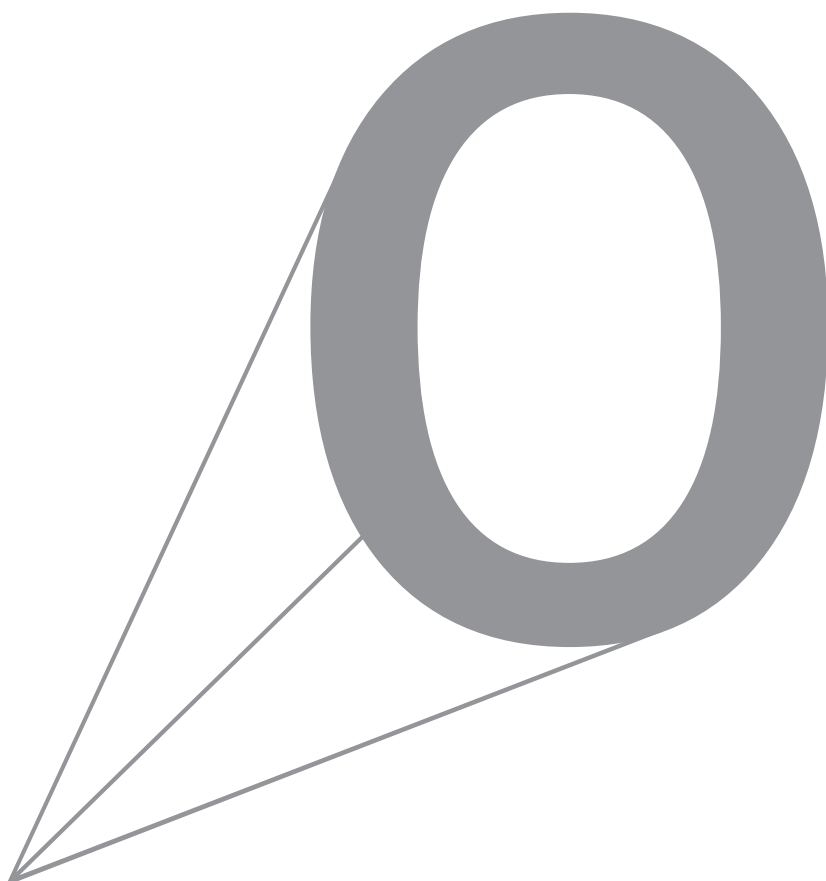


Informe
2016

ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Y ABORTO EN LOS DEPARTAMENTOS
DE FLORIDA, MALDONADO Y RIVERA

mYSU



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

Informe
2016

ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Y ABORTO EN LOS DEPARTAMENTOS
DE FLORIDA, MALDONADO Y RIVERA

© MYSU, 2016

MYSU, 2016: Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud de los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera.

Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva, MYSU, Montevideo.

Este informe es el resultado del estudio realizado por el Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay – MYSU, durante 2015 y 2016 en los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera. Tanto la investigación como su publicación fueron posibles con el apoyo de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de Safe Abortion Action Fund (SAAF) y de International Women Health Coalition (IWHC).

La reproducción parcial o total de este informe está autorizada siempre y cuando se cite adecuadamente la fuente.

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Edición MYSU
Salto 1267 – 11200 Montevideo – Uruguay
(598) 24103981, 24104619 – mysu@mysu.org.uy
www.mysu.org.uy

Coordinación: Lilián Abracinskas
Equipo de investigación: María Eugenia Casanova, Mauro Ramos, Santiago Puyol y Florencia Beder.
Diseño: Montini Diseño

Impresión: disponible en formato pdf en <http://www.mysu.org.uy/multimedia/ediciones-mysu/>

Depósito legal: COMPLETAR

ISBN: COMPLETAR

Con el apoyo de:



CONTENIDO

Introducción	5
Fundamentación	7
Objetivos del estudio	10
Metodología	11
FLORIDA	13
Aborto	18
Anticoncepción	21
Embarazo, parto y posparto	25
VIH/ITS	27
Violencia doméstica	28
Síntesis de la situación de los servicios de SSR en Florida	29
Devolución de los resultados obtenidos en el monitoreo de Florida	31
MALDONADO	33
Aborto	37
Anticoncepción	41
Embarazo, parto y posparto	44
VIH/ITS	45
Violencia Doméstica	48
Síntesis de la situación de los servicios de SSR en Maldonado	49
Devolución de resultados obtenidos en el monitoreo de Maldonado	52
RIVERA	55
Aborto	57
Anticoncepción	60
Embarazo, parto y posparto	62
VIH/ITS	64
Violencia Doméstica	66
Síntesis de la situación de los servicios de SSR en Rivera	68
Devolución de resultados obtenidos en el monitoreo de Rivera	69
EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES Y VARONES CON COBERTURA DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS	74
CONCLUSIONES GENERALES	79
RECOMENDACIONES GENERALES	86
GLOSARIO DE TÉRMINOS	88
BIBLIOGRAFÍA	89

