

Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos de Montevideo, Cerro Largo y Rocha

El presente documento es un resumen de los informes “Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos de Cerro Largo y Rocha” y “Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en el departamento de Montevideo”, los cuales contiene la sistematización y análisis de la información relevada por Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) durante 2016 y comienzos de 2017 en los tres departamentos. A lo largo de este resumen se presentaran algunos de los principales hallazgos obtenidos y las recomendaciones que se realizan a través de ambos informes.

Desde 2013, MYSU viene realizando monitoreos de los servicios de SSR a nivel territorial, poniendo en evidencia avances, barreras, obstáculos, rutas de acceso y difusión de los servicios en distintos puntos del Uruguay. Con este estudio, esta línea de monitoreo completa **10 de los 19 departamentos del país**, seleccionados a partir de criterios socio-demográficos y realidades particulares detectadas en el campo de la salud y los derechos sexual y reproductivos (DSR).

El monitoreo de la respuesta de la atención en SSR incluyó los servicios de: **anticoncepción; embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo (IVE); infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH); y violencia doméstica y sexual**. También se relevó la existencia y funcionamiento de **Espacios Adolescentes** en los prestadores estudiados. Las prestaciones monitoreadas, representan **dos tercios** de aquellas definidas por la normativa nacional en SSR.

METODOLOGÍA

Se realizó un **estudio descriptivo** que incorporó **elementos cuantitativos y cualitativos**. Al tratarse de un estudio descriptivo, no se propuso demostrar o refutar una serie de hipótesis, sino explorar y describir la realidad, identificando fortalezas y debilidades de las prestaciones, de cara a realizar recomendaciones de acuerdo a lo observado.

La descripción de los servicios tiene fundamentalmente dos vías de relevamiento de información: lo informado por las Direcciones Técnicas a MYSU a través de un **formulario de encuesta estandarizado**, y las **entrevistas en profundidad a informantes calificados** (profesionales de los equipos que trabajan en el prestador y autoridades).

En los departamentos del interior se realizó, a su vez, entrevistas a **mujeres y varones de entre 15 y 49 años con cobertura en salud en los prestadores relevados**, con el objetivo de identificar y relevar el conocimiento de usuarios y usuarias sobre los servicios existentes y sus derechos, así como denuncias, reclamos o inquietudes de la población en general.

El trabajo de campo en Cerro Largo se realizó en el mes de **mayo de 2016**. En Rocha, se realizó en **julio de 2016**. En el caso de Montevideo este proceso fue más extendido y abarcó desde **agosto de 2016 a febrero de 2017**.

INSTITUCIONES SELECCIONADAS

En los departamentos del interior del país, se seleccionó el prestador público: **ASSE**, y el prestador privado con mayor cobertura: **COMERO** en Rocha y **CAMCEL** en Cerro Largo. En ambos casos se inició el proceso invitando a las instituciones involucradas a una reunión en la Dirección Departamental de Salud, en la cual contando con la presencia de las autoridades departamentales y de los prestadores de salud, el equipo del Observatorio presentó los objetivos del estudio, alcance, metodología y proceso de relevamiento de datos.

El criterio de selección para Montevideo fue el número de afiliaciones, sin embargo, la negativa de algunas instituciones a realizar el estudio (Asociación Española y CASMU) y la solicitud de realizar el estudio por parte de otras (Hospital Policial) llevó a que el criterio se fuera ajustando. Las cuatro instituciones que acabaron siendo monitoreadas fueron: **Hospital de la Mujer / Hospital Pereira Rossell**; y **Hospital Policial** a nivel público; y **Médica Uruguay** y **COSEM** a nivel privado. Se realizaron reuniones con la Direcciones Técnicas de cada institución para informar sobre el estudio y asegurar que existiera apoyo y aprobación para la realización del mismo.

Con el acuerdo de aceptación por parte de las Direcciones Técnicas de las Instituciones seleccionadas se envió el cuestionario con el relevamiento de la información (formulario cuantitativo) y organizó y ejecutó el esquema de entrevistas a informantes calificados (autoridades e integrantes de los equipos de las prestaciones en estudio).

