

De: MUJER Y SALUD EN URUGUAY – MYSU

A: MINISTRO DE SALUD PÚBLICA – DR. JORGE BASSO

Asunto: Sugerencias para mejorar la respuesta en la atención y el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto del SNIS

Fecha: 13 de marzo de 2018

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) desde su programa Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva, que monitorea desde el 2007 el progreso de la atención de la salud sexual y reproductiva en el país, realizó el seguimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y aborto a nivel territorial, desde su instalación en el año 2013. En cinco años de estudios se cubrieron 24 instituciones prestadoras de salud de ambos subsectores del SNIS, en 19 localidades de 10 de 19 departamentos del país, incluyendo 5 instituciones de salud de Montevideo¹.

Las dimensiones de la SSR monitoreadas fueron: anticoncepción; embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo; ITS/VIH; violencia basada en género; y atención a adolescentes.

Entre los hallazgos más importantes del estudio se destaca la existencia de servicios de SSR y aborto en todos los departamentos e instituciones monitoreadas, con distintas lógicas de funcionamiento y aspectos organizativos peculiares, pero que con mayor o menor éxito están cumpliendo el rol de atención directa a las necesidades de la población usuaria.

El impacto de la existencia de estos servicios, en especial en aborto, es innegable. A la fecha las mujeres que se han realizado 44.419 abortos en servicios legales han tenido respuesta a un requerimiento específico de su salud donde corresponde que es el SNIS², cuando hasta a fines de 2012 estos servicios ni existían. Esto da cuenta de la voluntad política del Poder Ejecutivo de hacer accesible en los hechos lo dispuesto por las leyes promulgadas en la última década que reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Avances que han destacado al Uruguay en diversas instancias del Sistema Internacional de Derechos Humanos por cumplir con tratados adoptados como estado parte de las NNUU.

Sin embargo, aunque la presencia y el funcionamiento de los servicios son de subrayar, la implementación de la política pública en SSR y aborto atraviesa diversas dificultades de acuerdo a lo identificado en los estudios de seguimiento. Los resultados obtenidos han sido discutidos con autoridades e integrantes de los equipos de salud de las instituciones involucradas en cada departamento monitoreado. En varias de estas reuniones participó la Dra. Adriana Brescia en representación de su secretaría y las direcciones departamentales del MSP.

¹ MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados: Estudios Observatorio MYSU 2013-2017*. Montevideo: MYSU. Accesible en: <https://bit.ly/2B0Sb3V>

² Cifras de aborto del MSP. Para 2017 los datos son preliminares.

MYSU entiende el monitoreo ciudadano como un mecanismo que contribuye a nutrir la tarea de diversos actores en tanto instrumento que genera información para valorar avances, señalar obstáculos y elaborar propuestas para mejorar la política de igualdad de oportunidades y derechos en el país. En este proceso de relevamiento de información, su análisis y discusión de resultados se han identificado las siguientes propuestas que buscan contribuir a mejorar la atención de la SSR y el aborto legal.

Recomendaciones generales

Se recomienda a todas las instituciones de salud:

-) Asegurar que los equipos coordinadores referenciales en SSR cumplan su rol referencial y de supervisión de los servicios en SSR tal como establecen las guías clínicas y no limiten la tarea a la atención directa.
-) Asegurar que los ECR no se limiten a resolver la atención de la IVE, como ha sido detectado en varias de las instituciones proveedoras de salud estudiadas.
-) Dar mayor difusión de la ley de IVE y de los lugares donde están disponibles los equipos multidisciplinarios por departamento y prestador, explicitando días y horarios de la atención.
-) Tener la disponibilidad de recursos humanos suficientes para mantener los servicios de aborto funcionando regularmente y acorde a lo estipulado por la ley.
-) Los altos porcentajes de objetores de conciencia detectados en algunos lugares del país requiere de medidas de contratación de profesionales no objetores que aseguren la cobertura de los servicios legales de aborto sin perjudicar a las mujeres que los requieren. Deberían mejorarse además los controles para evitar el uso abusivo del recurso de objeción de conciencia y establecer mecanismos de mayor apoyo y reconocimiento a los equipos profesionales que permiten cumplir con la atención estipulada por la ley.
-) Promover de forma más enfática los servicios de salud sexual y reproductiva porque se ha debilitado la concepción y el abordaje integral que atiendan las diversas dimensiones y requerimientos de la población en el campo de la SSR. Particularmente débil es el funcionamiento de los servicios para adolescentes y la inclusión de varones en la promoción de la vida sexual y reproductiva más saludable. Preocupa la tendencia a medicalizar la prevención en lugar de apostar a la promoción de conductas respetuosas, no violentas y de auto y mutuo cuidado en el ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas.
-) Garantizar el acceso a la más amplia canasta de métodos de anticoncepción para mujeres y varones, la difusión del condón femenino ha sido particularmente débil.
-) Avanzar en la calidad de la atención de los servicios de SSR y mejorar el sistema de registro sobre la vulneración de derechos registrada en la atención del embarazo, parto, puerperio y aborto. Especial atención genera el alto porcentaje de situaciones de violencia obstétrica relacionadas por las mujeres entrevistadas que no necesariamente se reflejan en las denuncias registradas en las oficinas de atención a la población usuaria del SNIS.
-) Los equipos de referencia para la atención de la violencia doméstica y sexual deben ser actualizados en su intervención acorde al nuevo marco normativo aprobado sobre violencia hacia las mujeres por razones de género y generación. Deberían estipularse los alcances de la intervención, los marcos teóricos y los