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) es una organización no gubernamental, feminista, cuya misión es la promoción y defensa de la salud y derechos sexuales y los derechos reproductivos desde una perspectiva de género y generaciones. Surge en 1996 como una instancia de articulación de varias organizaciones de mujeres y personas para debatir y promover demandas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y en el año 2004 se constituye finalmente como una asociación civil sin fines de lucro especializada en la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En 2006 se define la necesidad de generar una herramienta político – técnica – ciudadana de mayor eficacia y robustez para incidir en la mejora del acceso a los servicios de SSR con equidad de género, universalidad, calidad e integralidad. Se crea así el **Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva** con el cometido de desarrollar un instrumento potente para la generación de información y su uso por parte de tomadores de decisión, proveedores de servicios, población usuaria y organizaciones sociales.

En 2007 se puso en marcha este programa institucional y desde entonces es una herramienta reconocida por su valor social, político y científico, siendo la información que produce de alto interés para los distintos actores. El Observatorio ha logrado, mediante sus estudios, contribuir a dar visibilidad y tratamiento a una serie de debilidades y desafíos para la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en el país, así como a demandas y necesidades de la población uruguaya en este campo.

La información que ha generado permite identificar barreras de acceso, deficiencias en la calidad de atención y en la organización de los servicios; brechas entre las demandas de atención y la oferta de los servicios, entre otros puntos. Ello ha permitido proponer una serie de recomendaciones para reorientar las políticas, siendo algunas de ellas adoptadas e instrumentadas desde el órgano rector en salud.

INTRODUCCIÓN



El campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha registrado avances sustantivos a nivel del marco normativo y la implementación de servicios en el Uruguay, ubicándolo entre los países latinoamericanos con mejores condiciones para el respeto y la garantía del ejercicio pleno y responsable de la vida reproductiva y sexual de mujeres y varones en clave de derechos.

En 2008 se aprobó la **Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva** que constituye una ley marco, estableciendo, entre otras cosas, que el Estado debe promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios en este campo. Todos los prestadores de salud deben contar con servicios de *anticoncepción*; control de *embarazo* y atención en el *parto y puerperio*; asesoramiento y consejería en casos de *embarazo no deseado o esperado*; atención, detección y prevención de *cáncer génito-mamario*; atención en *climaterio y menopausia*; atención, detección y prevención de *infecciones de transmisión sexual*, incluyendo *VIH*; atención a mujeres en *situación de violencia doméstica*; y *atención integral a población adolescente*.

Por su parte, en 2012 se aprueba la **Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)** que regula la práctica del aborto, estableciendo requisitos para efectuar el procedimiento de forma legal en el ámbito del Sistema Nacional Integrado de Salud, incorporando estos servicios a los definidos por la ley antes mencionada. Tanto estas leyes, como sus respectivos decretos reglamentarios, además de las ordenanzas y guías clínicas relacionadas, expone un escenario, que, aunque no es el ideal, presenta importantes oportunidades para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

A su vez, en 2013 fue aprobada la **Ley N° 19.167 de Regulación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida** que regula la incorporación al SNIS de prestaciones para el tratamiento de la infertilidad, definiendo como reproducción humana asistida al *"conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo"* (Art. 1). De este modo, queda establecido el crisol de prestaciones que forman parte de los servicios de SSR en el Uruguay.

En ese marco, y tras la incorporación de estos servicios al Sistema Nacional Integrado de Salud, el Observatorio sobre políticas de género y salud sexual y reproductiva se propuso monitorear la implementación y funcionamiento de las prestaciones en SSR a través de estudios anuales, realizados a nivel departamental. En esta oportunidad, y siguiendo una línea de trabajo que se establece desde 2013, se presenta el estado de situación de los servicios de SSR en los principales prestadores públicos y del sistema mutual de los departamentos de **Florida, Maldonado y Rivera**.

La incorporación de estos tres departamentos a la línea de trabajo de monitoreo contribuyó a tener una mirada más diversa de la realidad nacional, al incluir un departamento en la **frontera seca con Brasil** (Rivera), la localidad con **mayor concentración de migración interna y de turismo internacional** (Maldonado); y uno de los que posee **mayor porcentaje de población rural** (Florida).

