27%	25%	60%	33%
<b>No ejerce docencia directa</b>	98%	71%	81%	45%	73%	75%	40%	67%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Creencias e ideologías

Dos tercios de la población estudiada manifiesta tener creencias religiosas de algún tipo. La profesión y, en menor medida la edad, muestran diferencias en la postura. Los psicólogos y los médicos -con independencia de la especialidad- son los menos creyentes: solo la mitad de los psicólogos y tres quintos de los médicos. En contraposición, las asistentes sociales adhieren a alguna creencia en el 88% de los casos, las licenciadas en enfermería en el 79% y las auxiliares de enfermería en el 72%. En términos de edad, los menores de 39 años creen menos y entre quienes tienen 40 a 49 años creen en mayor medida en la existencia de un ser superior.

La religión católica es profesada por dos tercios de los creyentes, especialmente entre psicólogos y médicos. En el tramo etario 40 a 49 años es mayor la incidencia de otras religiones o creencias.

En relación con la práctica religiosa, la información disponible muestra un comportamiento relativamente ajeno a la participación en servicios religiosos: la mitad de quienes se manifiestan creyentes no concurre nunca o casi nunca a ellos y apenas una cuarta parte lo hace con cierta regularidad -13% una vez por semana o más y 10% una vez al mes-. El análisis según profesión muestra una mayor asistencia entre médicos de familia y auxiliares de enfermería, mientras que, el extremo opuesto los psicólogos no lo hacen nunca.

Tabla 14: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión y edad según creencias religiosas.

	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia/ atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Si cree	63%	72%	68%	72%	79%	88%	58%	67%	50%	60%	67%
No cree	36%	28%	29%	26%	21%	8%	42%	33%	50%	37%	31%
No contesta	1%	-	2%	2%	-	4%	-	-	-	3%	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 15: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según tipo de creencia religiosa

	Femenino	Masculino	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia/ atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Católica	65%	70%	70%	57%	70%	56%	47%	57%	84%	60%	83%	76%	66%
Protestante-evangélica	7%	13%	10%	8%	5%	17%	11%	-	3%	20%	-	-	8%
Hebrea/judía	1%	13%	4%	2%	2%	-	-	4%	3%	-	-	10%	3%
Umbanda o cualquier otro culto afrobrasileño	2%	-	2%	4%	-	2%	-	9%	-	-	-	-	2%
Otra	12%	4%	4%	16%	13%	10%	21%	13%	8%	20%	-	5%	11%
Dios, Fe, ser superior	13%	-	10%	14%	11%	15%	21%	17%	3%	-	17%	10%	11%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 16: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según frecuencia de asistencia a servicios religiosos.

	Fem.	Masc.	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia/ atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Una vez por semana o más	13%	13%	12%	18%	4%	17%	22%	4%	14%	20%	-	10%	13%
Una vez al mes	11%	-	8%	10%	11%	17%	-	13%	8%	10%	-	5%	10%
Otros días festivos	5%	13%	6%	6%	7%	2%	5%	13%	8%	10%	-	5%	6%
Una vez al año	13%	13%	18%	4%	16%	12%	11%	-	24%	10%	-	14%	13%
Con menos frecuencia	7%	13%	12%	6%	7%	12%	11%	4%	14%	-	-	-	8%
Nunca o casi nunca	50%	48%	44%	57%	48%	39%	53%	65%	32%	50%	100%	67%	50%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Por último, indagados los creyentes acerca de la incidencia de sus creencias religiosas en la práctica de su profesión, una proporción atendible –del orden del 38%– menciona que este hecho no influye en nada. Ginecólogos, parteras y asistentes sociales, así como quienes tienen 50 años o más, son quienes en mayor medida adhieren a esta postura; en la posición contraria se destacan los médicos de familia y los hombres.

Tabla 17: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según influencia de la creencia religiosa en la práctica profesional.

	Fem.	Masc.	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia/ atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Mucho	19%	30%	18%	24%	20%	17%	26%	13%	30%	10%	-	24%	20%
Bastante	19%	4%	18%	18%	14%	22%	21%	9%	24%	10%	-	5%	17%
Algo	25%	26%	24%	29%	21%	27%	16%	30%	24%	20%	50%	19%	25%
Nada	37%	39%	40%	27%	45%	34%	37%	48%	22%	60%	33%	52%	38%
Sin dato	1%	-	-	2%	-	-	-	-	-	-	17%	-	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

En relación con la autoidentificación política, la amplia mayoría se posiciona en la izquierda (valores 1 a 4 en una escala de 10) o centro (valores 5 y 6). Es así que más de la mitad se considera de izquierda, llegando a la totalidad entre los psicólogos y a valores cercanos al 70% entre asistentes sociales y parteras. Las posiciones de centro aumentan entre nurses y médicos mientras que las auxiliares de enfermería son quienes tienen en mayor medida posiciones cercanas a la derecha.

Tabla 18: Porcentaje de profesionales por sexo, edad y profesión según afiliación ideológica.

	Fem.	Masc.	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia/ atención primaria	Partera	Psicólogo	Ginecólogo	TOTAL
Izquierda	10%	8%	6%	11%	12%	9%	17%	19%	3%	20%	17%	6%	10%
2	12%	11%	13%	8%	13%	5%	4%	19%	16%		25%	14%	12%
3	20%	22%	20%	23%	20%	12%	4%	19%	31%	33%	17%	23%	21%
4	16%	11%	18%	20%	10%	19%	25%	12%	6%	20%	42%	11%	15%
5	18%	16%	15%	20%	20%	19%	25%	8%	23%	7%	-	20%	18%
6	10%	14%	10%	14%	9%	9%	13%	12%	13%	7%	-	14%	11%
7	2%	5%	4%	1%	2%	4%	4%	-	3%	-	-	3%	3%
8	1%	-	3%	-	-	4%	-	-	-	-	-	-	1%
9	1%	-	-	-	1%	2%	-	-	-	-	-	-	0%
Derecha	2%	-	-	1%	2%	5%	-	-	-	-	-	-	1%
Apolítica	1%	-	1%	-	-	-	4%	-	-	-	-	-	0%
No contesta	7%	14%	11%	1%	11%	12%	4%	12%	5%	13%	-	9%	8%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## II. Valores y práctica profesional

A lo largo de la encuesta se exploró acerca de las percepciones y opiniones de los profesionales ante diversas situaciones de la vida cotidiana y profesional a los efectos de indagar sobre valores con los cuales se identifican. Asimismo, se exploró el grado de acuerdo o desacuerdo ante prácticas específicas y frente a las decisiones que toman las personas que concurren a los servicios de salud.

El formulario ofreció un menú de situaciones vinculadas a la vida cotidiana, prácticas sexuales, decisiones reproductivas, prácticas profesionales, relación profesional – usuaria/o, algunas de las cuales incluían juicios de valor mientras que otras remitían a percepciones sobre la realidad social. De ese modo se buscó conocer tanto apreciaciones, opiniones y valoraciones de los profesionales sobre distintos asuntos directa o indirectamente vinculados a su quehacer profesional.

### Valores a promover en la infancia y adolescencia

Para conocer cuales serían valores que los profesionales consideran como cualidades para promover en la niñez y la adolescencia, el cuestionario brindaba, treinta y ocho posibilidades de las cuales se debían escoger cinco. Algunas de las alternativas incluidas fueron: autodominio, bondad, compromiso, competitividad, decencia, docilidad, flexibilidad, generosidad, obediencia, perseverancia, prudencia, respeto, sacrificio, sinceridad, tolerancia, valentía.

La mayoría de las respuestas se concentran en promover la responsabilidad, la familia y la solidaridad.

54% entendió que la responsabilidad es especialmente importante de transmitir, siendo las mujeres quienes más la mencionaron así como los profesionales con menos de 10 años de ejercicio y una amplia mayoría de asistentes sociales (81%) y ginecólogos (63%).

La familia (45,5%) como valor es referido mayormente por varones, con diferencias por tipo de profesión, siendo nurses (62,5%) y auxiliares de enfermería (51%) quienes presentaron los mayores porcentajes de respuesta, sin registrarse diferencias por años de ejercicio de la profesión.

La solidaridad tuvo 38% de las respuestas sin que se identificaran diferencias por sexo, profesión ni años de ejercicio de los profesionales consultados.

Justicia, libertad e independencia tuvieron entre 18,5% y 12% del total de las respuestas, con diferencias entre las profesiones. Uno de cada tres psicólogos y asistentes sociales, señaló a la justicia como un valor a educar. No hubo diferencias significativas de acuerdo al sexo y años de ejercicio de la profesión.

Los valores menos referidos con menos de 3% fueron compasión, decencia, fidelidad, obediencia, prudencia, valentía, sacrificio y competitividad.

Tabla 19: Número de respuestas según valores que a nivel social se deberían promover en la infancia.

		Respuestas		% Total Respuestas
		Nº	%	
Cualidades que a nivel social se deberían promover en la infancia	Responsabilidad	126	11,1%	54,1%
	Familia	106	9,4%	45,5%
	Solidaridad	89	7,9%	38,2%
	Honestidad	88	7,8%	37,8%
	Respeto	87	7,7%	37,3%
	Tolerancia	72	6,4%	30,9%
	Compromiso	57	5,0%	24,5%
	Perseverancia	52	4,6%	22,3%
	Justicia	43	3,8%	18,5%
	Comprensión	39	3,4%	16,7%
	Libertad	37	3,3%	15,9%
	Fortaleza	31	2,7%	13,3%
	independencia	28	2,5%	12,0%
	Paciencia	24	2,1%	10,3%
	Ternura	22	1,9%	9,4%
	Generosidad	19	1,7%	8,2%
	Humildad	19	1,7%	8,2%
	Superación	18	1,6%	7,7%
	Flexibilidad	17	1,5%	7,3%
	Autodominio	15	1,3%	6,4%
	Optimismo	14	1,2%	6,0%
	Voluntad	14	1,2%	6,0%
	Gratitud	13	1,1%	5,6%
	Sensibilidad	13	1,1%	5,6%
	Sinceridad	13	1,1%	5,6%
	Bondad	11	1,0%	4,7%
	Servicio	10	,9%	4,3%
	Lealtad	8	,7%	3,4%
	Objetividad	8	,7%	3,4%
	Compasión	7	,6%	3,0%
Decencia	7	,6%	3,0%	
Fidelidad	6	,5%	2,6%	
Obediencia	5	,4%	2,1%	
Prudencia	4	,4%	1,7%	
Valentía	4	,4%	1,7%	
Sacrificio	3	,3%	1,3%	
Competitividad	2	,2%	,9%	
Todas	1	,1%	,4%	

Desde la óptica de la caracterización de la escala de valores resulta al menos interesante un análisis a la interna de cada grupo en la medida que puede contribuir a la explicación de los diferentes comportamientos.