nuevos desafíos contenidos en las indicaciones para los servicios de salud que estipula la ley.

- J) Mejorar los mecanismos que protejan la confidencialidad de los motivos de consultas, de los resultados de estudios diagnósticos y de los datos de la población usuaria, en especial por razones de aborto, ITS/VIH y violencia de género.

Se recomienda a las autoridades en salud

- J) Reforzar la información en derechos en SSR que la población usuaria debe conocer para tomar decisiones y dar consentimientos debidamente informados ante medidas diagnósticas, de prevención o tratamiento médico.
- J) Mejorar el sistema de vigilancia y de rendición de cuenta sobre el impacto de los programas y medidas sanitarias en el campo de la SSR.
- J) Fortalecer las capacidades de control del MSP a nivel nacional y local, de modo de asegurar el cumplimiento de la normativa en salud y DSR y mejorar la respuesta ante los problemas identificados.
- J) Atender y superar el uso abusivo de la objeción de conciencia en la atención de la IVE por parte de profesionales de la ginecología y revisar los mecanismos que permitan conocer su prevalencia en todos los departamentos del país.
- J) Diseñar y procesar periódicamente indicadores que permitan rendir cuentas públicas sobre la atención de todos los componentes de la SSR en el SNIS.

Al Poder Legislativo:

- Revisar las condiciones impuestas por la ley de IVE porque la evidencia relevada indicaría que algunos supuestos que motivaron las condicionantes de la ley sería erróneos, establecerían condiciones que impiden su adecuada implementación y/o habrían perdido vigencia. Los resultados sobre el funcionamiento de los servicios legales indican que la mayoría de los abortos fueron por vía medicamentosa por lo tanto no sería indispensable la especialidad de la gineco-obstetricia para prescribir la medicación que constituiría el principal procedimiento utilizado para abortar. Fue ínfimo el porcentaje de mujeres que desistieron de la decisión de abortar pero las instituciones proveedoras de salud tendrían dificultades para cumplir con la conformación y disponibilidad de los equipos interdisciplinarios que debieron adecuarse luego de la interpretación más restrictiva de la ley contenida en el fallo del TCA ante el recurso de grupo de profesionales de la ginecología interpuesta en 2014. Algunos de los impedimentos en el acceso a los servicios legales violentarían tratados de derechos humanos, como por ejemplo los derechos de la población migrante al impedir a mujeres con menos de un año de residencia en el país, el acceder a la atención ante embarazos no buscados o no intencionales.

Recomendaciones por departamento

Salto

En 2014, cuando se presentaron los resultados del monitoreo realizado en Salto, se recomendó buscar una solución al problema de 100% de objeción de conciencia que registraba el departamento³. Durante dos años, la solución fue asignar a una profesional de la ginecología de Montevideo para que viajara con regularidad y cubriera los servicios público y privado del departamento para que las usuarias no debieran trasladarse hasta Montevideo o recurrir al circuito clandestino. A la fecha, se cuenta con dos profesionales trabajando en el departamento.