SÍNTESIS DEL DEPARTAMENTO DE CERRO LARGO

En el departamento de Cerro Largo, la realidad de los servicios de SSR refleja una situación que presenta fortalezas a capitalizar y debilidades importantes que se deben corregir. La información relevada desde MYSU, hace referencia a las prestaciones de SSR en las localidades de Melo (capital departamental) y Río Branco (segunda población más grande del departamento).

Se debe destacar la existencia **de dos servicios de aborto en el prestador público y uno en el privado**. Si bien se debe seguir trabajando para que la SSR sea abordada desde una perspectiva integral, más que únicamente brindar los servicios de anticoncepción y aborto, hay indicios de que se va avanzando en la dirección correcta.

Resumiendo, algunos de los hallazgos más importantes que el monitoreo ha encontrado en Cerro Largo han sido que:

- Los servicios de SSR en la capital departamental son brindados fundamentalmente por el primer nivel de atención en el Centro de Salud de Melo. La concentración de este tipo de servicios en un mismo espacio facilita la coordinación y articulación entre profesionales.
- La RAP cuenta con una oficina en el Hospital de Río Branco, donde se brinda atención en SSR (incluido IVE).
- En CAMCEL existe una fragmentación en la atención de SSR, ya que se brinda el servicio de anticoncepción en la policlínica de Planificación Familiar fundamentalmente, y la policlínica de SSR tiende a quedar relegada a otras prestaciones, principalmente IVE.
- El Hospital de Melo no cuenta siempre con ginecólogo o anestesista de guardia por lo que las embarazadas deben ser muchas veces derivadas a CAMCEL durante el trabajo de parto. Esto termina impactando en la calidad de la atención de un servicio básico en SSR.

- En la localidad de Río Branco todos los partos son realizados en el Hospital ya que CAMCEL no cuenta con block quirúrgico. Existe un convenio entre ambos prestadores para brindar este servicio.
- En ambos prestadores se da la situación, en ocasiones, de tener que explicitar en atención a usuarios que se requiere atención por un IVE, lo que atenta contra la confidencialidad de la consulta y puede operar como una barrera para el acceso.
- El Hospital de Melo realiza el recuento de CD4 y retira las muestras de sangre que son requeridas para el conteo de carga viral en usuarios/as con VIH. Estas muestras son enviadas al SEIC, que se encarga de realizar el análisis y enviar los resultados de vuelta al laboratorio, de esa manera se agilizan los tiempos.
- En ambos prestadores, el kit de atención a casos de violencia sexual no incluye la profilaxis preventiva para VIH lo cual representa una falta de insumos en la atención de urgencia a estos casos.
- CAMCEL cuenta desde hace un año con un servicio de reproducción humana asistida.

SÍNTESIS DEL DEPARTAMENTO DE ROCHA

El departamento de Rocha tiene varias cualidades particulares, entre ellas la gran dispersión de su población. La información relevada desde MYSU, hace referencia a las prestaciones de SSR en las localidades de Rocha (capital departamental), Chuy y Castillos (segunda y cuarta localidad más habitada del departamento, respectivamente).

Con varias ciudades importantes, más allá de la capital departamental, garantizar el acceso a las prestaciones de SSR, como con toda prestación en salud, tiene inconvenientes y desafíos a superar. En este sentido debe destacarse que exista un **grado de descentralización significativa** de algunos servicios, **en particular aborto y atención en el parto**.

Resumiendo, algunos de los hallazgos más importantes que el monitoreo ha encontrado en Rocha han sido que:

- En ASSE existe un único ECR (en el Hospital de Rocha), sin embargo, trabaja con énfasis en atención directa y no en el rol de referente. A su vez, este equipo trabaja de forma coordinada pero no simultánea ni consecutiva, lo cual se presenta como un inconveniente particularmente en la atención en IVE.
- No siempre es sencillo acceder a consultas de asesoramiento en MAC porque no hay profesionales disponibles en el interior del departamento, si bien se cuenta con los métodos en policlínicas periféricas y rurales de ambos prestadores.
- Uno de los principales obstáculos que tiene la atención en embarazo y parto en Rocha es que tres fines de semana al mes no tienen cobertura ginecológica de guardia en el Hospital de Rocha. Las emergencias gineco-obstétricas deben de ser atendidas en COMERO.