Para las mujeres, los valores relevantes a transmitir son responsabilidad y familia, mientras que para los hombres lo son honestidad y familia. Según la edad de los profesionales, en menores de 39 años, predomina responsabilidad y respeto, mientras que para quienes tienen entre 40 y 49 años predomina responsabilidad y familia. Estos valores se alternan en los de 50 años y más.

Finalmente, la siguiente tabla ilustra la distribución de valores con mayor cantidad de menciones por tipo de profesión.

Tabla 20: Valores con mayor cantidad de menciones según tipo de profesión.

Aux. Enfermería	Nurse	As. Social	Médico Familia	Partera	Psicólogo	Ginecólogo
Familia	Familia	Responsabilidad	Honestidad	Respeto	Respeto	Responsabilidad
Responsabilidad	Responsabilidad	Solidaridad	Familia	Solidaridad	Responsabilidad	Honestidad
Respeto	Solidaridad		Responsabilidad	Responsabilidad		Solidaridad
Comprensión						
Tolerancia						

### Opiniones frente a situaciones y/o decisiones "críticas" de la vida íntima y social

Para cotejar posicionamientos en relación a valores cívicos se preguntó por su justificación de determinadas situaciones. Las opciones de respuestas fueron desde 1, nunca se justifica, a 10 se justifica siempre.

La "*posibilidad de evadir impuestos o de comprar algo robado*", son prácticas que no se justifican por la mayoría de los profesionales con porcentajes superiores al 70%.

Cuando las situaciones estuvieron vinculadas con relaciones interpersonales, vida íntima y/o decisiones vitales importantes, las respuestas fueron las siguientes:

"*Tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo*" lo justifica siempre el 47% de los profesionales, siendo ginecólogos y asistentes sociales quienes más lo justifican. Entre quienes no lo justifican nunca (16%) la mayoría fueron varones, auxiliares de enfermería y nurses.

En cuanto a "*mantener relaciones sexuales sin protección*", 62% de los profesionales nunca lo justifica, ascendiendo a 74% en aquellos que profesan alguna religión. Auxiliares de enfermería (86%), asistentes sociales (92%) y profesionales con más de 50 años (77%) fueron los que menos lo justi-

fican. Entre quienes justificaron esta práctica en algunas circunstancias (10%), fueron psicólogos y ginecólogos quienes mayoritariamente sostuvieron esta posición.

Sobre la *prostitución* no se evidenciaron reacciones mayoritariamente estigmatizantes: uno de cada tres profesionales la justifica en algunas circunstancias, uno de cada cinco nunca lo justifica y uno de cada diez lo justifica siempre, no registrándose diferencias significativas por sexo ni profesión.

El *aborto voluntario* nunca es justificado en 12.5% del total de las respuestas, siendo los varones y las auxiliares de enfermería quienes menos lo justifican. Mientras que parteras, asistentes sociales y psicólogos, son quienes más lo justifican. Las mujeres son la mayoría entre quienes lo justifica siempre. Entre quienes profesan una religión, 15% no lo justifica nunca y 42,5% de quienes no profesan religión alguna lo justifica siempre.

El *divorcio* no presenta particularidades en las respuestas habiendo una amplia aceptación de la práctica, lo cual se condice con su incidencia en la realidad de la conyugalidad en el país.

En cuanto a la *eutanasia* las opiniones están divididas. Entre quienes la justifican siempre (21.5%), los más jóvenes, asistentes sociales, parteras y aquellos que no tienen religión fueron los que presentaron respuestas por encima de la media. Entre aquellos nunca lo justifican (18%), la mayoría son varones, auxiliares de enfermería, nurses y quienes profesan alguna religión.

Ante la práctica del *suicidio*, más de la mitad no lo justifica nunca (56%), registrándose en los varones (62%), auxiliares de enfermería (67%) y nurses (71%) y entre quienes profesan alguna religión (61%), las posiciones de menor justificación. No se presentaron diferencias de acuerdo a la edad del entrevistado/a.

Hubo consenso en el rechazo (97%) ante la situación de que un *"hombre le pegue a una mujer"* sin registrarse diferencia en ninguno de los segmentos.

La *"violencia física hacia los niños por parte de los padres"* presenta porcentajes menores de no justificación (79%), si se lo compara con el rechazo hacia la violencia contra las mujeres, aspecto éste que merecería otros estudios que permitan comprender mejor las diferencias observadas.

Ante la situación de que *"una madre o un padre abandonen a su hijo"*, los porcentajes de rechazo fueron similares para ambos casos (68%). Los varones con más edad, auxiliares de enfermería y quienes profesan alguna religión, fueron quienes presentaron porcentajes más elevados de no justificación bajo ninguna circunstancia. Mientras que uno de cada tres psicólogos nunca lo justificarían.

Comparando la media obtenida en todas las respuestas se puede observar que las prácticas con mayor justificación son: divorcio (8,68), tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo (7,14), aborto voluntario (6,67) y eutanasia (5,81) presentándose alguna diferencia por sexo en relación al aborto donde los varones lo justifican menos así como se registra una mayor aceptación en quienes no profesan ninguna religión o creencia.

En cuanto a las prácticas que menos se justifican, el que un hombre le pegue a una mujer, que la madre o el padre le peguen a sus hijos o que los abandonen así como comprar algo robado, son las que tienen el mayor número de respuestas registradas. No hay diferencias significativas por edad, pero sí hay diferencias por sexo, los hombres son los que menos aceptan el abandono de los hijos; y por profesión, siendo auxiliares de enfermería quienes menos justifican cualquiera de estas prácticas.

La siguiente tabla presenta los resultados generales obtenidos.

Tabla 21: Medias obtenidas en justificación de prácticas por tipo de profesión.

PROFESIÓN		Reclamar beneficios del estado a los que sabe no tiene derecho	Evitar el pago de pasaje en un transporte público	Evadir el pago de impuestos	Tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo	Tener relaciones sexuales sin protección	Prostitución	Aborto voluntario	Divorcio	Eutanasia	Suicidio	Que un hombre le pegue a una mujer	Que una madre abandone a sus hijos	Que un padre abandone a sus hijos	Que una madre le pegue a sus hijos	Que un padre le pegue a sus hijos	Comprar algo que Ud. sabe que es robado
Auxiliar de enfermería	Media	1,89	1,73	1,46	5,17	1,58	3,73	5,47	8,21	4,86	2,13	1,23	1,42	1,70	1,58	1,70	1,26
Nurse	Media	2,29	2,04	2,71	6,50	2,71	4,39	6,21	8,63	5,35	2,63	1,00	1,63	1,54	1,83	1,83	1,50
Asistente social	Media	2,28	2,08	1,46	8,00	1,12	6,38	7,85	9,08	7,19	2,36	1,00	2,40	2,46	1,24	1,24	1,52
Médico de familia/ atención primaria	Media	1,92	1,95	1,53	8,07	2,25	5,10	6,74	8,73	5,54	3,19	1,02	2,13	2,06	1,45	1,45	1,25
Partera	Media	3,80	2,00	1,73	7,57	1,92	5,57	8,80	9,40	8,60	2,86	1,00	3,20	2,87	1,20	1,13	1,53
Psicólogo	Media	2,91	2,83	2,50	7,73	3,82	4,18	8,82	9,45	5,83	3,45	1,25	2,64	2,64	1,50	1,42	1,83
Ginecólogo	Media	1,45	1,94	1,68	8,12	2,74	5,03	6,24	8,50	5,91	2,57	1,03	1,71	1,62	1,35	1,35	1,35
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>2,10</b>	<b>1,97</b>	<b>1,71</b>	<b>7,14</b>	<b>2,13</b>	<b>4,81</b>	<b>6,67</b>	<b>8,68</b>	<b>5,81</b>	<b>2,68</b>	<b>1,08</b>	<b>1,96</b>	<b>1,98</b>	<b>1,47</b>	<b>1,49</b>	<b>1,37</b>

RESULTADOS

### Rasgos de un buen profesional

En cuanto a los criterios para ser “un buen profesional”, la pregunta fue abierta solicitándoles que indicaran los tres rasgos más significativos.

Responsabilidad/seriedad es la respuesta más referida con 38%, siendo las mujeres y las nurses quienes más se inclinaron por este rasgo.

Calidad técnica y formación, concentró 36,5% de las respuestas siendo los varones y ginecólogos quienes más lo mencionaron, registrándose un incremento en relación a la media, de acuerdo a los años de ejercicio profesional.

Uno de cada diez profesionales hizo referencia a la ética como característica de un buen profesional, con una diferencia notoria en psicólogos con 33%.

### Tensiones en las prácticas profesionales

Para explorar las opiniones acerca de las mejores prácticas con relación al ejercicio de la profesión, se presentaron en el formulario una serie de posibilidades ante las cuales se podía estar totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5).

*“Mostrarle al paciente todas las posibilidades, incluso aquella con las que no estoy de acuerdo”*, obtuvo 84,5% de las respuestas, siendo las mujeres, los más jóvenes, asistentes sociales, parteras y ginecólogos quienes más de acuerdo estuvieron con esta opción.

Ante la afirmación *“es mi responsabilidad no aceptar la decisión de mis pacientes cuando no estoy de acuerdo”*, 60% estuvo en desacuerdo mientras que 15.5% acordó con ella. Mujeres, parteras y asistentes sociales fueron las que en su mayoría estuvieron totalmente en desacuerdo con tal afirmación.

La amplia mayoría de los profesionales (86%) estuvo totalmente de acuerdo en que *“es importante transmitir valores a través del ejercicio profesional”* sin diferencias por sexo y con bastante homogeneidad entre las profesiones. En el caso de los psicólogos, la mitad registró estar de acuerdo.

42% manifestó total acuerdo que *“en el ejercicio de mi profesión hay decisiones que tienen tantas implicancias éticas que no puedo ceñirme únicamente a los criterios establecidos en las normativas sanitarias”*. Fue significativamente alto el resultado en médicos de familia quienes en una amplia mayoría acuerdan con la afirmación (92%). Solo 11% estuvo en desacuerdo, siendo parteras y psicólogos quienes mayoritariamente afiliaron a esta postura.

Hubo unanimidad respecto a *“no tomar decisiones profesionales importantes sin antes valorar sus consecuencias para el paciente”*. Probablemente estos altos porcentajes estén vinculados al mandato que dicta el principio bioético de no maleficencia en las intervenciones profesionales.

Una amplia mayoría (88%) señaló que el buen ejercicio profesional *“no se limita al desarrollo de las habilidades técnicas”*. Asimismo, siete de cada diez profesionales valoró que se actúa como buen profesional *“solo si soy sensible a las necesidades de los pacientes”*. Sin embargo, 22% de los profesionales dijo estar totalmente en desacuerdo con la afirmación, en proporciones similares por edad, sexo y tipo de profesión.