Sin embargo, Salto sigue manifestando problemas en materia de SSR, siendo uno de los bastiones de prácticas conservadoras, con manifestaciones contrarias a la ley de IVE tanto en espacios públicos como en instituciones educativas⁴, vulnerando derechos consagrados en el ordenamiento jurídico uruguayo e intentando sabotear a los servicios existentes. A su vez, se han detectado problemas en la atención en VIH y a personas trans.

Desde MYSU se recomienda a las autoridades reforzar los esfuerzos para superar los obstáculos particularmente complejos que tiene el departamento desconociendo leyes existentes, procurando interferir en el funcionamiento de los servicios legales creados o que intentan estigmatizar o intimidar a las mujeres que lo requieren y a los profesionales que proveen los servicios de aborto.

Paysandú⁵

En 2015, cuando se realizó la devolución de resultados del monitoreo en Paysandú, se identificó como principal barrera la poca disponibilidad de tiempo de block quirúrgico y de camas para la realización de ligaduras tubarias de acuerdo a la demanda en el prestador público.

Se identificaron además criterios arbitrarios de la práctica médica en relación a respetar la decisión de optar por métodos irreversibles por parte de las/os usuarias/os en ambos prestadores. Deberían mejorarse las garantías en el acceso a métodos de anticoncepción irreversibles y de respeto a las decisiones de usuarios y usuarias.

A su vez, el alto nivel de objeción de conciencia (87%) supone que a efectos prácticos solo 2 profesionales de la ginecología brindan el servicio en el departamento. De no estar disponibles, las mujeres deben trasladarse a departamentos limítrofes con distancias de 120 kilómetros para obtener la prescripción de la medicación abortiva. Asegurar el acceso al servicio de aborto en el propio departamento durante todo el año debe ser una prioridad.

³ MYSU (2014) *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo: MYSU.

⁴ <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/salto-ciudad-resiste-aborto.html>

⁵ MYSU (2014-2015) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Montevideo: MYSU.

Río Negro⁶

El departamento de Río Negro presenta una situación peculiar en materia de objeción de conciencia. A 2015, la ciudad capital (Fray Bentos) no presentaba ningún profesional objetor de conciencia mientras que su segunda ciudad más grande (Young) tiene 100% de objetores. Su cercanía a Mercedes (otra ciudad con 100% de objeción de conciencia) implica un flujo importante de usuarias hacia Fray Bentos que termina concentrando la atención de IVE. Los integrantes de los equipos a cargo manifiestan preocupación porque no pueden dar seguimiento a las mujeres que atienden en IVE 3 y advertían la sobrecarga y la tensión de convertirse en los profesionales del aborto. A la fecha de realizado el monitoreo, el servicio del Hospital de Fray Bentos realizaba entre 30 y 40 consultas semanales por IVE, situación que aunque se encontraba bajo control, advertía riesgos de sobrecarga de los integrantes de este servicio. Asegurar la continuidad del servicio público de IVE en Fray Bentos es vital para el departamento cuando es el servicio de referencia para el departamento y parte de la región.

Los índices de cesáreas son altos para ambos prestadores presentes en la capital del departamento (43% para ASSE Fray Bentos y 40% en AMEDRIN⁷), contrastando con la realidad de la maternidad única de Young (compartida por el Hospital y CAMY), una de las primeras del país en implementar el parto humanizado.

Se recomienda también, registrar el trabajo de la maternidad única de Young y replicar los aspectos positivos en los prestadores de Fray Bentos para garantizar una mejora en los índices de cesáreas.

Soriano⁸

Además de contar con un 82% de objetores de conciencia, Soriano cuenta con la peculiaridad de tener 100% de objetores en su ciudad capital, Mercedes, donde vive alrededor de la mitad de su población. Esta situación genera que buena parte de la demanda de IVE deba ser resuelta por la vía de traslados, sea a las otras dos localidades del departamento que cuentan con servicios (Dolores, a 39 km, y Cardona, a 91 km), o a la ciudad de Fray Bentos en el departamento vecino de Río Negro.

Soriano, al igual que Salto, ha presentado situaciones que ameritarían particular atención de las autoridades para superar los problemas registrados. La interferencia del proceso legal de interrupción voluntaria del embarazo llevado a cabo por la jueza Pura Concepción Book que dio lugar al recurso de amparo presentado por la ex pareja de la mujer que transitaba por un embarazo no deseado, es uno de los ejemplos de obstaculización al funcionamiento de los servicios y la respuesta de responsables del MSP no fue de respaldo a la mujer afectada que estaba amparada por la ley⁹.