- Desde que se implementó el modelo de atención a embarazos de bajo riesgo en COMERO, atendidos exclusivamente por parteras, bajó el índice de embarazos de riesgo, la prematuridad y el porcentaje de bebés con bajo peso, e incluso el índice de cesáreas.
- En el Hospital de Chuy, el índice de cesáreas es de un 24% aproximadamente, valor significativamente bajo para la realidad nacional, e incluso más bajo que el de ASSE para todo el departamento: 31,4% según cifras del MSP.
- Casi la totalidad de las mujeres que comienzan el proceso de IVE en el Hospital de Chuy lo terminan, asistiendo incluso a la etapa de IVE 4, situación atípica en el panorama nacional.
- En COMERO tanto la IVE 1 como la IVE 2, la ecografía confirmatoria y el hemograma requeridos para completar el proceso de aborto, pueden realizarse en todas las localidades que tienen filial, estas son: Chuy, Castillos, Lascano y La Paloma. IVE 3 se puede realizar en todas las localidades excepto La Paloma.
- El Hospital de Rocha y el Sanatorio de COMERO cuentan con una infectóloga que es quien se encarga de dar seguimiento y coordinar con el Instituto de Higiene el tratamiento antirretroviral.
- El Equipo Referente en Violencia Doméstica de COMERO es referente para el resto de los profesionales, brindando asesoramiento y apoyo a quienes atienden los casos. Esto representa una excepción frente a la mayoría de los equipos del país, siguiendo lo que define la normativa como su rol principal.

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES Y VARONES CON COBERTURA DE SALUD EN CERRO LARGO Y ROCHA

Las 39 entrevistas realizadas a mujeres y varones en los dos departamentos estudiados en el monitoreo (Cerro Largo y Rocha) corroboran y complementan algunos de los hallazgos obtenidos por el monitoreo de los servicios. Las percepciones de la población entrevistada indican distintas formas de vulneración de derechos en los servicios.

En general existe un **grado de desconocimiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos** (SDSR) importante, si bien se percibe que el reconocimiento de algunos servicios en particular (anticoncepción, aborto y atención en embarazo y parto) va en aumento. Los conceptos de SDSR tienden a no formar parte del discurso de mujeres y varones, aun cuando puedan tener conocimiento sobre algunos derechos o dimensiones de la SSR.

Si bien ambos departamentos cuentan con al menos un servicio de aborto instalado por prestador funcionando regularmente, se constata **la existencia de barreras y dificultades en el acceso y uso de los mismos**. La divulgación del servicio y la información que manejan varones y mujeres sobre estos es deficitaria, escasa o nula. Quienes manejan información adecuada sobre el servicio de aborto, generalmente han recurrido a este o alguna persona cercana lo hizo.

El **peso del estigma** siendo una barrera para el acceso de las mujeres, y muchas veces la concepción errónea de cuál debería ser o es el rol de los servicios de IVE pone de manifiesto esta barrera en el discurso de mujeres y varones, sea por experiencias vividas o por su opinión respecto al tema.

En general, **las mujeres se encuentran más informadas o tienen al menos más idea sobre la existencia de servicios de aborto en sus departamentos** y sobre el alcance de la ley que los varones, situación que se replica en varias dimensiones de la SSR.

En materia de anticoncepción se encuentra la presencia de un fuerte discurso tanto en mujeres como en varones sobre el **rol central de la mujer en el cuidado**. Las mujeres son quienes generalmente acceden a los servicios de este tipo, en especial aquellas mayores de edad y con pareja estable. Los varones tienden a acceder a estos servicios cuanto más jóvenes son o cuando no tienen pareja estable, siendo cuando se registra mayor uso del preservativo masculino.

Por otra parte, los **centros de salud no son vistos como referentes en violencia doméstica** y la mayoría no recuerda que le hayan aplicado el formulario de detección. Cuando sí se registra conocimiento sobre el formulario violeta de violencia, la conclusión a la que llegan la mayoría de los/as entrevistados/as es que su efectividad para detectar casos de violencia es cuestionable. La misma percepción se registra entre profesionales y autoridades.

Respecto a VIH/ITS, si bien los centros de salud son reconocidos como el lugar de referencia para la atención, a donde acudir en caso de necesitarlo, al igual que con otras temáticas de SSR **no son vistos como referencia a la hora de obtener información**. Generalmente la información que mujeres y varones manejan respecto al tema proviene de lo que han aprendido en los centros educativos, de su familia o de búsquedas personales en internet.