El monitoreo relevó 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 relevaron los Espacios Adolescentes por el grado de importancia que deberían cumplir en la atención específica de la SSR de esta población. Las prestaciones monitoreadas, representan **dos tercios** de las de SSR definidas por la normativa nacional¹.

Fueron incluidas en el estudio las instituciones públicas y mutuales de cada departamento, siendo seleccionados los prestadores con mayor cobertura de usuarias/os; en Florida fueron ASSE y COMEF; en Maldonado, ASSE, Asistencial Médica Departamental de Maldonado y CRAME; y en Rivera, ASSE, COMERI y CASMER. En este informe se incluye el relevamiento de toda la información obtenida en estas instituciones y de la totalidad del trabajo de campo realizado en estos tres departamentos.

Esta línea de trabajo del Observatorio dio inicio con un estudio exploratorio en el **departamento de Salto** realizado en 2013. Este monitoreo permitió corroborar que la totalidad de los profesionales de la ginecología habían objetado conciencia, imposibilitando de hecho el acceso a los servicios legales de aborto que iniciaban en ese año (MYSU, 2014). Esta situación se mantiene a la fecha y la solución que se ha encontrado hasta ahora es que una profesional de Montevideo viaje regularmente a brindar la prestación.

En el año 2014, el monitoreo se continuó en otros tres departamentos del Litoral del país: **Paysandú, Río Negro y Soriano** donde también se encontraron altos porcentajes de profesionales de la ginecología que adhirieron al recurso de objeción de conciencia para no brindar los servicios IVE. En Paysandú fue de 87%, en Río Negro 47%, Soriano 82%. Así como también se relevaron localidades que presentan el 100%, como es el caso de Mercedes y Young (MYSU, 2015).

Los estudios consistieron en relevar información de las instituciones de salud a través de un formulario preestablecido, entrevistas a autoridades de las instituciones y a integrantes de los equipos de salud. Además en estos departamentos se hicieron entrevistas en profundidad a mujeres en edad reproductiva que tuvieran cobertura de salud en los departamentos estudiados. Estas entrevistas permitieron indagar acerca del conocimiento de las usuarias sobre, derechos sexuales y reproductivos, las nuevas prestaciones en SSR así como las percepciones sobre el funcionamiento de estos servicios.

Entre los resultados de estas investigaciones se destaca la **baja difusión de las nuevas prestaciones y la persistencia del estigma vinculado a la práctica del aborto**. Las mujeres que atraviesan por un embarazo no deseado son calificadas de irresponsables por haberse embarazado cuando, supuestamente, tendrían a disposición asesoramiento y acceso a métodos anticonceptivos para quien lo requiera. Esta postura además de no reconocer las debilidades que los servicios de SSR todavía tienen en su funcionamiento, desconoce la realidad por la que transita la vida sexual y reproductiva de muchas mujeres. En muchas ocasiones los embarazos no deseados se enmarcan en relaciones sexuales no

1 Leyes N° 18.426, N° 18.987 y N° 19.167, no siendo incluidas en el presente monitoreo la atención, detección y prevención de cáncer génito-mamario; la atención en climaterio y menopausia; y técnicas de reproducción humana asistida.

consensuadas, violentas y con fuertes asimetrías de poder en el vínculo con las parejas. La encuesta de hogares realizada por MYSU en 2011-12 para identificar necesidades y demandas en SSR en mujeres uruguayas en edad reproductiva mostró que **un alto porcentaje de mujeres (43%) no controla el uso del método anticonceptivo y depende de la negociación con la pareja** para utilizar algún método, inclusive el condón como protección para las infecciones de transmisión sexual (MYSU, 2013). En esta misma línea, MYSU decidió que no bastaba con conocer las necesidades y demandas de las mujeres uruguayas para entender la realidad del lugar que la ciudadanía tiene frente al campo de la SSR, y por ello también se realizó una encuesta de hogares a varones, similar a la realizada para mujeres que arrojó varios datos interesantes, entre ellos, y en relación a lo antes mencionado, que **1 de cada 3 varones** estaría dispuesto a tener relaciones sexuales sin utilización de preservativo (MYSU, 2015b). Es en este contexto que se reafirma la necesidad de generar información que permita conocer mejor la realidad en un terreno novedoso de la política pública como es el de las prestaciones en salud sexual y reproductiva. Es una labor muy necesaria y de utilidad para los diversos actores en juego.