A seis de cada diez profesionales les preocupa *“que pueda llegar a ejercer la profesión de un modo rutinario”*, mientras que a casi dos de cada diez este aspecto no le inquieta. Entre estos últimos,

aquellos con más de 11 años de ejercicio profesional, ginecólogos, parteras y auxiliares de enfermería fueron quienes se expresaron, en este sentido, en mayor proporción.

*“La situación social de un paciente no debería influir en una decisión técnica”* dividió las respuestas entre 47% que estuvo totalmente en desacuerdo y 31% totalmente de acuerdo. Asistentes sociales fueron quienes se expidieron en mayor proporción en estar totalmente en desacuerdo (73%) mientras que las parteras estuvieron en la opción contraria (53%).

Una amplia mayoría de las opiniones (91%) coincidieron en acordar que *“para prevenir errores en mi ejercicio profesional es muy importante trabajar con profesionales de otras disciplinas”*.

Finalmente, acerca de si *“un buen profesional debe aconsejar a sus pacientes”*, poco más de la mitad estuvo totalmente 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.

### Convicciones religiosas y práctica profesional

Se buscó indagar acerca de la influencia de las convicciones religiosas o morales en el cumplimiento de tareas definidas por el servicio de salud, independientemente si el servicio garantiza o no dicha prestación, a través de una pregunta que ofrecía tres opciones: tener la posibilidad de objetar conciencia y no cumplir con la tarea; renunciar al cargo por no estar de acuerdo con la decisión institucional o realizar la tarea independientemente de las convicciones.

Más de la mitad de los profesionales respondieron que deberían poder objetar conciencia siendo predominante en los varones. Ginecólogos, médicos de familia y psicólogos fueron las profesiones que mayoritariamente optaron por esta respuesta. En el rango entre 40 y 49 años de edad y con hasta 10 años de ejercicio de la profesión, también se registraron respuestas por encima de la media.

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%.

Tabla 22: Influencia de las convicciones religiosas/morales de los profesionales.

		SEXO		EDAD			PROFESIÓN						AÑOS DE EJERCICIO RECODIFICADA		Total	
		Femenino	Masculino	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Auxiliar de enfermería	Nurse	Asistente social	Médico de familia / atención primaria	Patera	Psicólogo	Ginecólogo	Hasta 10 años		Once y más años
Si un profesional por sus convicciones religiosas/éticas no está de acuerdo con cumplir una tarea definida por el servicio de salud, Ud. piensa que..	Debería tener la posibilidad de objetar conciencia y no cumplir con la tarea	49,0%	62,2%	47,5%	59,2%	47,6%	24,6%	41,7%	42,3%	65,6%	46,7%	58,3%	80,0%	54,1%	49,3%	51,1%
	Si no está de acuerdo con la decisión institucional debería renunciar a su cargo	9,2%	5,4%	10,0%	9,9%	6,1%	7,0%	20,8%	15,4%	4,7%	6,7%	8,3%	5,7%	8,2%	8,8%	8,6%
	Debería realizar la tarea independientemente de sus convicciones	40,3%	32,4%	41,3%	29,6%	45,1%	64,9%	37,5%	42,3%	28,1%	46,7%	33,3%	14,3%	36,5%	40,5%	39,1%
	Otras	1,0%	-	1,3%	1,4%	-	3,5%	-	-	-	-	-	-	1,2%	,7%	,9%
	No sabe/sin dato	,5%	-	-	-	1,2%	-	-	-	1,6%	-	-	-	-	,7%	,4%
<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Por último, se indagó sobre la opinión respecto a si *"el consejo médico influye directamente en las decisiones o conductas de sus pacientes"*, la casi totalidad acuerda con la afirmación. Cuatro de cada diez médicos (ginecólogos y médicos de familia) así como los varones fueron quienes manifestaron estar muy de acuerdo con esta afirmación.

### III. Representaciones sociales de género y su relación con la reproducción biológica y social

Un conjunto de preguntas distribuidas a lo largo del formulario tuvieron como objetivo conocer las representaciones sociales de género que tienen los profesionales de la salud.

Se ofreció un menú de tarjetas con afirmaciones para conocer el grado de conformidad de los profesionales respecto a cada una de ellas, en una escala de 1 a 4, siendo 1 muy de acuerdo, 2 algo de acuerdo, 3 algo en desacuerdo y 4 muy en desacuerdo.

¿Puede usted decirme qué tanto está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones?	MA	AA	AD	MD	NS
1. Ser ama de casa es tan satisfactorio como el trabajo remunerado	1	2	3	4	9
2. En general, los hombres son mejores líderes políticos que las mujeres	1	2	3	4	9
3. Una madre que trabaja puede establecer una relación tan cálida y segura con sus niños como una que no trabaja	1	2	3	4	9
4. Si una mujer gana más dinero que su esposo, es casi seguro la situación causará conflicto en la pareja	1	2	3	4	9
5. En la pareja, es más razonable que sea el hombre quien se realice profesionalmente	1	2	3	4	9
6. Los hombres con NSE bajo tienen menor hábito de trabajo	1	2	3	4	9
7. Las mujeres con NSE bajo tienen menor hábito de trabajo	1	2	3	4	9
8. Las mujeres necesitan tener siempre un hombre al lado	1	2	3	4	9
9. Las mujeres de clases sociales más altas son más independientes y están más preparadas para tomar sus propias decisiones	1	2	3	4	9
10. Las mujeres con NSE bajo están más expuestas a violencia doméstica por parte de sus parejas	1	2	3	4	9
11. Los hombres universitarios son mejores padres	1	2	3	4	9

Respecto a la afirmación *"ser ama de casa es tan satisfactorio como el trabajo remunerado"*, las respuestas se distribuyeron de manera homogénea: 22%, muy de acuerdo; 33%, algo de acuerdo; 21%, algo en desacuerdo; 20%, muy en desacuerdo. Si se agrupan las opciones 1 y 2, el porcentaje se ubica en 56%, mientras que para las opciones 3 y 4, es de 40%, lo cual indica una tendencia favorable a acordar con la afirmación. Las mujeres son quienes más disienten con esa afirmación. Según el tipo de profesión, auxiliares de enfermería y nurses son quienes expresan mayor conformidad.

La mayoría discrepó con *"en general, los hombres son mejores líderes políticos que las mujeres"*, no existiendo diferencias significativas por edad o tipo de profesión. Si las hubo en la distribución por sexo, siendo los hombres más proclives a estar de acuerdo (22%) que las mujeres (8%).

Similar resultado se pudo constatar frente a considerar que *“una madre que trabaja puede establecer una relación tan cálida y segura con sus niños como una que no trabaja”*, con 90% de acuerdo, prevaleciendo las mujeres.

Las opiniones tienden a dividirse frente a *“si una mujer gana más dinero que su esposo, es casi seguro la situación causará conflicto en la pareja”*, mientras cuatro de cada diez discrepa con la afirmación, cinco de cada diez acuerda con ella. Las mujeres son quienes más acuerdan.

Se observó un amplio desacuerdo con la sentencia *“en la pareja es más razonable que sea el hombre quien se realice profesionalmente”*, con 81,5% del total de respuestas, no existiendo diferencias significativas por sexo y edad.

Casi la totalidad de los profesionales (90%) desacuerda con la afirmación *“las mujeres necesitan tener siempre un hombre al lado”*.

Las opiniones se dividen frente a *“los hombres con nivel socioeconómico bajo tienen menor hábito de trabajo”* y *“las mujeres con nivel socioeconómico bajo tienen menor hábito de trabajo”*, con porcentajes similares en ambas afirmaciones, sin que se registren diferencias significativas en las opiniones para uno y otro caso, tal como lo ilustra la siguiente tabla.

Tabla 23: Porcentaje de profesionales según opinión sobre la relación entre nivel socioeconómico bajo y hábito de trabajo en hombres y mujeres

	MA (%)	AA (%)	AD (%)	MD (%)
Los hombres con NSE bajo tienen menor hábito de trabajo	11,6	24,5	14,6	46,8
Las mujeres con NSE bajo tienen menor hábito de trabajo	11,2	27,5	15,9	43,3

Las diferencias se observan cuando se analizan los datos en función del tipo de profesión. Las nurses manifiestan un mayor desacuerdo con la idea que los hombres con NSE bajo tienen menor hábito de trabajo (54%), pero ese porcentaje desciende al considerar la situación de las mujeres (42%). Ginecólogos, por su parte, tienen una visión más proclive a acordar con la afirmación respecto a las mujeres (49%) en comparación con igual aseveración sobre los hombres (34%).

Las opiniones volvieron a dividirse frente a *“las mujeres de clases sociales más altas son más independientes y están más preparadas para tomar sus propias decisiones”*, con 45%, en acuerdo y 55%, en desacuerdo. No se observaron diferencias significativas según edad, sexo o tipo de profesión. Similares resultados se obtuvieron respecto a *“las mujeres con nivel socioeconómico bajo están más expuestas a la violencia doméstica por parte de sus parejas”*: casi seis de cada diez de acuerdo frente a cuatro de cada diez en desacuerdo.

Finalmente, la amplia mayoría de los profesionales, independientemente de su sexo, edad o profesión, no considera que *“los hombres universitarios son mejores padres”*.

## Representaciones sociales sobre reproducción biológica

Otro conjunto de preguntas buscaron explorar las representaciones sociales sobre reproducción biológica. Para ello se ofreció un menú de tarjetas con afirmaciones para conocer el grado de conformidad de los profesionales respecto a cada una de ellas, con una escala de 1 a 4, siendo 1 muy de acuerdo, 2 algo de acuerdo, 3 algo en desacuerdo y 4 muy en desacuerdo.

¿Puede usted decirme qué tanto está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones	MA	AA	AD	MD	NS
1. Una pareja debe tener por lo menos un hijo	1	2	3	4	9
2. Una mujer debe tener por lo menos un hijo/a para sentirse realizada	1	2	3	4	9
3. Un hombre debe tener por lo menos un hijo/a para sentirse realizado	1	2	3	4	9
4. Una mujer puede sentirse feliz sin tener hijos	1	2	3	4	9
5. Un hombre puede sentirse feliz sin tener hijos	1	2	3	4	9
6. Yo no creo que nadie pueda sentirse verdaderamente feliz sin ser madre o padre	1	2	3	4	9

Las opiniones tienden a no mostrar diferencias en la distribución por sexo. Una amplia mayoría desacuerda con que una mujer deba tener por lo menos un hijo para ser feliz (78%) y el porcentaje es similar respecto a la misma afirmación hacia los hombres (83%). Parecería que los profesionales consideran que la reproducción biológica no es condición para la felicidad de las personas. En sintonía con estos resultados, ante la afirmación *“una pareja debe tener por lo menos un hijo”*, el porcentaje de desacuerdo se ubica en 74%, siendo psicólogos, asistentes sociales y ginecólogos quienes más disienten.