Se destacan **situaciones de violencia obstétrica** y otro tipo de situaciones vinculadas a la atención pre y posparto. El destrato y abuso verbal a las mujeres en trabajo de parto, la presión por la lactancia durante el puerperio, el no brindar toda la información sobre qué se va a hacer o está haciendo, e incluso la negativa a que las mujeres sean acompañadas durante el parto, son algunos ejemplos de violencia institucional que experimentan las mujeres (y a veces sus parejas) de parte de profesionales de la salud.

SÍNTESIS DEL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO

La realidad del **departamento de Montevideo**, donde se encuentra la capital del país y reside más del 40% de la población nacional difiere en muchos sentidos frente al resto de los departamentos monitoreados. Montevideo tiene concentrados la gran mayoría de los servicios del país, incluyendo los de salud, y es donde se ubican los prestadores más grandes.

Al poner el foco en 4 prestadores simplemente, no se pueden extraer grandes conclusiones sobre la realidad del departamento en su totalidad, pero aun así, el monitoreo arroja datos interesantes sobre la implementación de prestaciones de SSR en la capital nacional. Destaca en especial, la repetición de ciertos patrones que se vislumbran en el interior del país, demostrando que algunos avances y desafíos en SSR son comunes a todo el Uruguay.

Para facilidad de lectura, se desglosará lo relevado por prestador de salud.

A) Hospital de la Mujer – Centro Hospitalario Pereira Rossell:

- Se identifican dificultades en anticoncepción debido a la alta demanda. La agenda se abre mensualmente y se agota rápidamente, dándose prioridad a los casos urgentes y especiales. Los servicios están saturados.
- El 80% de las consultas de anticoncepción es para implantes. Empezaron con unas 100 solicitudes al mes (aproximadamente) y ahora rondan las 400. En 2015 se colocaron un total de 1800 implantes.

- El hospital atiende únicamente alto riesgo obstétrico, el resto de los embarazos se controlan a nivel de la RAP.
- Cuando no hay ninguna dificultad, las parteras son quienes atienden los partos y esto se considera fundamental ya que puede ser una de las razones que explican el bajo índice de cesáreas de la institución.
- Los datos disponibles sobre los índices de cesáreas son para el total de ASSE en Montevideo, ascendiendo al 25,3% de los nacimientos ocurridos en 2015. Este valor se repite en el Hospital.
- El servicio de IVE funciona de lunes a viernes, con turno matutino y vespertino, en varias policlínicas. Si bien se pretende instalar servicio los fines de semana, no se cuenta con los recursos humanos para ello. Este servicio es el más grande a nivel público y sirve es servicio de referencia a nivel nacional.
- El método de realización de IVE es casi exclusivamente medicamentoso (98%). Si la mujer desea un legrado, se cuenta con block y anestesista para la realización de legrado aspirativo. No se plantea la opción del AMEU para las usuarias que realizan IVE.
- En materia de objeción de conciencia, el prestador cuenta con un bajísimo porcentaje (1,5%). Según informa la dirección del Hospital de la Mujer, todos/as los/as ginecólogos/as no objetores/as realizan IVE. Sin embargo, solo 5 están asignados/as específicamente para ello.
- No existe un servicio de violencia doméstica en el Hospital. El Dpto. de Servicio Social y la Unidad de Salud Mental se hacen cargo de los casos, fundamentalmente.
- Existe una policlínica de atención materno-infantil en VIH que se encuentra la órbita del Hospital Pediátrico y atiende a mujeres embarazadas, mujeres madres y niños, niñas y adolescentes con VIH. La policlínica es un centro de referencia a nivel nacional.
- Las fórmulas pediátricas de antirretrovirales representan un problema. Los casos varían sensiblemente de niña/o a niña/o, y no siempre se cuenta con las dosis necesarias en stock.
- El Hospital cuenta con una fuerte presencia de organizaciones de distinto tipo trabajando en conjunto con los servicios de salud: Iniciativas Sanitarias (IVE y anticoncepción fundamentalmente), ASEPO (VIH), Fundación Álvarez - Caldeyro Barcia (Hogar de Madres).