El campo de los derechos sexuales y reproductivos es un terreno en conflicto, donde los Estados comienzan a reconocerlos como derechos humanos y, progresivamente, van asumiendo la responsabilidad de generar las condiciones que permitan su ejercicio, sin discriminaciones. Acuerdos como el **Consenso de Montevideo**, asumido en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (CEPAL, Uruguay 2013) consagran estas responsabilidades y abren la necesidad de generar los insumos para la definición de políticas adecuadas y acciones que cumplan con dichos compromisos. Con el propósito de contribuir a este proceso es que MYSU lleva adelante la tarea del Observatorio porque apuesta a conocer mejor la realidad para cambiarla, con el fin de reducir hasta erradicar todas las brechas de desigualdad que generan sufrimiento, discriminación y vulneración de derechos, en particular, sobre la salud y la vida de las mujeres, pero también sobre la otra mitad de la población.

En este sentido, los datos obtenidos y las recomendaciones realizadas desde el Observatorio, son muy valorados por decisores políticos para evaluar e implementar cambios; por profesionales a la hora de pensar y repensar su práctica cotidiana; por organizaciones de la sociedad civil para orientar la lucha y tener una lectura de la realidad que quieren cambiar; y por los medios de comunicación que entienden la información recabada como insumo útil para la ciudadanía. El alto número de entrevistas que se logra en cada localidad es un indicador de éxito y un logro ante el objetivo de promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Esta tarea ha sido posible por el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de International Women Health Coalition (IWHC) y de Safe Abortion Action Fund (SAAF) a quienes MYSU quiere expresarles su profundo agradecimiento. Sin este soporte la tarea del Observatorio que procura contribuir a mejorar la respuesta del Estado ante las necesidades de la población en el campo de la vida sexual y las decisiones reproductivas, sería muy difícil de lograr.

Un especial agradecimiento a todas las autoridades y profesionales de salud que dispusieron de su tiempo para brindar las entrevistas y la información requerida para cumplir satisfactoriamente con el obje-

tivo propuesto. A las organizaciones sociales por compartir su trabajo y experiencias a nivel territorial y por su esfuerzo constante en la lucha por defender los derechos humanos. Y a las mujeres y varones entrevistados realmente gracias por compartir sus vivencias y necesidades porque son realmente quienes hacen que todo este trabajo tenga sentido.

Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva

Lilián Abracinskas – Coordinadora

María Eugenia Casanova, Mauro Ramos, Santiago Puyol y Florencia Beder – Equipo de investigación

Fiorella Duhalde – Corrección de textos

Mujer y Salud en Uruguay

MARCO CONCEPTUAL



El efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos requiere que las personas cuenten con los bienes materiales y simbólicos para asumirse como sujetos de tales derechos, hacer uso de las condiciones requeridas para ponerlos en práctica y demandarlas cuando dichas condiciones no están dadas y son vulneradas las personas en sus derechos.

Las condiciones necesarias incluyen marcos normativos de respeto y reconocimiento de los derechos; políticas públicas que organicen servicios universales, integrales y de calidad; instituciones que velen por la adecuada implementación de dichas políticas; cuerpos directivos en las instituciones con conocimiento y voluntad política para priorizar en estas acciones; disponibilidad de recursos financieros e insumos suficientes utilizados de manera racional y efectiva; personal capacitado para brindar servicios humanizados y de calidad, y personas informadas, conscientes de sus derechos y capaces de ponerlos en práctica de la manera más responsable.

Uruguay ha avanzado en el reconocimiento de los DSR con normativas que han involucrado desde el año 2010 a todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en la implementación de los servicios de SSR. Los DSR lograron lugar en la agenda política, se alcanzaron las mayorías para reconocerlos en el sistema legal y se han formulado políticas públicas acompañadas de la correspondiente reglamentación y orientación técnica para su puesta en marcha. El foco de la atención en este proceso se centra, por lo tanto, en la fase de implementación lo que fundamenta que desde el Observatorio en género y SSR se priorice en darle seguimiento a la organización de los servicios a nivel territorial para generar información que contribuya a identificar factores que facilitan u obstaculizan la concreción de estas políticas, el alcance de su cobertura y su grado de respuesta acorde a los requerimientos de la población que hay relevados.

Para acompañar este proceso de implementación se ha procurado conocer el funcionamiento de estos servicios a través de la sistematización de la información que producen las instituciones monitoreadas; la opinión calificada de autoridades y equipos profesionales involucrados en las prestaciones así como desde el análisis de la organización y desempeño de los servicios. La clasificación de la información ha permitido identificar fortalezas, debilidades y vacíos sobre las prestaciones de la SSR que incluye la política pública.