En la misma dirección, los resultados obtenidos frente a la afirmación *“una mujer puede sentirse feliz sin tener hijos”*, registra un importante acuerdo (86%). Lo mismo sucede con *“un hombre puede sentirse feliz sin tener hijos”*, con 89% de aceptación. En ambos casos no se observaron diferencias significativas por edad, sexo o tipo de profesión.

## Número y edad ideal para tener hijos

Tres preguntas abiertas indagaron sobre edad ideal para tener hijos y número ideal de hijos: 41% consideró que no hay un número ideal y 35% manifestó que dos hijos es el ideal. Mientras tanto, la edad ideal para que mujeres y hombres tengan hijos se ubicó mayoritariamente entre 25 y 30 años.

La siguiente tabla ilustra las respuestas obtenidas sobre número ideal de hijos, donde se pueden observar las diferencias según edad, sexo y tipo de profesión.

Tabla 24: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión, edad y sexo según opinión respecto al número ideal de hijos.

		Sexo		Edad Recodificada			Tipo de profesión						Total (%)	
		Mujer	Hombre	Hasta 39	40 a 49	50 y más	Aux. Enf.	Nurse	As. Soc.	Méd. Fam.	Part.	Psic.		Ginec
¿Cuál es en su opinión el número ideal de hijos que debería tener una persona?	1	0,5	-	-	1,4	-	-	-	-	-	-	8,3	-	0,4
	2	33,7	40,5	43,8	28,2	31,7	49,1	54,2	23,1	28,1	26,7	33,3	22,9	34,8
	3	11,7	13,5	8,8	16,9	11,0	17,5	12,5	3,8	12,5	20,0	-	8,6	12,0
	4	1,0	2,7	1,3	1,4	1,2	1,8	4,2	-	1,6	-	-	-	1,3
	No hay N° ideal	41,3	40,5	38,8	43,7	41,5	22,8	12,5	50,0	54,7	40,0	58,3	54,3	41,2
	1 o 2	1,0	-	1,3	1,4	-	3,5	-	-	-	-	-	-	0,9
	2 o 3	7,7	2,7	3,8	2,8	13,4	5,3	12,5	15,4	1,6	13,3	-	8,6	6,9
	Otra	2,0	-	2,5	1,4	1,2	-	4,2		1,6	-	-	5,7	1,7
	No sabe	1,0	-	-	2,8	-	-	-	7,7	-	-	-	-	0,9
<b>Total%</b>	-	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

## Percepciones y valores sobre reproducción social y crianza de los hijos

Otro conjunto de preguntas buscó explorar sobre percepciones y valores respecto a reproducción social y crianza de los hijos. Las opiniones se dividen cuando se trata de *"al separarse los hombres se olvidan de los hijos"*: mientras 47% acuerda con esa afirmación, 52% desacuerda, siendo los hombres quienes más lo hacen. Las opiniones se distribuyen de manera homogénea frente a la afirmación *"si uno de los miembros de la pareja debe ocuparse de los hijos es mejor que sea la madre"*, con una leve tendencia a estar muy en desacuerdo (30,5%). Auxiliares de enfermería y nurses son quienes más acuerdan con la afirmación. Mientras que los hombres y los menores de 39 años son quienes más desacuerdan.

Los profesionales acuerdan en amplia mayoría con la idea que *"en general las mujeres profesionales dejan a sus hijos demasiado tiempo al cuidado de otros"*. Si se analizan las opiniones tomando en cuenta el sexo, éstas se invierten en mujeres y hombres, tal como lo ilustra la siguiente tabla:

Tabla 25: Porcentaje de profesionales por sexo según opinión respecto al tiempo que las mujeres profesionales dejan a sus hijos al cuidado de otros.

	Opinión	Mujeres (%)	Varones (%)	Total (%)
En general las mujeres profesionales dejan a sus hijos demasiado tiempo al cuidado de otros.	Muy de acuerdo	26,5	48,6	30
	Algo de acuerdo	46,9	32,4	44,6
	Algo en desacuerdo	11,2	8,1	10,7
	Muy en desacuerdo	13,3	10,8	12,9
	No sabe	2,0	-	1,7
<b>Total%</b>	-	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casi nueve de cada diez profesionales consideran que *“los hombres están igualmente capacitados que las mujeres para hacerse cargo de los hijos”*.

Cuando se analizan los resultados totales respecto a *“los hombres quieren tener un hijo con cada pareja estable”* y a *“las mujeres quieren tener un hijo con cada pareja estable”*, se observa una leve tendencia a estar muy en desacuerdo con estas afirmaciones (42,5% y 38,6%, respectivamente). Cuando los resultados se consideran por sexo, los hombres son más proclives a estar muy en desacuerdo con la afirmación respecto de sus pares (57%) mientras que con respecto al deseo de las mujeres este porcentaje desciende al 27%. Por su parte, las mujeres tienen opinión homogénea frente a ambas afirmaciones: 39%, muy en desacuerdo.

Una mayoría de profesionales está muy en desacuerdo con afirmar que *“en general, las mujeres con NSE bajo son más descuidadas con sus hijos”*, con 57% de las opiniones. Son los hombres (70%), los más jóvenes (61%), los médicos de familia (73%) y aquellos con menos de 10 años de ejercicio profesional (65%), quienes presentaron porcentajes más elevados de desacuerdo.

Los profesionales tienen la percepción que *“en general, las mujeres profesionales prefieren posponer su maternidad hasta realizarse profesionalmente”*, siendo las nurses y los profesionales entre 40 y 49 años quienes presentan los porcentajes más altos.

Se puede observar una tendencia favorable a acordar con la afirmación *“en general, las mujeres pobres desean tener mayor cantidad de hijos que las mujeres de otra condición social”*, con un total de 68%. Las opiniones se dividen cuando se trata de valorar si *“las mujeres pobres tienen hijos porque ello les permite recibir asignaciones familiares o ayuda del Estado”*: la discordancia la sostienen fundamentalmente los hombres (46%, muy en desacuerdo), mientras que auxiliares de enfermería y nurses son quienes más acuerdan.

Las posiciones se dividen ante la afirmación *“un niño para crecer feliz necesita de un hogar constituido por madre y padre”*: 54% tiende a estar de acuerdo y 45% tiende a no estarlo. Los psicólogos

son quienes en su amplia mayoría discrepan con la afirmación (75%), mientras que auxiliares de enfermería y nurses son quienes más acuerdan. Por su parte, los hombres y los mayores de 50 años presentan porcentajes superiores de acuerdo. Las opiniones se dividen nuevamente ante la afirmación *“el matrimonio es una institución anticuada”*, tendiendo a estar de acuerdo el 40% frente a 53% que tiende a no estarlo. Los ginecólogos son quienes presentan porcentajes superiores de desacuerdo en el análisis por tipo de profesión.

Dos preguntas buscaron explorar las percepciones sobre violencia sexual y violación en la pareja. La amplia mayoría, más de ocho de cada diez profesionales, considera que *“la violación es más frecuente en la pareja de lo que se piensa generalmente”*. No se observaron diferencias por sexo, pero sí por profesión, siendo parteras y nurses quienes presentaron porcentajes más elevados. En concordancia con lo anterior, frente a *“la violencia sexual hacia las mujeres es casi inexistente”*, los profesionales, sin distinción alguna, se manifestaron de manera casi unánime en desacuerdo (94%)

#### IV. Representaciones sociales sobre las prácticas sexuales y reproductivas en mujeres y varones

Se incluyeron un conjunto de preguntas a lo largo del formulario para explorar las representaciones de los profesionales acerca de algunos asuntos referidos a las prácticas sexuales y reproductivas de mujeres y varones.

Se indagó acerca de: *“a los hombres no les gusta usar preservativo”*. Los resultados indican que la mayoría acuerda con esa percepción, siendo parteras y auxiliares de enfermería donde se observaron los porcentajes más elevados. Los varones acuerdan menos que las mujeres, con una diferencia de casi 10 puntos porcentuales.

Asimismo, los profesionales tienen la percepción que *“las mujeres no exigen a sus parejas el uso de preservativo”*, con porcentajes superiores al 70%. Una amplia mayoría coincide en la importancia del preservativo femenino, siendo asistentes sociales, nurses y parteras, así como los más jóvenes quienes presentan porcentajes más elevados.

Los profesionales creen que *“con la información disponible, las mujeres saben perfectamente cómo prevenir un embarazo”*, siendo en auxiliares de enfermería donde se pudo observar el porcentaje más elevado (89,5%). Asimismo, a medida que se avanza en la edad, hay una tendencia creciente a acordar con esta idea.

Por su parte, ante *“las mujeres pobres tienen mayor cantidad de hijos porque no se cuidan”*, las opiniones se distribuyen de manera pareja, tal como lo ilustra la siguiente tabla, siendo las auxiliares de enfermería quienes mayoritariamente acuerdan con la afirmación, mientras que asistentes sociales, médicos de familia y psicólogos son quienes más desacuerdan.

Tabla 26: Porcentaje de profesionales por sexo según opinión sobre reproducción en mujeres pobres.

		Mujeres (%)	Hombres (%)	Aux.Enf.	Nurse	Asis. Social	Méd. Familia	Psic.	Ginec.	TOTAL (%)	
Las mujeres pobres tienen mayor cantidad de hijos porque no se cuidan	MA	28,6	24,3	54,4	33,3	19,2	10,9	16,7	22,9	27,9	
	AA	26,5	27,0	19,3	20,8	26,9	32,8	8,3	37,1	26,6	
	AD	18,9	18,9	12,3	29,2	19,2	20,3	33,3	17,1	18,9	
	MD	23,0	27,0	10,5	8,3	34,6	34,4	33,3	20,0	23,6	
	No sabe	3,1	2,7	3,5	8,3	-	1,6	8,3	2,9	3,0	
	<b>Total (%)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Ante la afirmación *“las mujeres con alto nivel socioeconómico son más conscientes de los riesgos que corren si no usan protección en el acto sexual”*, la percepción de los profesionales se divide: 52% está en desacuerdo y 44% de acuerdo, siendo las mujeres y las asistentes sociales quienes muestran los porcentajes más elevados de desacuerdo.

Los profesionales tienden mayoritariamente a sostener que *“los hombres consideran que la prevención del embarazo es un asunto de las mujeres”*, siendo los varones quienes más disienten con esa idea.

Frente a la afirmación *“a los hombres no les gusta que sus mujeres usen métodos anticonceptivos”*, los hombres (49%), los más jóvenes (41%) y los psicólogos (67%) fueron quienes manifestaron porcentajes más elevados de desacuerdo.

### Población adolescente y salud sexual y reproductiva

Siete de cada diez profesionales considera que los adolescentes utilizan preservativo más que la población adulta. Las mujeres profesionales presentan porcentajes significativamente más elevado (74%) que los hombres (54%). Según el tipo de profesión, los registros más elevados están en ginecólogos y auxiliares de enfermería.