Debería trabajarse sobre el peso que el estigma sobre la práctica del aborto tiene en esos contextos donde quienes implementan la política pública no aseguran el cumplimiento de la norma.

⁶ *ibídem*.

⁷ Datos a 2014.

⁸ MYSU (2014-2015) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Montevideo: MYSU.

⁹ <http://www.mysu.org.uy/multimedia/noticia/aborto-en-mercedes-mysu-como-fuente-clave-para-los-medios/>

Asegurar el acceso a servicios de aborto en la ciudad capital es fundamental, evitaría responder a la demanda en base a traslados innecesarios que aumentan dificultades para las mujeres, contribuiría a evitar fugas al sistema clandestino y reduciría costos para los prestadores de salud al atender las necesidades de las mujeres.

Florida¹⁰

A la fecha del monitoreo realizado en Florida (2016) las instituciones públicas y privadas del departamento no pagaban por acto médico, como sucede en la mayoría de instituciones del SNIS en el resto del país. En su momento, esto fue destacado como un aspecto muy positivo que se sugirió debía sistematizarse, promoverse y replicarse en otros departamentos, en el entendido de que el pago de acto médico para algunas prácticas profesionales estimularía a que los profesionales optaran por realizar éstas en lugar de otras como la IVE que son actos médicos sin valor comercial.

Actualmente esta situación se ha revertido, dado que el acto médico remunerado se reinstauró tras un conflicto entre profesionales de la pediatría y el prestador privado (COMEF)¹¹. Si bien se desconoce hasta qué punto el pago o no del acto médico fue un factor decisivo en la resolución del conflicto (si acaso lo fue), el resultado impacta directamente en una cultura profesional cultivada durante años, en un departamento donde los porcentajes de objeción de conciencia destacan por ser los más bajos de los registrados en los departamentos estudiados: 8,3% global, 0% en COMEF.

MYSU recomienda re-evaluar esta decisión, teniendo en consideración que el introducir estímulos económicos para ciertas prácticas en detrimento de otras puede afectar la calidad de los servicios. Se sigue destacando la necesidad de sistematizar lo que ocurría en Florida antes de este cambio y evaluar los impactos que puede significar el cambio.

Por otra parte, los servicios de atención a adolescentes, constituidos en forma interinstitucional se encontraban profundamente debilitados a pesar de las voluntades existentes de parte de ambos prestadores y las autoridades locales en salud. Fomentar el trabajo en conjunto y fortalecer los vínculos entre instituciones puede contribuir a revitalizar estos servicios.

Maldonado¹²

El monitoreo de los servicios de aborto en Maldonado identificó problemas en el acceso debido a que la ruta de IVE (en especial en el prestador público) no era clara y terminaba traduciéndose en un peregrinaje por el departamento en el que los plazos se extendían, al punto de correr el riesgo de pasarse de las 12 semanas y 6 días o de generarse fugas al sistema clandestino. La dispersión de los recursos humanos a lo largo de varias localidades (Maldonado, Punta del Este, San Carlos, Piriápolis y Pan de Azúcar) termina por convertirse en una barrera y en un incremento de los costos para las mujeres que deben trasladarse de una ciudad a la otra siguiendo la disponibilidad del equipo y del profesional requerido para prescribir la medicación.

¹⁰ MYSU (2016) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera*. Montevideo: MYSU.

¹¹ <https://www.elobservador.com.uy/renunciaron-21-pediatras-florida-n979906>

¹² MYSU (2016) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera*. Montevideo: MYSU.

La constatación de una muerte por aborto inseguro¹³ y de mujeres presas por delito de aborto en el departamento¹⁴ tras la implementación de los servicios da cuenta de la dimensión de esta problemática.

Desde MYSU se recomendó (y se consiguió acuerdo de parte de los prestadores de salud del departamento) que hubiera todos los días un centro que dé repuesta a la prestación de IVE con la presencia completa del equipo interdisciplinario en alguna localidad importante del departamento, favoreciendo la rotación del equipo dando cuenta de la dispersión poblacional.

A su vez, en el caso de que una usuaria requiera el servicio de IVE en un lugar en el que ese día no se encuentre disponible, el prestador debe trasladar a la mujer a una localidad en el que sí lo esté.