Existen diversos motivos por los cuales se producen brechas en la implementación de una política pública. Grindle (2009) afirma que las políticas que involucran la provisión de servicios (como es el caso de la salud) presentan mayor dificultad para implementarse ya que requieren de largas cadenas de acciones y muchos actores para ser ejecutadas efectivamente. En ese tipo de política, según el autor, cada eslabón de la cadena debe funcionar para que se implemente efectivamente.

Uno de los eslabones importantes en la concreción de la política pública es que los integrantes de los equipos que proveen los servicios cumplan con la norma y actúen en base al conocimiento técnico evitando los sesgos e influencias de sus sistemas particulares de valores sobre la intervención profesional. Cuando se "cierra la puerta del consultorio" son los prestadores de salud los que finalmente determinan si se cumplirá con la correcta implementación de las normas. Como plantea Shraiber *"Si la política de 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.” (Shraiber, 2010:16)

El cuerpo médico es por tanto un actor que puede viabilizar las condiciones para el ejercicio más informado y seguro de los derechos, o puede obstaculizar el acceso. Las prácticas médicas son un factor determinante de la concreción de la política porque la propia política le otorga a los profesionales de la salud un rol protagónico en la legislación sobre salud y DSR que se ha promulgado en el país. Castro (2010) da cuenta de las prácticas del quehacer cotidiano de los médicos a través del concepto desarrollado por Bourdieu sobre habitus médico entendido como *“el conjunto de predisposiciones incorporadas –esto es, que teniendo una génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales– que a través de un largo proceso de socialización y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano”*. (Castro, 2010:59) Según el autor, existe una paradoja crucial en el campo médico *“por una parte, las instituciones públicas de salud son un espacio de ejercicio de la ciudadanía, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura disciplinaria diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la obediencia y la conformidad de las usuarias con los dictados del poder médico.”* (Castro, 2010:57) En esa línea, se funda la relevancia que adquiere a la hora de monitorear el estado de situación de los servicios de salud, identificar prácticas médicas que estén interfiriendo con los derechos alcanzados en salud sexual y reproductiva.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva que surgió con los estudios feministas y de género, las investigaciones de la OMS sobre morbi-mortalidad materna, la anticoncepción y los estudios sobre la sexualidad femenina de las décadas del 70 y 80, cristalizan en los acuerdos obtenidos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo, en 1994. El documento emanado de la Conferencia define la **salud reproductiva** como: *“Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”* (CIPD Cap. VII, numeral 7.2).

La **atención de la salud reproductiva** fue reconocida en la misma instancia como: *“El conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”* (idem).

Así como los **derechos reproductivos** entendidos como *“(...) el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”* (CIPD Cap. VII, numeral 7.3).

A 20 años de la Conferencia del Cairo, la I Conferencia Regional de Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, organizada por CEPAL y facilitada por el gobierno uruguayo, avanzó en los acuerdos alcanzados por los Estados de la región con la adopción del **Consenso de Montevideo**. Entre los avances logrados se destaca el reconocimiento de los derechos sexuales además de los derechos reproductivos, la importancia de la educación en sexualidad y el derecho de niños, niñas y adolescentes de acceder a la misma; la inclusión y el reconocimiento de los mismos derechos hacia las personas con orientaciones sexuales e identidad de género diversa y la necesidad de superar tratos discriminatorios y violentos a los que están sometidas las mujeres por ser mujeres. También se asumió el compromiso de asegurar el trato equitativo y la igualdad de oportunidades para todas las personas, sin discriminaciones, a través de políticas especialmente dirigidas hacia población rural, joven, afro-descendiente, indígenas, migrante, víctima de explotación o trata, o la que tienen discapacidad. Uruguay en dicho evento fue reconocido como uno de los países de avanzada en la región particularmente por la promulgación de leyes en el campo de los DSR y la implementación de servicios de SSR incluidos los de interrupción voluntaria del embarazo. Por lo tanto, es uno de los países del cual pueden identificarse lecciones y buenas prácticas que podrían ser de utilidad para otros países de la región que deberían transitar por políticas similares en los próximos tiempos.

El Consenso de Montevideo fue acordado junto a un plan operativo que procura orientar la acción de los Estados a través de un conjunto de recomendaciones y batería de indicadores que permitan a futuro medir el grado de cumplimiento de los compromisos asumidos.

FUNDAMENTACIÓN DEL MONITOREO





En los estudios del 2015 se optó por incorporar departamentos de regiones diferentes del país, siendo seleccionados en función de particulares características socio-económicas, demográficas y sanitarias. Estos departamentos fueron **Rivera, Maldonado y Florida**. Con estas incorporaciones se llega a un total de **7 de 19 departamentos del país monitoreados**, tal y como puede apreciarse en el mapa.