Estas respuestas coinciden con las brindadas ante la premisa *“actualmente los adolescentes son más conscientes de los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual”*, donde más de ocho de cada diez profesionales manifestó estar de acuerdo. Casi la unanimidad de nurses y médicos de familia coinciden con la afirmación, pero en psicólogos - si bien 75% acordó-, uno de cada cuatro se manifestó en desacuerdo. No se registraron diferencias sustantivas por sexo pero sí hubo algunas variaciones por edad y años de ejercicio, siendo los más jóvenes quienes más adhirieron.

Los profesionales mayoritariamente no acuerdan (74%) con la idea que *“la responsabilidad de un embarazo adolescente es de los padres”*, registrándose diferencias entre las profesiones. Mientras casi la totalidad de ginecólogos manifiestan estar en desacuerdo, 25% de los psicólogos, 36% de nurses y 39% de auxiliares de enfermería, manifestaron estar algo de acuerdo. Sin embargo, frente a *“no es responsabilidad de los padres encargarse de dar información sobre salud y sexualidad a sus hijos e hijas”*, casi la totalidad estuvo en desacuerdo con la afirmación, lo cual relativiza que los padres no tengan cierta responsabilidad con el embarazo en sus hijos/as adolescentes.

Al mismo tiempo ante la afirmación *“actualmente, si una adolescente se embaraza es porque quiere”*, las respuestas se distribuyeron de forma homogénea. Si bien casi seis de cada diez se manifestó en desacuerdo, es significativo el porcentaje de profesionales que tiene una posición contraria. Psicólogos, médicos de familia y parteras, así como quienes tienen menos de 10 años de ejercicio y son más jóvenes fueron quienes tuvieron porcentajes más elevados de desaprobación.

Casi cuatro de cada diez profesionales consideraron que *“las adolescentes prefieren ir solas a la consulta ginecológica”*, registrándose un incremento a mayor edad del encuestado y con más años de ejercicio de la profesión. Nurses, parteras y auxiliares de enfermería fueron quienes que expresaron estar más de acuerdo.

Finalmente, se indagó acerca de si *“las adolescentes de hogares pobres inician su vida sexual antes que las de otros sectores”*. Las respuestas estuvieron divididas en 50% de acuerdo y 44% en desacuerdo. Auxiliares de enfermería fueron quienes mayoritariamente estuvieron de acuerdo en tanto que parteras, asistentes sociales y ginecólogos se manifestaron mayoritariamente en desacuerdo. Uno de cada dos profesionales con diez o más años de ejercicio de la profesión manifestó estar de acuerdo.

## V. Las prácticas profesionales y el derecho a decidir sobre la salud sexual y reproductiva de las personas

Un conjunto de preguntas se orientó a explorar las percepciones y opiniones de los profesionales sobre las decisiones en salud sexual y reproductiva que toman las personas así como sobre las prácticas profesionales frente a las mismas.

Respecto a la afirmación *“es inaceptable que una mujer se infecte de sífilis durante el embarazo”*, poco más de la mitad de los profesionales (53%) estuvo muy en desacuerdo, siendo las auxiliares de enfermería quienes presentaron los porcentajes más elevados. Fueron los varones quienes acordaron en mayor porcentaje con la afirmación.

Los profesionales en su amplia mayoría (82%) no consideran que *“en temas de prevención de embarazo es preferible atender a las mujeres en forma individual sin presencia de su pareja”*. Seis de cada

diez profesionales manifestó su desacuerdo con afirmar que *“las mujeres van solas a la consulta obstétrica porque las parejas no quieren acompañarlas”*, siendo los mayores en edad quienes más acuerdan. Auxiliares de enfermería y asistentes sociales fueron quienes lo afirman en mayor medida.

## Elección del método anticonceptivo

En cuanto a la elección del método anticonceptivo, los profesionales no consideran que sea una *“decisión técnica que deba quedar en manos del profesional”* (73%). Las diferencias en los resultados se observan en los tramos etarios, siendo los de 50 años y más y quienes tienen más años de ejercicio profesional, los que están por debajo de la media. Nurses, asistentes sociales y médicos de familia presentan porcentajes superiores.

Más del 80% comparte la idea que las mujeres deben tener preservativos en la cartera. Algo similar ocurre con la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, frente a este recurso se pueden observar diferencias en las opiniones según tipo de profesión. Una de cada dos nurses y asistentes sociales desacuerda con esa afirmación.

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.

Respecto al involucramiento de la pareja en la decisión sobre la esterilización, las opiniones tienden a dividirse: seis de cada diez están de acuerdo con no involucrar a las parejas en el caso de la ligadura tubaria y un poco menos cuando se trata de la vasectomía. Las diferencias se aprecian en los ginecólogos y parteras quienes manifiestan estar muy de acuerdo en no involucrar a las parejas cuando se trata de la ligadura, mientras que opinan lo contrario cuando se trata de la vasectomía. Esta discordancia deberá ser materia de otras investigaciones.

Uno de cada dos profesionales está muy en desacuerdo con no realizar vasectomía ni ligadura en personas sin hijos, mientras que casi dos de cada diez está muy de acuerdo. 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).

Frente a la afirmación *“las mujeres solicitan ligadura tubaria, y luego cuando ya es tarde, se arrepienten”*, los profesionales tienden a tener una postura contraria a esa idea (63,5%) Médicos de familia y parteras son quienes más en desacuerdo están.

Cuatro de cada diez profesionales manifestó su desacuerdo con la opinión que *“si una mujer tiene VIH no debería embarazarse”*, siendo los varones, los psicólogos y los ginecólogos quienes en mayor medida se ubicaron en contra de la misma.

## Posturas y percepciones sobre aborto voluntario

Un conjunto de preguntas exploraron las percepciones de los profesionales sobre el aborto voluntario.

Se indagó si *"atender a una mujer en situación de embarazo no deseado y aborto, genera incomodidad a los profesionales"*: los resultados muestran que 32% acuerda con esa afirmación mientras que 39% se manifestó en desacuerdo. Según profesión, psicólogos, nurses y asistentes sociales son quienes mayoritariamente manifestaron estar de acuerdo. Mientras que ginecólogos y auxiliares de enfermería se ubicaron en el otro extremo con 61% en desacuerdo.

Respecto a la justificación de motivos o circunstancias que determinan la decisión de abortar en las personas, el análisis de los resultados por tipo de profesión, ilustra que auxiliares de enfermería y nurses son los grupos que menos justifican el aborto en casi todas las circunstancias. Mientras que psicólogos y parteras son quienes más lo justifican. En dos circunstancias se observaron elevados porcentajes donde se justifica el aborto (90%): embarazo producto de una violación y malformaciones congénitas. En otras cuatro circunstancias se justifica en mayoría (entre 63 y 66%): ellas son extrema pobreza, violencia doméstica, no deseo de hijo y VIH.

En la siguiente tabla se presentan los resultados desagregados por tipo de profesión.

**Tabla 27: Porcentaje de profesionales por tipo de profesión según motivos que justifican la decisión de un aborto voluntario.**

Motivos	Aux. Enf %		Nurse %		Asis. Social %		Méd. Fam. %		Partera %		Psicólogo %		Ginec. %	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Porque tiene la cantidad de hijos deseados	29,8	68,4	33,3	66,7	57,7	38,5	54,7	45,3	80	13,3	83,3	16,7	54,3	40
Porque es muy grande para tener un hijo	47,4	50,9	41,7	58,3	69,2	30,8	62,5	37,5	73,3	20	58,3	41,7	51,4	40
Porque es muy joven	38,6	57,9	50	50	61,5	34,6	64,1	35,9	73,3	20	75	25	54,3	37,1
Por estar en una situación de violencia doméstica	61,4	36,8	66,7	33,3	65,4	30,8	62,5	37,5	93,3	-	91,7	8,3	60	34,3
Porque no quiere ser madre	52,6	45,6	62,5	37,5	73,1	26,9	64,1	35,9	86,7	6,7	91,7	8,3	68,6	22,9
Porque el embarazo es producto de una violación	87,7	5,3	91,7	8,3	96,2	3,8	92,2	7,8	93,3	-	91,7	8,3	91,4	2,9
Por la situación laboral	26,3	71,9	33,3	66,7	50	46,2	50	50	80	13,3	50	50	48,6	45,7
Por no sentirse preparada	24,6	71,9	33,3	66,7	50	50	51,6	48,4	73,3	20	91,7	8,3	48,6	42,9
Por ser producto de una relación ocasional	28,1	68,4	37,5	58,3	53,8	46,2	56,3	43,8	80	13,3	83,3	16,7	51,4	40

Motivos	Aux. Enf %		Nurse %		Asis. Social %		Méd. Fam. %		Partera %		Psicólogo %		Ginec. %	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Por no tener la pareja adecuada	22,8	75,4	37,5	62,5	46,2	53,8	46,9	53,1	73,3	20	83,3	16,7	45,7	48,6
Por no disponer de tiempo para criar un (más) hijo(s)	19,3	78,9	33,3	66,7	50	50	51,6	48,4	66,7	26,7	66,7	33,3	45,7	48,6
Por estar en situaciones de extrema pobreza	54,4	43,9	54,2	45,8	73,1	26,9	68,8	31,3	93,3	-	75	25	68,6	25,7
Ante malformaciones congénitas.	93	3,5	95,8	4,2	96,2	3,8	87,5	10,9	93,3	-	100	-	85,7	8,6

Si se analizan las respuestas tomando en cuenta el sexo de los profesionales, las mujeres justifican en mayor medida la decisión de abortar en casi todas las circunstancias en comparación con los hombres. La siguiente tabla presenta los resultados:

**Tabla 28: Porcentaje de profesionales por sexo según motivos que justifican la decisión de un aborto voluntario**

Motivos	Mujeres		Hombres	
	Si	No	Si	No
Porque tiene la cantidad de hijos deseados	51	47,4	43,2	51,4
Porque es muy grande para tener un hijo	59,2	39,3	40,5	54,1
Porque es muy joven	58,7	38,8	40,5	54,1
Por estar en una situación de violencia doméstica	70,9	27,6	40,5	54,1
Porque no quiere ser madre	67,3	31,6	56,8	35,1
Porque el embarazo es producto de una violación	92,3	5,1	86,5	8,1
Por las condiciones de la vivienda	41,8	57,1	27	67,6
Por ser concebido en adulterio	45,9	52,6	29,7	64,9
Por la situación laboral	46,9	51,5	29,7	64,9
Por no sentirse preparada	47,4	50,5	37,8	56,8
Por ser producto de una relación ocasional	52	45,4	35,1	59,5
Por no tener la pareja adecuada	45,4	53,6	32,4	62,2
Por no disponer de tiempo para criar un (más) hijo(s)	44,4	54,6	32,4	62,2
Por estar en situaciones de extrema pobreza	68,4	30,6	54,1	40,5
Ante malformaciones congénitas.	93,4	4,6	81,1	13,5

Según creencias religiosas, aquellos profesionales que declararon no tenerlas son más proclives a justificar la decisión de abortar en todas las circunstancias. Aproximadamente la mitad de los profesionales que expresaron tener alguna creencia religiosa, justifica siempre la decisión de abortar. El análisis en este grupo por tipo de motivos ilustra que cerca del 90% lo justifica ante malformación congénita y ante embarazo producto de violación, seis de cada diez cuando la mujer; no quiere ser madre o cuando vive una situación de violencia doméstica y un porcentaje poco menor cuando tiene VIH.