Armar una sistematización de las hojas de ruta, horarios y servicios de IVE presentes en el departamento debe ser otra prioridad.

Rivera¹⁵

A la fecha de realizado el monitoreo se detectaron dos problemas fundamentales. Por una parte, se identificó que uno de los prestadores privados (COMERI) exigía una consulta con profesional de salud mental para habilitar ligaduras tubarias, requisito no contemplado por la normativa y que violenta la autonomía reproductiva de las mujeres. Por otra parte, ASSE Rivera no contaba con servicio de referencia en violencia doméstica.

Ambas situaciones se revirtieron para el momento en que se elaborara el informe final de monitoreo, destacando los actores departamentales la intervención del Observatorio de MYSU como un mecanismo que permitió identificar el problema y repararlo.

A su vez, en acuerdo con profesionales y autoridades se estableció la necesidad de promover el uso del condón femenino, método anticonceptivo cuya oferta se encontraba sumamente limitada, así como trabajar para el fortalecimiento de los mecanismos de recepción y canalización de denuncia de usuarios/as.

Otro problema particular detectado fue la manifestación de profesionales de la ginecología de los servicios IVE dispuestos a **objetar conciencia por tipo de método abortivo** a utilizar. Sólo aceptarían el aborto por medicamentos pero objetarían si tuviesen que intervenir quirúrgicamente sobre embrión vivo. Esta problemática debería atenderse porque sería un motivo de OC no contemplado por las regulaciones existentes y condicionamientos arbitrarios establecidos por los profesionales que deben aceptar las instituciones proveedoras dada la escasez de recursos humanos disponibles territorialmente.

El problema específico señala una debilidad encontrada en el mecanismo de regulación y control del uso del recurso de la objeción de conciencia que debería atenderse por parte de las autoridades sanitarias para atender los impactos que estos problemas

¹³ <https://www.elobservador.com.uy/justicia-investiga-muerte-joven-21-anos-aborto-clandestino-n871429>

¹⁴ <https://www.elpais.com.uy/informacion/maldonado-mujeres-prision-aborto-ilegal.html>

¹⁵ MYSU (2016) Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de [Florida, Maldonado y Rivera](#). Montevideo: MYSU.

tendrían sobre los derechos de las mujeres, contemplados en la ley y en los tratados internacionales de derechos humanos.

Cerro Largo¹⁶

El monitoreo de MYSU en el departamento de Cerro Largo destacó la disponibilidad de los servicios de IVE, atención en ITS/VIH, controles de embarazo, violencia doméstica, espacios adolescentes, en el primer nivel de atención tanto de los servicios públicos como de las cooperativas médicas. Se registró una buena coordinación y articulación entre equipos, profesionales de los equipos e instituciones, incluida las organizaciones sociales y de representación de usuarios del SNIS. En este sentido, desde el Observatorio de MYSU se sugirió que se sistematizaran estas prácticas para su posible réplica en otros servicios del país.

Otra buena práctica común a la región norte del país, son los mecanismos de diagnóstico de VIH la realización del recuento de CD4 y retiro de las muestras de sangre que son requeridas para el conteo de carga viral en usuarios/as con VIH y los acuerdos realizados con los servicios de Montevideo para realizar el análisis y enviar los resultados agilizando los tiempos de coordinación entre los servicios.

Entre las debilidades la **falta de ecografistas** en servicios públicos demora y complica la atención en aborto y otras necesidades gineco-obstétricas, lo que se traduce en contratación de servicios privados costoso para ASSE (alrededor de 600 pesos por ecografía). Así como también hay **condicionantes impuestas por profesionales de la ginecología sobre los plazos que estarían dispuestos a prescribir medicación para abortos**, que son inferiores a los definidos por ley. También faltan profesionales para el funcionamiento de los servicios en otra ciudad importante del departamento situación que debería subsanarse para que las mujeres no deban padecer el tener que trasladarse importantes distancias para atender sus requerimientos en SSR.

Ampliar la disponibilidad de recursos humanos capacitados y mejorar la complementación público-privada mejoraría la respuesta y evitaría los altos costos que representa para el sistema público la contratación de los servicios de los ecografistas y para las mujeres las distancias que deben recorrer o los riesgos que implican las fugas hacia el sistema clandestino por los déficit de los servicios.