Los criterios de selección en esta oportunidad se sustentaron en las siguientes dimensiones e indicadores, relevados para el diseño de un esquema de selección de casos:

Indicadores por departamento

Dimensión	Indicador	RIVERA	MALDONADO	FLORIDA	Fuente
Socio-económico	% de personas pobres. Año 2013	18,5	3,2	7,5	Reporte Uruguay 2015. OPP-MIDES
	Proporción de personas ocupadas sin registro en la seguridad social. Año 2013	46,9	22,9	29,3	Revisión de Indicadores Básicos de Desarrollo Social 2006 – 2013. MIDES-DINEM-Presidencia-SDH
	% de personal con al menos una NBI. Año 2011	45,4	34,5	32,2	Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Fascículo 1. Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011. INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA
Demográfica	Edad Media de Maternidad. Año 2015	27,32	27,40	27,55	Estimaciones y proyecciones de población (Revisión 2013), INE
	Tasa Global de Fecundidad. Año 2015	2,02	1,90	1,82	Estimaciones y proyecciones de población (Revisión 2013), INE
	% de mujeres en edad reproductiva	47	50	45	En base a datos de los Censos de Población 2011, INE
	crecimiento poblacional 2011-2014	-0,19	2,19	-0,23	INE (2012). Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. INE, Montevideo.
	% de madres adolescentes. Año 2011	11,7	9,4	9,9	Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. La Fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo, INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA
Salud y otros	Tasa de notificación de VIH. Año 2011-2013	61,03	99,81	19,69	Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. MSP
	Violencia sexual niños, adolescentes o incapaces. Año 2014	21	13	5	Procesos Infracionales por encausado-Casos tramitados por Ley 17.815. Poder Judicial.
	Número de IVE realizadas en ASSE. Año 2014	228	215	75	Solicitud de información a ASSE. Departamento de Gestión de la Información de ASSE

Maldonado cuenta con una situación singular en el país debido a que ha sido el departamento con mayor crecimiento poblacional (de los seis que han tenido crecimiento positivo en el país) en el período intercensal 2004-2011, con una tasa de incremento del 2,19%. Como divulgó el Instituto Nacional de Estadística, el crecimiento de este departamento se debió principalmente a migración interna. Por su parte Florida y Rivera tuvieron un decrecimiento del 0,23% y 0,19% respectivamente (INE, 2012).

De los tres departamentos seleccionados, Rivera tiene la edad media de maternidad más baja (27,32) y la tasa global de fecundidad más alta (2,02), aun estando por debajo de la tasa de remplazo poblacional (2,1). Siendo según lo establecido por el Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, uno de los departamentos con mayor porcentaje de madres adolescentes del país (11,7% al 2011), rasgo que comparte con otros departamentos fronterizos con Brasil (Calvo, 2013b). Por su parte Maldonado y Florida se posicionan entre los departamentos con porcentajes más bajos en maternidad de adolescentes (9,4% y 9,9% al 2011, respectivamente). De los 3 departamentos, Maldonado es el que presenta mayor porcentaje de mujeres en edad reproductiva². Florida tiene la edad media de maternidad más alta (27,55) y la tasa global de fecundidad más baja (1,82).

La situación socio-económica de cada lugar seleccionado es muy distinta. Rivera forma parte de los departamentos del noreste con la situación de vulnerabilidad socio-económica mayor que el promedio del país. Al 2013, este departamento, si bien está en un proceso de mejora, presenta el mayor porcentaje de personas pobres de todo el Uruguay, ascendiendo al 18,6% de la población del departamento³, cuando el promedio nacional es de 9,7%. Maldonado tiene el porcentaje de personas en situación de pobreza más bajo (3,2% de su población) y Florida presenta una situación intermedia, aunque menor al promedio nacional, con 7,5% de personas pobres (OPP-MIDES, 2015).

Según el Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay, el censo poblacional de 2011 arrojó como resultado que en Rivera el 45,4% de la población presenta alguna Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), alcanzando en algunas secciones censales del departamento un nivel preocupante de 95,9%. En la edad de 0 a 14 años, en algunas secciones censales, el porcentaje de necesidades insatisfechas está entre 71,8% y 97,1% del total. Maldonado, tiene 34,5% de su población con alguna NBI y un 44% entre los menores de 14 años. En Florida un 32,2% tiene al menos una NBI (Calvo, 2013a).