Uno de cada cinco profesionales manifestó no saber si el ingreso del misoprostol en el mercado informal favoreció que las mujeres aborten más, siendo la única pregunta del formulario que registró un porcentaje significativo de no opinión. Casi la mitad no tiene esa percepción, mientras que sí la sostiene uno de cada tres profesionales. Las auxiliares de enfermería son quienes acordaron en porcentajes más elevados con la influencia del misoprostol en la práctica del aborto.

Una amplia mayoría de profesionales consideran que si una mujer tiene antecedentes de aborto y está embarazada no debería continuar con el embarazo si no lo desea (74%).

## VI. Reacciones emocionales de los profesionales frente a situaciones complejas en salud sexual y reproductiva

Se buscó identificar las emociones que pueden generarse en los profesionales ante algunas situaciones críticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, de modo de aproximarnos a conocer cuáles reacciones se ponen en juego predominantemente.

Para ello se ofreció una lista de emociones plausibles para que se eligiera una predominante frente a cada situación planteada.

La selección del listado de emociones se elaboró tomando en cuenta una gama amplia de reacciones que pueden provocar en los profesionales las situaciones elegidas.

Ellas fueron:

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| a) Compasión/lástima | g) Enojo        |
| b) Satisfacción      | h) Alivio       |
| c) Frustración       | i) Preocupación |
| d) Angustia          | j) Indiferencia |
| e) Impotencia        | k) Respeto      |
| f) Empatía           |                 |

Las teorías de las emociones ubican el papel central que éstas juegan en la vida cotidiana, así como su naturaleza social y su relevancia en la construcción de las relaciones sociales. Al decir de Belli e Iñiguez (2008):

*“¿Qué es la tristeza? ¿Qué es la ira? ¿Qué es el miedo? ¿Son solo palabras o hay algo más? En principio, tristeza, ira, miedo son emociones. Por lo general, suele considerarse que las emociones corresponden a experiencias corporales naturales que luego se expresan a través del lenguaje, y ese lenguaje, a su vez, suele calificarse como irracional y subjetivo. Es decir, primero sentimos en el cuerpo lo que más tarde sale por nuestras bocas en forma de un discurso que en cierto modo se opone a la razón. De las emociones también se dice que se gestan en el inconsciente y no en la voluntad, que son más espontáneas que artificiales; más “sentidas” que “pensadas”. En ocasiones, se las mezcla con conductas consideradas racionales, o cuyo status existencial pertenece al orden de lo no emotivo, y, recientemente, se afirma que no son patrimonio exclusivo de la interioridad de las personas, sino que son construcciones sociales de naturaleza fundamentalmente discursiva. En efecto, tres corrientes han trabajado esta última concepción: la psicología social de la emoción, los estudios del discurso de la emoción y la psicología discursiva de la emoción. Estas corrientes han demostrado que los procesos, los determinantes y las consecuencias de las emociones se desarrollan en la interacción a través del lenguaje. (...) Finalmente, los estudios realizados aunque muchos y diversos, confluyen, sin embargo, en los tres rasgos que distingue Gil (2004) cuando habla de emoción: la emoción es siempre social, la emoción es un proceso y la emoción es discursiva.”* (2008:140:146)

Los resultados generales obtenidos en el estudio indican que la **compasión/lástima** predomina frente a las situaciones de un hombre con VIH y frente a una mujer embarazada que está sola, no tiene pareja o ésta la abandonó. La **impotencia** está asociada a situaciones de violencia física y/o sexual en mujeres y violencia emocional y/o física en niños. El **enojo** está asociado a las situaciones de violencia en niños y frente a la situación de una mujer que no se atendió durante el embarazo. La **preocupación**, emoción que genera los más altos porcentajes en el global, se asocia a violencia contra las mujeres, miedo en adolescentes frente a posibles reacciones de sus padres, consulta por acceso a misoprostol, hombre con VIH, embarazo en adolescentes, no atención durante el embarazo y frente a mujer embarazada que está sola o su pareja la abandonó.

Mientras tanto el **respeto**, el cual refiere a una emoción asociada a una actitud o posición, prevalece en situaciones donde las decisiones son adoptadas por otros, tales como una mujer que toma una decisión opuesta a la que el profesional recomendó; consulta por acceso a misoprostol, decisión de continuar el embarazo ante un diagnóstico de malformación fetal y mujer que decide abortar.

Emociones tales como frustración, satisfacción, angustia, empatía, alivio o indiferencia presentaron porcentajes bajos en la casi totalidad de las situaciones con menos del 16%.

Tabla 29: Porcentaje de profesionales según reacciones emocionales predominantes frente a situaciones complejas en salud sexual y reproductiva.

	Cuando una mujer muestra signos de violencia física y sexual	Cuando un niño muestra signos de violencia física y/o maltrato emocional	Cuando una mujer manifiesta miedo por la posible reacción de su pareja	Cuando una adolescente manifiesta miedo por la posible reacción de sus padres	Cuando una mujer toma una decisión radicalmente opuesta a la que usted le recomendó	Cuando una mujer pregunta donde conseguir misoprostol	Cuando un hombre tiene VIH	Cuando una mujer embarazada decide continuar un embarazo pese a que el feto tiene malformaciones congénitas graves	Cuando una mujer no se atendió durante el embarazo	Cuando una adolescente menor de quince años se embaraza	Cuando una mujer desea realizarse un aborto	Frente a una mujer embarazada que está sola, no tiene pareja o ésta la abandonó
Compasión/lástima	10,3%	6,4%	6,9%	3,9%	1,7%	3,4%	26,2%	12,4%	,4%	7,7%	4,3%	20,2%
Satisfacción	-	-	-	-	-	2,1%	-	1,3%	-	-	-	1,3%
Frustración	6,4%	4,3%	5,6%	3,9%	17,6%	9,9%	3,4%	2,1%	14,2%	12,9%	2,1%	1,7%
Angustia	11,2%	14,2%	4,3%	4,7%	2,1%	2,6%	5,2%	10,7%	1,3%	6,0%	4,7%	7,7%
Impotencia	23,2%	19,7%	11,6%	7,3%	7,3%	11,2%	3,9%	8,6%	8,6%	9,9%	4,3%	5,2%
Empatía	4,3%	,9%	4,3%	11,6%	1,3%	8,2%	3,9%	4,7%	-	4,7%	12,4%	16,3%
Enojo	19,7%	38,6%	7,7%	6,0%	5,2%	3,9%	,4%	1,7%	34,3%	6,0%	6,0%	,4%
Alivio	-	-	-	-	-	3,0%	-	-	-	,4%	,4%	-
Preocupación	22,3%	14,6%	55,8%	58,4%	8,2%	21,0%	29,6%	16,3%	33,9%	41,2%	15,9%	22,3%
Indiferencia	-	-	,4%	-	4,3%	4,7%	2,6%	-	1,7%	,4%	2,6%	2,1%
Respeto	1,7%		1,3%	,4%	50,2%	19,3%	11,2%	38,2%	2,6%	6,9%	44,2%	12,0%
Nada en particular	-	-	-	-	-	-	,4%	-	-	-	-	,4%
Otras	,4%	-	,9%	1,3%	1,3%	5,6%	9,4%	2,1%	1,7%	1,7%	1,3%	5,6%
No sabe/no contesta	,4%	1,3%	1,3%	2,6%	,9%	5,2%	3,9%	1,7%	1,3%	2,1%	1,7%	4,7%

Si se analizan por sexo cada una de las emociones y su relación con las situaciones planteadas, se puede observar que las mujeres se sienten más impotentes y preocupadas frente a situaciones de violencia contra sus pares, mientras que en los varones predominan el enojo y la preocupación.

Asimismo los varones expresan preocupación de manera significativamente más alta que las mujeres, frente a situaciones donde una mujer manifiesta miedo por la posible reacción de su pareja.

Cuando un niño muestra signos de violencia física y/ o emocional, el enojo predomina en mujeres y en varones. No se observan diferencias por sexo respecto a la preocupación frente a adolescentes que manifiestan miedo por la posible reacción de sus padres. Igualmente sucede con las respuestas de respeto frente a las situaciones que ya hemos señalado, las cuales no muestran diferencias significativas por sexo.

En análisis de los datos según profesiones, muestra diferencias interesantes a consignar.

En las auxiliares de enfermería predomina la preocupación frente a la mayoría de las situaciones; respeto ante una mujer que decide continuar con un embarazo con malformación y/o que decide abortar, pero frente a esto último también manifiestan sentir enojo. Se compadecen frente a un hombre con VIH y sienten impotencia frente a distintas manifestaciones de la violencia contra mujeres y niños.

En las nurses, por su parte, predomina claramente la preocupación ante varias situaciones. Manifiestan sentir enojo cuando una mujer toma una decisión radicalmente diferente a la recomendada por el profesional; impotencia ante la violencia contra mujeres y niños, así como angustia frente al maltrato a estos últimos. Se compadecen ante un hombre con VIH. Y sienten empatía con las mujeres que deciden abortar.

Las asistentes sociales manifiestan respeto frente a las decisiones de otros, preocupación frente a situaciones de violencia, enojo frente al maltrato a niños, empatía frente al miedo de las mujeres por la reacción de su pareja e impotencia y compasión frente a un hombre con VIH.

Por su parte, en las parteras predomina el enojo frente a las situaciones de violencia, impotencia y frustración cuando una mujer pregunta dónde conseguir misoprostol, empatía frente a un hombre con VIH, respeto y angustia ante la continuación de un embarazo con malformación, preocupación frente al embarazo adolescente y respeto ante la decisión de abortar de una mujer.

Los psicólogos manifiestan respetar las decisiones tomadas por las mujeres; sienten enojo, preocupación y compasión frente a las situaciones de violencia contra mujeres, pero se enojan más cuando se trata de los niños. Manifiestan impotencia frente a la consulta por misoprostol. Compasión y preocupación les genera la situación de un hombre con VIH. Expresan respeto frente a la decisión de abortar de una mujer y son empáticos frente a una mujer embarazada que está sola o su pareja la abandonó.

Finalmente, en los médicos (de familia y ginecólogos) predomina la preocupación ante la gran mayoría de las situaciones. Además, manifiestan frustración cuando una mujer toma una decisión diferente a la recomendada por el profesional así como ante el embarazo en la adolescencia. Angustia y enojo ante la violencia contra mujeres y niños, si bien predomina el enojo ante las situaciones que pueden vivir estos últimos. Sienten compasión frente a los hombres con VIH y predomina el respeto frente a la decisión de abortar de una mujer.