Rocha¹⁷

El servicio de IVE del Hospital de Rocha expone algunas de las dificultades que se registran en distintas localidades del país para cumplir con la implementación de servicios tal y como lo establece la norma. Este servicio funciona de forma coordinada, pero no simultánea. Los tres profesionales que lo integran atienden a las usuarias que requieran IVE en días y horarios diferentes. A su vez, la atención desde el área social cuenta con una única profesional para integrar todos los equipos de las distintas prestaciones que la incluyen.

Debe resolverse el funcionamiento del equipo multidisciplinario de IVE para que cumpla con la norma. También debería mejorarse el funcionamiento y la atención integral de los equipos que atienden diversas dimensiones de la SSR. Garantizar la presencia de

¹⁶ MYSU (2017) Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de [Cerro Largo y Rocha](#). Montevideo: MYSU.

¹⁷ *ibídem*.

recursos humanos suficientes en los servicios públicos es una prioridad y debería ser preocupación de las autoridades locales y nacionales porque se han registrado problemáticas concretas que dan cuenta de la debilidad de la respuesta y de la calidad de la atención en SSR brindada en el departamento.

Sin embargo, se destaca el trabajo del **Equipo Referente en Violencia Doméstica de COMERO** que trabaja como guía para el resto de los profesionales del prestador, brindando asesoramiento y apoyo a quienes atienden los casos. Esto representa una excepción frente a la mayoría de los equipos del país, que no siguen lo que define la normativa como su rol principal.

Montevideo¹⁸

Cinco instituciones de salud fueron monitoreadas en Montevideo: el **Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell**, el **Hospital Policial**, la **Red de Atención Primaria de ASSE** (RAP-ASSE) del Área Metropolitana¹⁹, **Médica Uruguaya** (MUCAM) y **COSEM**. Para todas, se elaboraron recomendaciones en base a los resultados, destacando las siguientes.

Pereira Rossell

Siendo el centro público de referencia en SSR, especialmente en aborto, es necesario diversificar la oferta de métodos abortivos, **incluyendo** no solo el método medicamentoso sino **AMEU, que no se encuentra disponible**. Este método ha encontrado resistencias en otros puntos del país como se mencionara antes, y que el servicio de referencia a nivel nacional lo incorporara podría contribuir a su oferta. Las mujeres no pueden optar cuando el método medicamentoso es el único que se les ofrece como posibilidad.

Por otra parte, las dificultades que se han registrado para la conformación de equipos de referencia en violencia doméstica y su permanencia intermitente en el tiempo generan fragmentación de la atención entre la Unidad de Salud Mental y el Servicio Social. **Debe asegurarse la conformación de al menos un equipo de referencia en el área**, que trabaje en materia de violencia con un enfoque integral, entendiendo a la violencia como un problema multidimensional de la salud de las mujeres.

Una preocupación del prestador es la **falta de dosis pediátricas de antirretrovirales para el tratamiento en VIH en niños, niñas y adolescentes**. Las autoridades correspondientes deben garantizar el acceso a estos medicamentos, en especial teniendo en consideración la vulnerabilidad de parte de la población que atiende el prestador y el hecho de que es el servicio de referencia para todos los niños, niñas y adolescentes con VIH que se atienden en servicios públicos en el país.

Hospital Policial

El Hospital Policial cuenta con particularidades derivadas de su población específica (funcionariado de Policía, funcionariado de Ministerio del Interior, cónyuges e hijos/as

¹⁸ MYSU (2017) Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en Montevideo. Montevideo: MYSU.

¹⁹ Respecto a los datos de la Red de Atención Primaria de ASSE en el Área Metropolitana (RAP Metropolitana), estos fueron relevados por Facultad de Psicología, en acuerdo con la Universidad de la República por medio de un proyecto de investigación CSIC. MYSU figuró como contraparte social. Los datos son exclusivamente sobre aborto.

menores de estos/as). Entre ellas se destacan **inequidades que afectan a mujeres policías y a cónyuges de funcionarios/as**.

Las mujeres policías que transcurren por un embarazo se exponen o bien, a riesgos derivados de la profesión (al exigirse que continúen patrullando, acudiendo a escenas de crímenes, usando chalecos antibalas, etc.), o bien a sufrir deméritos u otro tipo de sanciones (como perder puntos para concursos) si su médico las declara incapaces de realizar sus funciones habituales por motivos derivados del embarazo, o si se les asignan tareas que no requieran porte de arma perciben menores ingresos.