B) Hospital Policial:

- Los servicios de anticoncepción están dirigidos exclusivamente a mujeres, exceptuando el Espacio Adolescente, lo que refuerza la idea de que el cuidado es responsabilidad de ellas.
- No se cuenta con una política institucional de promoción del parto humanizado.
- En el año 2015 un 51% de los nacimientos se realizaron por cesárea porcentaje que supera el promedio nacional del año 2015, tanto del sector mutual (50,4%), como de ASSE (36.1%).
- Las mujeres policías quedan expuestas a vulnerabilidades ante situaciones de embarazo ya que se les exige que sigan trabajando en la calle, patrullando, usando chaleco, arma, etc., en lugar

de encomendarles otras tareas que consideren la situación coyuntural, y le permitan seguir trabajando en condiciones seguras. Como respuesta a esto, los/as ginecólogos/as tienden a certificar a la mujer, asumiendo los costos, arriesgando deteriorar su carrera funcional, y haciendo que el Ministerio del Interior pierda un recurso humano temporalmente.

- La policlínica de SSR está conformada por 2 equipos y atiende lunes y viernes. El resto de los días hay profesionales en la institución por lo que hay posibilidades de conformar el equipo interdisciplinario de necesitarse. Los fines de semana hay mayor dificultad ya que no hay trabajadora social ni psicóloga/o por lo que de ser necesario éstas se tendrían que convocar de afuera.
- El porcentaje de objeción de conciencia del prestador es de un 34%, sin embargo, solamente 2 profesionales realizan IVE, por lo tanto, solamente el 0,5% de los/as ginecólogos/as del prestador se dedican a IVE, siendo que el 66% no presentan objeción de conciencia.
- Sanidad Policial cuenta con un Servicio de Violencia que se inició en 2007 y desde fines de 2015 se divide en atención a mujeres y a varones por separado, independientemente de ser víctima o agresor. Este Servicio tiene su sede física fuera del Hospital. Existe a su vez un Servicio de Género, que articula con la División de Género del Ministerio del Interior.
- En el 2017 se conformará un equipo de maltrato y abuso infantil que estará en la órbita de neuropsiquiatría pediátrica. Según se indica todavía no hay una respuesta que pueda cubrir la gran demanda en esta problemática.
- Ante casos de denuncias de violencia doméstica el protocolo indica que debería realizarse un desarme. Dado que el retiro del arma afecta el normal desempeño de las tareas policiales, y puede tener un impacto en los ingresos de los hogares, se genera un desincentivo para denunciar dificultando el abordaje del problema.
- Niños y niñas se atienden en el servicio pediátrico de atención en VIH, mediante acuerdo entre el Hospital Policial y el Pereira Rossell. Las embarazadas se atienden en el Hospital.
- El porcentaje de adherencia es alarmantemente bajo: 20,5% tanto para varones como para mujeres.

C) COSEM:

- El asesoramiento y entrega/colocación de métodos es realizado por todos los/as ginecólogos/as de la institución en sus policlínicas. También se brinda la prestación en una policlínica de SSR específica de anticoncepción que es atendida por ginecólogo, parteras y psicólogo.
- En el año 2015 mientras que se realizaron 57 ligaduras tubarias, no se realizó ninguna vasectomía.
- Los partos se realizan en el Hospital Evangélico. Por el convenio que tienen con dicho prestador, éste presta su infraestructura y su personal (parteras, enfermeras, etc.), siendo ginecólogos/as y anestesistas del plantel de COSEM y estando de guardia retén siendo convocados si consulta una mujer. En caso que sea necesario éstos permanecen en la institución, disponiendo un cuarto para ello.