CONCLUSIONES





Los resultados que se han presentado dan cuenta de representaciones sociales y sistemas de valores que integran la visión de los profesionales de la salud y forman parte de sus prácticas de atención a las necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de la población usuaria de los servicios.

Tal como se ha señalado, los hallazgos permiten colocar la mirada en uno de los tres planos que señala Schraiber (2009): el de las prácticas profesionales. Más particularmente en algunos de los supuestos (ideológicos, éticos) desde los cuales éstas se construyen. Tomando en cuenta que las prácticas de los profesionales deben necesariamente articularse con los otros dos planos –el de las políticas y el de la planificación y gestión de los servicios–, para contar con mejores condiciones de integralidad en la atención.

Un análisis de los resultados obtenidos en este estudio debe necesariamente dialogar con la información obtenida en estudios previos del Observatorio que focalizaron los planos de las políticas y de la planificación y gestión de los servicios. Así como con estudios conexos que se han realizado en otros países de la región.

El país cuenta – desde 1996 – con políticas en salud sexual y reproductiva que fueron progresivamente implementadas en los servicios públicos de salud. Desde el Ministerio de Salud Pública se han definido un conjunto de normativas sanitarias y guías clínicas en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva: anticoncepción reversible y no reversible, atención del embarazo, parto y puerperio, prevención del aborto inseguro y atención de aborto incompleto, prevención y detección de violencia doméstica y sexual, prevención y tratamiento de ITS y VIH – Sida, prevención de cáncer genito – mamario, entre otras.

La implementación de estas normativas sanitarias y guías clínicas en la práctica de los servicios de salud ha sido y es un proceso complejo atravesado por barreras funcionales, organizativas, culturales identificadas tanto a nivel institucional como en los actores directamente implicados: equipos de salud (profesional, técnico y administrativo), administradores/gestores de servicios y población usuaria. Los resultados del Observatorio obtenidos en los estudios realizados en 2008 y en 2009 (MYSU, 2008; 2009) permiten identificar algunas de las barreras institucionales que afectan la accesibilidad a las prestaciones, así como registrar los avances en la organización de las prestaciones en salud sexual y reproductiva en los últimos años.

La incorporación de las mencionadas normativas y guías clínicas en la Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18.426) y su reglamentación aprobada por el Poder Ejecutivo en setiembre de 2010, configura un nuevo escenario en la definición de la política pública que favorece la cobertura universal de la atención en SSR en todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Los recursos humanos en salud son factor clave en cualquier proceso de transformación institucional. En el caso de la reforma del sistema de salud en Uruguay (iniciada en 2008), sus características centradas en el fortalecimiento del primer nivel de atención, la atención integral y la participación ciudadana, implica un cambio sustantivo en la forma de organización del trabajo de los equipos de

salud y su relación con la atención sanitaria. La reforma genera mejores condiciones para la incorporación plena de la salud sexual y reproductiva en las prestaciones que brindan los servicios de salud, en la medida que ésta requiere, fundamentalmente, del desarrollo de acciones integrales e integradas de promoción y prevención en salud. El cambio de modelo de atención hacia uno integral en salud sexual y reproductiva tensa la organización de los servicios, interpela la formación de los profesionales de la salud y exige nuevas capacidades y herramientas técnicas y administrativas para poder – efectivamente – cumplir con los cometidos.

La formación profesional así como la capacitación permanente de todos los recursos humanos implicados en las prestaciones que brindan los servicios de salud representan desafíos de alta relevancia para garantizar el cambio de modelo de atención así como la sustentabilidad de las políticas.

Al análisis de las capacidades técnicas que disponen los profesionales para el cumplimiento de sus funciones y tareas, debe incorporarse el estudio de los sistemas de valores y creencias del cual son portadores los profesionales. Identificar las características de estos sistemas y en qué medida y cómo se ponen en juego en la relación sanitaria es una dimensión habitualmente poco explorada y cuyos efectos directos en la calidad de atención es escasamente conocida. La articulación persona – rol profesional (Rothman, Vilaseca, 2001) permite adentrarse en la relación que existe entre las trayectorias biográficas individuales, las opciones profesionales, el desempeño y las actitudes que se ponen en juego a la hora de construir la relación sanitaria, la cual debe ser necesariamente contextualizada en un tiempo histórico – social concreto.

La tensión entre acción técnica y acción moral (Schraiber, 2010) que se expresa en la atención de la salud sexual y reproductiva, es posible identificarla como una dimensión clave en la implementación de las políticas porque, entre otras razones, se han definido políticas públicas y orientaciones que deben instrumentarse en los servicios de salud y que las colocan en foco de observación, monitoreo y/o exigibilidad ciudadana.

En este sentido, si se analizan los resultados obtenidos en este estudio, el ideal de imagen profesional parecería estar vinculado con la habilidad de conjugar capacidad técnica, valores y actitudes de respeto y sensibilidad hacia las necesidades de la población usuaria y a sus decisiones.

Las reacciones emocionales predominantes que expresan sentir los profesionales ante situaciones complejas de la práctica cotidiana profesional son compasión, lástima, impotencia, enojo y preocupación. Mientras que otras como frustración, satisfacción, angustia, empatía, alivio o indiferencia fueron poco referidas por los profesionales.

La responsabilidad es el rasgo más valorado de un buen profesional, especialmente por parte de las mujeres. Mientras que para los hombres, lo es la calidad técnica y la formación. Si se analizan los resultados por tipo de profesión, las auxiliares de enfermería colocan la responsabilidad como prioridad mientras que los profesionales médicos eligen la calidad técnica. Otras dimensiones de las prácticas profesionales no generan diferencias en las opiniones. Por ejemplo, la amplia mayoría entiende que

es importante transmitir valores a través del ejercicio profesional así como considera que para un buen desempeño no alcanza con tener habilidades técnicas, independientemente del sexo o tipo de profesión.

Las tensiones entre la acción técnica y la acción moral se expresan en asuntos tales como cumplir con la orientación de la política pública cuando ésta no concuerda con la posición personal del profesional. También se expresa frente a situaciones de discordancia entre la decisión del paciente y la postura personal del profesional frente a la misma. En tal sentido, la mitad de los profesionales entiende 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. La posibilidad de renunciar al servicio de salud no es una opción que los profesionales consideren en tales circunstancias.

Es importante consignar que para estos profesionales, el respeto a la decisión del "paciente", aún cuando ésta no coincida con la perspectiva personal del profesional, fue referido de diferentes maneras como una posición mayoritaria. Sin embargo, hay asuntos críticos acerca de los cuales se observan posturas no homogéneas, en particular respecto al suicidio y la eutanasia.

En el caso de las prestaciones en salud sexual y reproductiva, la posición de los profesionales respecto al derecho a decidir de las personas, tiene o puede tener un efecto directo en la calidad de la atención que se brinda así como en la accesibilidad de las personas a sus derechos.

Los resultados obtenidos indican que los profesionales consideran que la ligadura tubaria y la vasectomía no son una decisión técnica y que las mujeres y los hombres son quienes deben tomarla, independientemente –incluso– de la opinión de sus parejas. Sin embargo, apenas la mitad considera que no se deben realizar estos procedimientos a personas sin hijos, siendo que la norma sanitaria vigente establece como únicos criterios tener 21 años o más y tener capacidades psíquicas e intelectuales plenas para consentir con el procedimiento.

La baja realización de ligadura tubaria o vasectomía que se reporta en estudios anteriores podría estar relacionada con estos aspectos que suponen ciertas ambivalencias de los profesionales frente a la esterilización (Proyecto Género y Generaciones, 2006; MYSU, 2008; 2009).

La vida sexual y la reproductiva, las decisiones a ellas asociadas, el impacto en la salud y en el bienestar, son asuntos que están atravesados por un conjunto de significados, valores y creencias que se producen socio-culturalmente y que tienen efectos directos en la forma de vivir y de relacionarse con estos acontecimientos. El análisis de la implicación, entendida como el conjunto de relaciones conscientes y no conscientes que el profesional tiene con el "objeto" o campo de intervención y/o investigación (Lourau, 1975) permite deconstruir los puntos ciegos de la acción técnica e identificar en qué momento o frente a cuáles asuntos ésta se desliza hacia una acción moral, muchas veces de manera imperceptible o "natural" para el propio profesional y para la persona que le consulta. La naturalización de una acción moral investida de acción técnica o de una acción técnica condicionada por una visión moral de las demandas en salud son dimensiones de la relación sanitaria que requieren

de un permanente análisis para minimizar efectos no deseados o impensados que pueden derivar en el avasallamiento de derechos, la infantilización de la población usuaria, el doble estándar en la atención, entre otros problemas.

Las representaciones sobre la sexualidad y la reproducción no pueden desligarse de aquellas representaciones que dan cuenta de los constructos de género que producen modelos de feminidad y masculinidad, doble moral sexual, modelos de maternidad, de paternidad y de familia en determinado tiempo sociohistórico.

Las representaciones de género y los esquemas de percepción de las cuales son portadores estos profesionales parecerían dar cuenta de las tensiones por las que atraviesa la sociedad uruguaya en el cambio de los modelos tradicionales de masculinidad y feminidad.

La mayoría considera que hombres y mujeres tienen igual capacidad para el liderazgo político y que una mujer que está empleada puede "sostener" su rol materno y de crianza, sin que ello vulnere la relación afectiva con sus hijos. También la mayoría tiene la percepción que las mujeres no son dependientes afectivamente y no necesitan de la convivencia con un hombre para sentirse plenas. Asimismo consideran que es importante la realización profesional de ambos integrantes de la pareja. Sin embargo, las opiniones se dividen frente a la percepción de si un mayor aporte económico de las mujeres en la pareja puede ser factor de conflicto o acerca del valor del trabajo doméstico y del trabajo remunerado en la satisfacción personal.

El estudio ilustra que responsabilidad, familia y solidaridad son los valores que los profesionales más resaltan para ser promovidos en la niñez y la adolescencia. Sin embargo, no se observa una posición única respecto a un modelo de familia ideal. Por ejemplo, las opiniones se dividen frente a considerar si el matrimonio es una institución con vigencia, al mismo tiempo que se observa una amplia aceptación del divorcio.

Los profesionales sienten impotencia y enojo como emociones predominantes frente a situaciones de violencia. Hay unanimidad al condenar la violencia física contra las mujeres por parte de sus parejas. La mayoría tiene la percepción que la violencia sexual en la pareja es un fenómeno de alta incidencia y que la violencia doméstica no prevalece en las mujeres pobres. Estos resultados sugieren que la violencia contra las mujeres es una realidad que impacta en los servicios de salud y para la cual los profesionales no se sentirían en condiciones afectivas y técnicas para intervenir.