Los tres departamentos registran un crecimiento del mercado laboral en los últimos años, pautado por un aumento en las tasas de actividad y empleo y una reducción de los niveles de desempleo, que en 2013 alcanzó el 5,7% en Rivera, 4,9% en Maldonado y 4,7% en Florida⁴. Sin embargo, en Rivera existió una moderada reducción en los niveles de informalidad, menor que la producida a nivel nacional, por lo que la informalidad laboral es de las mayores del país, alcanzando 46,9%. Maldonado se sitúa en el otro extremo, compartiendo el segundo lugar más bajo con Colonia con 22,9% (Montevideo es el menor del país con 18,2%). Por su parte Florida presenta una situación media con 29,3%.

2 Según proyecciones de población del INE, sobre revisión 2013 de base de datos del Censo 2011.

3 En 2009 representaba un 24,9% y en 2006 un 44,1% (OPP-MIDES, 2015).

4 Revisión de Indicadores Básicos de Desarrollo Social 2006 - 2013. MIDES-DINEM-Presidencia-SDH.

La tasa de actividad de las mujeres en los tres departamentos viene aumentando aunque el desempleo continúa afectándolas en mayor medida con respecto a los varones.⁵

Rivera tiene la particularidad que su capital departamental, en la que reside el 60% de su población, está en la frontera seca con Brasil. Esta realidad tiene implicancias concretas en el funcionamiento y acceso a los servicios de salud, y en particular a los de SSR, presentando diversas posibilidades de cobertura así como importantes dificultades.

En cuanto a la situación de VIH/SIDA, el informe epidemiológico del Ministerio de Salud Pública de diciembre 2013 indicó que Maldonado y Rivera se encuentran en el segundo y tercer lugar respectivamente en incidencia de VIH, por debajo de Montevideo. En el otro extremo se encuentra Florida con la menor tasa de notificaciones de VIH del país (MSP, 2013).

Por su parte, Rivera tiene la mayor incidencia de explotación sexual infantil según un estudio realizado por la División de Planeamiento y Presupuesto del Poder Judicial (2014), mientras que, de acuerdo al informe de 2010 elaborado por la Relatora Especial de Naciones Unidas, Joy Ngozi Ezeilo, sobre la trata de personas, especialmente de mujeres y niños, Maldonado fue identificado como uno de los principales destinos en el país de trata de mujeres adolescentes y jóvenes⁶.

Las cifras de aborto en ASSE para los tres departamentos para el 2014, fueron relevadas mediante una solicitud de información que MYSU realizó al prestador público. Estas cifras arrojaron que se realizaron un total de 216 abortos en Maldonado, 228 en Rivera y 75 en Florida.

A su vez, Maldonado registró el primer caso de procesamiento con prisión por aborto luego de aprobada la ley IVE, cuando una mujer, en contexto socio-económico de vulnerabilidad, fue denunciada por sus vecinos por un aborto con cuatro meses de gestación. Fueron procesadas con prisión la mujer que abortó y la amiga que colaboró con ella y sin prisión la madre de la implicada⁷.

5 ibidem.

6 Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2015/9923.pdf?view=1>

7 Nota de prensa:

<http://www.mysu.org.uy/multimedia/mysu-en-medio/joven-muerto-en-maldonado-como-consecuencia-de-un-aborto-clandestino/>

Comunicado: <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/incidencia/posicionamiento-politico/segunda-muerte-por-aborto-clandestino-desde-aprobacion-de-ley-ive/>

OBJETIVOS DEL ESTUDIO



El objetivo del estudio es monitorear la implementación y funcionamiento de los SSR en las instituciones afiliadas al SNIS de los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera.

De las prestaciones en SSR se establecieron como prioritarias para el monitoreo las de: Aborto, Anti-concepción, Embarazo y parto, VIH/ITS y Violencia doméstica y sexual. Asimismo se relevó la existencia y funcionamiento del Espacio Adolescente.

Los objetivos específicos son:

1. Comprender la organización de los servicios y el funcionamiento de los equipos de SSR, identificando las características de las prestaciones.
2. Relevar las rutas de acceso a los servicios definidos en el estudio.
3. Identificar barreras en el acceso a los servicios.
4. Evidenciar situaciones de estigma y discriminación.
5. Sondear la percepción de mujeres y varones entre 15 y 49 años, con cobertura de salud en los departamentos estudiados, sobre derechos y necesidades en SSR y las respuestas que encuentran en los servicios.

METODOLOGÍA



Para alcanzar los objetivos establecidos se determinaron dos universos y unidades de análisis y sus respectivas muestras.

El primer **universo de análisis** lo constituyen los prestadores en SSR de los departamentos de Rivera, Maldonado y Florida. La muestra fue definida en base a dos criterios: incluir los prestadores del SNIS con mayor cobertura en el departamento y en el caso de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) aquellas cuya sede en el departamento estudiado fuese principal, y no secundaria⁸. El segundo criterio fue que todos los servicios definidos por la ley 18.426 (o su gran mayoría) fuesen brindados en el mismo departamento.