- En COSEM no hay una pauta institucional de promoción del parto humanizado. Por su parte, el índice de cesáreas de la institución es de los más altos del país, ascendiendo al 68,1% de los partos que realizan.
- La prestación de Interrupción Voluntaria del Embarazo se brinda en la policlínica de Salud Sexual y Reproductiva. Esta se realiza 3 veces por semana y está integrada por ginecólogo, parteras, psicólogo y asistente social.
- COSEM cuenta con un convenio con el Hospital Evangélico, institución *objectora de ideario*, por el cual realiza las etapas conocidas como IVE 2 y 3 (reunión con equipo multidisciplinario e instancia de confirmación con ginecólogo y receta de medicación en la mayoría de los casos) de dicha institución.
- Un 44% de los/as ginecólogos/as del prestador presenta objeción de conciencia. Solamente 8 realizan IVE en el prestador, por lo que solamente el 30% del total de ginecólogos/as realiza IVE. Esto es poco más de la mitad de los/as no objetores/as.
- El equipo de referencia en violencia doméstica de COSEM se reúne con una periodicidad quincenal y realiza coordinaciones, da seguimiento de los casos y supervisa la implementación de las pesquisas de violencia doméstica (formulario violeta).
- Durante el 2016 se trabajó sobre el protocolo de atención a situaciones de violencia sexual en puerta de emergencia. La atención en puerta de emergencia de estos casos se realiza en el Hospital Evangélico, en el cual se convoca al ginecólogo/a de COSEM que se encuentra de guardia retén. La/os ginecólogos del Hospital Evangélico sólo asisten a la usuaria ante los casos de extrema urgencia.
- Se destaca que nunca hay discontinuidad de fármacos para tratamiento antirretroviral (TARV), teniendo las personas fácil acceso fácil en farmacia. Los porcentajes de adherencia a los tratamientos son muy altos, 92% en mujeres y 89% en varones
- Se destaca que los/as profesionales tienen la libertad de hacer tratamiento profilaxis pos-exposición sexual consensual para prevenir la infección.

D) Médica Uruguaya:

- El acceso a MAC se considera relativamente sencillo, sobre todo en lo que respecta a la repetición de métodos. Las mujeres que van para repetición son anotadas en forma supernumeraria, ya que la receta de repetición se realiza de forma rápida.
- En materia de métodos irreversibles la espera es preocupante, ya que se requiere de 1 a 2 años de espera para la realización de ligadura tubaria, y de 6 meses a 1 año para realización de vasectomía.
- La captación temprana de las mujeres es elevada, con casi la totalidad de las embarazadas siendo captadas durante el primer trimestre del embarazo (92%).

- El acompañamiento en el parto es una realidad casi en la totalidad de los partos, por lo que no pareciera haber inconvenientes en ese sentido.
- MUCAM cuenta con clases de parto. En la Sede central se dictan de lunes a sábado y se cuenta con horario matutino, vespertino y nocturno. Las sucursales de Las Piedras, Piedras Blancas, Colón, Paso Cerro, Solymar y Pando también cuentan con clases de parto. La oferta es extendida.
- Se cuenta con servicio de IVE en Sede Central dos veces por semana, el resto del mes el equipo rota por las distintas sucursales de Montevideo. Atienden de lunes a viernes en distintos lugares.
- Existe posibilidad de internación para IVE por decisión de la mujer o por razones médicas o sociales (mujeres en situación de violencia doméstica, por ejemplo). También en casos de mujeres que están muy sobre el plazo de las 12 semanas.
- Para IVE 4 se cuenta con policlínicas específicas, que funcionan una vez por semana, 4 horas de consulta. Estas policlínicas se encuentran al límite de capacidad, y desde los/as profesionales se entiende que debería incrementarse el número de policlínicas o de veces a la semana.
- La totalidad de las IVE ratificadas en IVE 3 se realizan por método medicamentoso. La técnica de AMEU no se realiza ya no se cuenta con los implementos necesarios para ello, aunque sí se realizan legrados aspiratorios en block quirúrgico de necesitarse. En el 82% de las IVE realizadas en 2015, no se requirió repetir la medicación. En 17% de los casos se repitió una sola vez, por lo que el 99% de las mujeres no necesitaron repetición de misoprostol o solo lo requirieron una vez.
- Solo el 15% de los/as ginecólogos/as no objetores/as (que representan el 11% del total de ginecólogos/as) realiza IVE en MUCAM.
- El equipo referente en violencia doméstica efectivamente es de referencia para el resto de los profesionales, se los ve como referentes desde el personal de salud. Las capacitaciones que realizan son constantes y varían en su modalidad, incluyendo jornadas, charlas, e instancias de capacitación bilaterales en casos de actualización de protocolos/normativas.
- Los test rápidos y confirmatorios de VIH, así como el tratamiento antirretroviral y los controles necesarios como el recuento de CD4 y la carga viral se realizan en el Sanatorio del prestador. El tiempo estimado para tener los resultados de los test rápidos (de 1 hora a 1 día) y confirmatorios (15 a 20 días), así como del test de VDRL (1 día) para detección de sífilis son relativamente breves, y se alinean con otros prestadores de salud.