Sin embargo, cuando se trata de la violencia contra los niños ejercida por padres o madres, si bien mayoritariamente es sancionada por los profesionales, lo hacen en porcentajes llamativamente menores. ¿A qué se debe que la violencia contra los niños genere un menor rechazo que la violencia contra las mujeres? ¿Qué motivos producen una mayor "tolerancia" con este tipo de violencia?

No se puede afirmar que exista una opinión homogénea respecto a la actitud que asumen los hombres frente a la paternidad cuando se disuelve el vínculo conyugal, así como respecto a si la madre es

quien deba asumir la crianza en esas circunstancias. Tampoco hay una postura de consenso acerca de si es necesario que exista una pareja conviviente para garantizar la felicidad de los hijos. Sin embargo se puede afirmar que una amplia mayoría no justifica bajo ninguna circunstancia el abandono de hijos por parte de padres y/o madres. Incluso expresan preocupación frente a una mujer embarazada que está sola o su pareja la abandonó.

La maternidad y la paternidad no son, de por sí, para estos profesionales, condición necesaria para realizarse como personas. En concordancia con ello, la mayoría tiende a considerar que no existe un número ideal de hijos, aspecto éste que muestra diferencias con otros estudios realizados en población general donde dos hijos era señalado por amplia mayoría como el ideal de reproducción (Proyecto Género y Generaciones, 2006).

Los profesionales tienen la percepción que el peso de la prevención en salud sexual y reproductiva recae en las mujeres y se observa una tendencia a considerar que los varones tienen resistencias al uso de medidas de protección - en particular el preservativo - y que delegan la responsabilidad del cuidado en las mujeres. Los profesionales varones tienden a afiliar menos a esta idea que las mujeres encuestadas.

En concordancia con el valor otorgado al derecho a decidir de las personas, los profesionales consideran que la elección del método anticonceptivo debe ser de la mujer y no del profesional y que la pareja debería involucrarse más activamente en esa definición.

Coinciden en afirmar que las mujeres no exigen el uso de preservativos a sus parejas y consideran que disponer de preservativo femenino es una medida que garantizaría mayor protección a las mujeres. Comparten la idea que las mujeres incorporen a sus vidas cotidianas la disponibilidad de preservativos y de anticoncepción de emergencia, si bien ésta última es menos aceptada. Una amplia mayoría nunca justifica que las personas mantengan relaciones sexuales sin protección y sienten preocupación frente a un hombre con VIH.

Le asignan alta importancia al acceso a información como estrategia de prevención en salud reproductiva. La mayoría considera que las mujeres pobres tienen más hijos porque no se cuidan. Pero no hay una representación hegemónica respecto a si éstas desean más hijos que otras mujeres. Sin embargo, predomina la idea que las mujeres profesionales postergan la maternidad frente al objetivo del desarrollo profesional.

La pertenencia al sector socioeconómico alto no necesariamente es considerada una condición que incida en la capacidad para la toma de decisiones de las mujeres. En la misma dirección, mayoritariamente los profesionales no comparten la idea que la formación universitaria incida en la capacidad para el ejercicio de la paternidad en los hombres. Resultados similares se obtuvieron respecto a la valoración sobre la exposición al riesgo ante relaciones sexuales sin protección en mujeres educadas. Parecería que para los profesionales la situación socioeconómica o el nivel educativo no son dimensiones que influyan en las condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho a decidir.

Respecto a la población adolescente, los profesionales tienen la percepción que éstos tienen una mayor tendencia al uso del preservativo que los adultos, así como que disponen de más consciencia frente a los riesgos de infecciones de transmisión sexual. No consideran que los padres sean responsables frente a un embarazo en adolescentes pero piensan que éstos deben transmitir información a sus hijos sobre salud sexual y reproductiva. El deseo de maternidad como motor que determina el embarazo en una adolescente divide las opiniones de los profesionales. La mayoría considera que las adolescentes pobres inician antes su vida sexual en comparación con sus pares de otros sectores socioeconómicos. Los profesionales expresan preocupación como principal emoción cuando los adolescentes manifiestan miedo por posibles reacciones de sus padres o cuando se enfrentan a un embarazo en la adolescencia.

Las percepciones y opiniones de los profesionales frente al aborto voluntario muestran, en general, una amplia aceptación. En particular cuando los motivos son el no deseo de ser madre, el embarazo producto de una violación y la malformación congénita. También los profesionales justifican el aborto en mujeres con antecedentes de abortos previos. Quienes no se identifican con alguna creencia religiosa, la mayoría acepta la decisión de abortar independientemente del motivo. Mientras que en los profesionales que se definen como religiosos esa tendencia es menor, si bien alcanza a seis de cada diez cuando la mujer no desea ser madre.

A pesar de lo anteriormente señalado, mayoritariamente los profesionales tienen la percepción que a sus colegas les genera incomodidad la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y/o de aborto.

Frente al uso del misoprostol como método de interrupción del embarazo, la mayoría de los profesionales tiene la percepción que el acceso a este recurso en el mercado informal no ha incidido en aumentar la práctica del aborto. Es significativo el porcentaje de profesionales que no tienen una opinión al respecto, siendo en el único asunto en el cual el porcentaje de no respuesta fue llamativamente alto. Las reacciones emocionales predominantes frente a la consulta por misoprostol fueron la preocupación y el respeto.

Si se consideran los resultados en función del sexo de los profesionales son las mujeres quienes, en general, se ubican en posiciones menos estigmatizantes. En general, sucede lo mismo con los más jóvenes en comparación con aquellos de mayor edad. Según el tipo de profesión, se observa una tendencia en auxiliares de enfermería y nurses a ser portavoces de posturas más sancionadoras de prácticas sociales no tradicionales, mientras que psicólogos, parteras y ginecólogos se ubican en posiciones más empáticas con las decisiones sexuales y reproductivas de sus "pacientes". Quienes no se identifican con alguna religión son portadores de posturas y de representaciones sociales de género no hegemónicas, si bien quienes sí se manifestaron religiosamente expresaron una tendencia no dogmática.

Los resultados obtenidos deberán ser objeto de nuevos estudios. Este tipo de investigación permite una aproximación a las tendencias actuales en las representaciones, posturas y opiniones de los profesionales de la salud frente a asuntos complejos que están atravesados por disputas morales a nivel

social. Allí radica su valor pero también sus limitaciones. Mediante este tipo de estudios no es posible comprender los por qué de las percepciones o los cómo operan las representaciones. Pero sí ofrecen una aproximación al dato que ayuda a orientar una agenda de investigación y de formación de los profesionales que tome en cuenta estas dimensiones de lo humano que se articulan en el quehacer determinando modos de operar técnicamente.

Las opiniones y posturas de los profesionales son, en parte, reflejo de lo que sucede en las sociedades. Dan cuenta de ambivalencias, contradicciones y procesos de transformación así como de resistencia a los cambios. Permiten afirmar que disponer de políticas sanitarias y orientaciones claras para las prestaciones en salud sexual y reproductiva son elementos claves para garantizar derechos pero que éstas deben "hacer carne" en los profesionales para que se traduzcan efectivamente en relaciones sanitarias de nuevo tipo, basadas en el respeto de las personas y sus capacidades para tomar decisiones. Estos procesos no son lineales ni están exentos de contradicciones. Muy por el contrario, las representaciones sobre las mujeres y los hombres, sobre la sexualidad de unas y otros, sobre la reproducción y la familia, sobre la maternidad, la anticoncepción y el aborto o sobre la paternidad y la crianza atraviesan los modos de organizar los servicios de salud y las prestaciones que se ofrecen a la población en materia de salud sexual y reproductiva, pero más específicamente forman parte de la relación sanitaria y de las lógicas que construyen las prácticas profesionales.

Los resultados permiten afirmar que la mirada debe estar puesta en los recursos humanos de la salud y que es necesario desarrollar un conjunto de estrategias para favorecer que las prácticas profesionales se organicen en base a principios éticos que protejan, promuevan y garanticen que las personas puedan encontrar en el servicio de salud un espacio para ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, sin discriminación de ningún tipo.

*"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)

Claro está que para ello también se necesita de personas (y no de "pacientes") conscientes de su condición de sujetos de derechos, con capacidad para apropiarse subjetivamente de ellos, para ejercerlos y para exigirlos. Sin una ciudadanía activa, cualquier otro esfuerzo será insuficiente.

Los resultados que hemos presentado nos colocan frente a una agenda abierta y compleja de investigación. Hemos dado un paso en esa dirección pero resta mucho aún para conocer y comprender en qué medida y cómo los esquemas de percepción y sistemas de valores de los profesionales interactúan con el ejercicio de su rol profesional y más particularmente en la relación sanitaria, favoreciendo u obstaculizando la accesibilidad de las personas -mujeres y hombres, de todas las edades y condiciones - al derecho a la salud, en especial al conocimiento, apropiación y ejercicio de la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**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. Disponible on line: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/4019/3034> consultado 22/12/2010

**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. (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.

**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.

**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.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.

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

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

**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.

**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.

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

**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

**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.

**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, [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/lista\\_artigos.php](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php)

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

**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.

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

**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

**Ministerio de Salud Pública (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](http://www.msp.gub.uy/uc_3967_1.html)

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

\_\_\_\_\_ (1981). *"Psicología de las minorías activas"*. Madrid: Morata.

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

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

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

**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.

**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.

**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 Et V. Gouveia (Eds.), *"Psicología social de los valores humanos"* (pp. 53-76). Madrid: Biblioteca Nueva.

**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.

\_\_\_\_\_ (1999). *"Profesiones, conocimiento y poder"*. En: de la Cuesta C (compiladora) Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia.



El Informe 2010 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU se centró en un estudio sobre las percepciones, valores y prácticas de los profesionales de la salud respecto a la salud sexual y reproductiva.

El estudio fue implementado durante el año 2010 mediante una encuesta realizada a profesionales de medicina, psicología, enfermería y obstetricia que se desempeñan en los servicios del primer nivel de atención de ASSE en Montevideo.

Los resultados obtenidos son por demás interesantes para conocer los significados y los valores desde los cuales los profesionales de la salud sostienen sus intervenciones técnicas. Se incluyen aspectos vinculados a las representaciones de género y su relación con la reproducción biológica y social; las representaciones sobre población adolescente y salud sexual y reproductiva; percepciones sobre conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en varones y mujeres de distintas edades y condiciones; valoraciones sobre el derecho a decidir en sexualidad y reproducción y reacciones emocionales de los profesionales frente a situaciones complejas en salud sexual y reproductiva tales como la anticoncepción no reversible y el aborto voluntario.

La novedosa información contenida en este informe puede colaborar en la orientación de las políticas de formación de los recursos humanos de la salud y en el análisis de las posibles barreras que se puedan identificar en el proceso de implementación de las prestaciones en salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud previstas a partir de 2011.

**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY

Esta publicación fue realizada con el apoyo de



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



Naciones Unidas Uruguay  
Unidos en la Acción