Una situación similar se presenta en casos de aborto, en los que la confidencialidad es difícil de garantizar en el marco de una cultura de disciplina policial en la que sus superiores pueden exigir a las funcionarias explicaciones sobre cambios de turno, días libres, etc. que pueda requerir la realización de un aborto y aunque las mujeres no están obligadas a dar respuestas, de hecho sienten el peso de la autoridad y quedan expuestas a represalias en caso de negarse a responder.

En el caso de cónyuges de funcionarios/as, se establecen problemáticas en materia de violencia doméstica. Por reglamentación del Ministerio del Interior, cuando un/a policía recibe una denuncia de violencia doméstica se debe producir el retiro de arma inmediato y abrirse una investigación del caso. El retiro de arma, como se mencionara antes, se traduce en una reducción de los ingresos. Esto, por sí mismo, supone un desincentivo a la denuncia, en especial en el caso de mujeres víctimas de violencia, en que a las dificultades habituales de esta problemática se suma esta particularidad.

Todas las situaciones antes mencionadas no responden exclusivamente a problemas de Sanidad Policial, ni al Ministerio de Salud o el Ministerio del Interior, sino que **es fundamental que se trabaje en conjunto para buscar soluciones óptimas que eliminen desigualdades en la atención** a mujeres policías y a cónyuges de funcionarios/as policiales.

RAP-ASSE Metropolitana

Más de la mitad (52%) de profesionales de la ginecología de la Red de Atención Primaria de ASSE en el área metropolitana presenta objeción de conciencia. Es necesario garantizar que los servicios de IVE en la red más grande del primer nivel de atención en el país funcionen sin ningún tipo de inconveniente o retraso por la presencia de un porcentaje elevado de objetores.

Evitar situaciones de “peregrinaje” similares a las que se registran en Maldonado debe ser prioritario. MYSU recomienda llevar un control adecuado de profesionales objetores y no objetores para asegurar que la mayor cantidad de servicios de salud provean efectivamente del servicio de IVE, evitando “polos de objetores” (con concentración de estos profesionales en algunos servicios o zonas del área metropolitana en particular).

Médica Uruguaya

Los tiempos de espera habitual para la realización de ligaduras tubarias y vasectomías superan los plazos establecidos por normativa²⁰, situación que debe

²⁰ 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. El plazo máximo por norma es de 6 meses.

de revisarse e indagarse para identificar las razones a las que obedecen estas demoras. Sanciones u otro tipo de medidas deben de evaluarse para garantizar el acceso a prestaciones de anticoncepción irreversible y evitar retrasos innecesarios.

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 brindan clases de parto. La oferta es extendida. Se recomienda sistematizar las experiencias desde el prestador para identificar buenas prácticas y fomentar la implementación de oferta extendida de clases de parto en otros prestadores.

COSEM

COSEM posee **uno de los índices de cesáreas más elevados del país, con un 68,1%**. Esto va en la línea de la **falta de una pauta institucional de promoción del parto humanizado**. Los partos se atienden mediante convenio con el Hospital Evangélico. Debe de promoverse la incorporación del parto humanizado como servicio esencial en el área de embarazo, parto y puerperio, y revisarse el convenio entre ambos prestadores para garantizar que sea un elemento del acuerdo de complementariedad.

Un 44% de profesionales de la ginecología presentan objeción de conciencia, sin embargo, solamente 8 de 27 realizan IVE en el prestador, por lo que **el 30% del total de ginecólogos/as realiza IVE**. Esto es poco más de la mitad de los/as no objetores/as. Es necesario asegurar que el uso de los recursos humanos sea eficiente.

El equipo de referencia en violencia doméstica está integrado por una psicóloga, una trabajadora social, una psiquiatra, un representante de dirección técnica y de secretaría. Éste recibe los resultados de indagaciones sobre violencia que se realizan durante las consultas, y se reúne con una periodicidad quincenal para coordinar y dar seguimiento de los casos. **Su rol es fundamentalmente de referencia y apoyo a otros profesionales que trabajan con los casos**. Sistematizar estos esfuerzos puede contribuir a la identificación de buenas prácticas a replicar en otros servicios.