RECOMENDACIONES

- Los ECR deben cumplir con su rol específico de coordinación, tal cual lo establece la normativa y no ser únicamente un equipo de atención directa. El rol coordinador de este equipo resulta un elemento clave para promover la integralidad de la atención en este campo.
- Para evitar la fragmentación de la atención y el estigma asociado a la práctica del aborto, los equipos de SSR deberían atender todas las dimensiones de la SSR desde una concepción integral y basada en derechos.

- Las instituciones deben difundir información sobre los servicios legales de aborto, informando a la población sobre sus características y restricciones. Asimismo, deben garantizar la confidencialidad y privacidad de las mujeres que transitan por un proceso de IVE.
- Los prestadores de salud deben asegurar una atención de buena calidad a las mujeres durante el control del embarazo, el proceso de parto y el puerperio, asegurando la provisión de estos servicios con profesionales y recursos materiales necesarios para cumplir adecuadamente con dichas prestaciones, en todo el país.
- Dada las dificultades registradas en muchos de los prestadores públicos y mutuales, para cumplir con las nuevas ordenanzas que reglamentan los servicios de IVE, se recomienda revisar y erradicar los obstáculos impuestos por las normas que imposibilitan su debido cumplimiento y el acceso universal a estos servicios.
- Todos los prestadores de salud, en particular los servicios públicos, deben contar con equipo referente en violencia doméstica y sexual. Estos pueden realizar atención directa, pero fundamentalmente deberían cumplir una función de referencia y contra-referencia que permita el abordaje interinstitucional e interdisciplinario ante las situaciones de violencia hacia las mujeres basada en género.
- Deben fortalecerse los mecanismos de capacitación permanente para los profesionales y personal que trabaja en la salud con el fin de brindar una adecuada atención ante las situaciones de violencia doméstica y sexual. Se deberían generar los mecanismos de control que aseguren intervenciones ajustadas a protocolos y guías clínicas. Resulta imprescindible, que las instituciones cuenten con el kit de atención para violencia sexual, que permita la prevención de ITS/SIDA y de embarazos no deseados así como la atención integral que permita las situaciones adecuadas de protección, atención y reparación de las mujeres víctimas de violencia.
- Se requiere mayor disponibilidad de profesionales para acceder a consultas de asesoramiento en métodos anticonceptivos, ya que se constata que en muchas situaciones los métodos están disponibles, pero no hay suficientes recursos humanos capacitados para brindar el adecuado asesoramiento.
- En esa línea, se recomienda emprender mecanismos innovadores para difundir información sobre métodos anticonceptivos, ya que persisten importantes carencias en este campo, siendo que muchas veces no se conoce la oferta disponible de métodos, así como en muchas situaciones no se hace un uso correcto de los mismos.
- Se visualiza que las parteras juegan un rol clave en la atención de la SSR por lo que debería promoverse su plena integración en los equipos de SSR, particularmente en la atención en embarazo y parto de bajo riesgo, métodos anticonceptivos e IVE etc.
- Se requiere un rol activo de los prestadores de salud en la tarea de promover la prevención de infecciones de transmisión sexual y su articulación con otras dimensiones y situaciones de la SSR, por ejemplo, en el vínculo entre VIH y violencia, embarazo, aborto y lactancia en mujeres con VIH, entre otros. Las campañas deben estar presente en la atención cotidiana y no restringirse únicamente a las fechas conmemorativas.

- Es muy necesario mejorar el Sistema de información y procesamiento de datos en los distintos componentes de la SSR con el fin de generar las condiciones que permitan evaluar el proceso de implementación, funcionamiento, desempeño de los equipos y de resultados de los servicios brindados, incluyendo la calidad de la atención desde la perspectiva de la población usuaria.
- Es importante asegurar los insumos, la difusión de los servicios y la promoción de derechos a través de estrategias de divulgación que permitan informar sobre la oferta de servicios y asegurar la satisfacción de la demanda en base a la adecuada identificación de requerimientos y necesidades de mujeres y varones de todas las edades y condiciones.