En todos los casos se aplicaron los mismos instrumentos de relevamiento de información, tanto en instituciones de salud públicas como privadas. Estos **instrumentos** incluyeron: a) un formulario estandarizado a fin de relevar la estructura de los servicios, la integración y funcionamiento de los distintos equipos de acuerdo a los componentes de la SSR a relevarse, así como la incidencia y cantidad de consultas por prestación; b) una entrevista semi-estructurada a ser aplicada a integrantes de equipos de los servicios de SSR y autoridades de salud del departamento, consideradas relevantes como informantes calificadas/os.

Luego de establecido el contacto con cada prestador se envió el formulario, quedando a criterio de cada institución la designación de la persona responsable de completar la información solicitada. A su vez, se incluyeron directores/as de RAP-ASSE, responsables de las Direcciones Departamentales de Salud del MSP y de los centros de salud, e integrantes de los equipos de salud: ginecólogas/os, parteras, médicas/ encargados de prestaciones en VIH, asistentes sociales, psicólogas/os y licenciadas en enfermería entre los/as profesionales a quienes se realizaron entrevistas en profundidad.

La muestra alcanzó en el departamento de Maldonado un total de 23 autoridades y profesionales entrevistados/as, 19 en Rivera y 7 en Florida, cubriendo en todos los casos los servicios a relevar.

Continuando la línea de trabajo del monitoreo anterior, se decidió realizar entrevistas a mujeres entre 15 y 49 años con cobertura de salud en los prestadores seleccionados del departamento. Sin embargo, para retomar el trabajo iniciado por MYSU en el campo de la SSR en varones, en el año 2012 (MYSU, 2015b), se incorporaron también entrevistas a varones en la misma franja etárea.

Así quedó constituido el segundo universo de estudios: la población con cobertura de salud en cada departamento. Para las entrevistas a mujeres y varones entre 15 y 49 años se realizó un muestreo no probabilístico que incluyó entrevistas presenciales a 10 mujeres y 5 varones en cada localidad monitoreada. El modo de captación fue a través de contactos en el territorio, que se extendió mediante el mecanismo de bola de nieve y se diseñaron pautas de entrevista semiestructuradas para ambos grupos. A través de estas entrevistas se indagó sobre tipo y calidad de información sobre diversos componentes de la SSR, conocimiento sobre prestaciones disponibles, el uso de las mismas, así como analizar la

8 La normativa referente a esto se encuentra en la *Resolución MSP S/N SALUD PÚBLICA. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA*. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/resoluciones-msp/SN19830929001-1983/1>

relación entre desigualdades sociales y su impacto en la incorporación de prácticas preventivas y de autocuidado en SSR tanto en mujeres como en varones.

Una nueva dimensión incorporada a este estudio fue el **relevamiento de opiniones y experiencias sobre la situación de la SSR por parte de las organizaciones de la sociedad civil** cuyo trabajo estuviera vinculado a algunas de las áreas de los DSR a estudiar en cada departamento. Para ello se relevó previamente las organizaciones existentes y se las convocó a participar de una reunión en la cual se recolectaron sus percepciones en base a una pauta de preguntas previamente elaborada.

Además, mediante el recurso de la Ley N° 18.381 de Acceso a la Información Pública, se solicitó información a ASSE central para obtener la información sobre número de abortos legales realizados en el sistema público, por cada departamento estudiado.

El proceso de implementación del monitoreo comenzó en cada departamento por el relevamiento de información sobre las instituciones seleccionadas y, como se realiza habitualmente, la presentación del estudio ante autoridades y equipos de salud ya que esto facilita el vínculo con las instituciones y reduce las barreras de acceso a la información.

En paralelo a estas instancias se tuvo las reuniones con organizaciones sociales, presentándoles la propuesta de indagación sobre el estado de situación de los servicios de SSR y aborto. Por intermedio de entrevistas en los medios de comunicación se le da difusión al estudio, contribuyendo particularmente a la realización de entrevistas a varones y mujeres. A su vez, se deja establecido de antemano el contacto para difundir los resultados posteriormente.

Una vez realizadas las instancias de presentación (y en paralelo al trabajo logístico que implica) se planificó y comenzó el trabajo de campo con previa coordinación de las entrevistas pautadas.

Luego de culminar el trabajo de campo, procesada la información y hecho el análisis de los datos, se elaboró un informe preliminar que fue enviado previamente a las autoridades y equipos de salud con los cuales se mantuvo posteriormente una instancia de validación de la información e identificación de avances y obstáculos, así como la discusión sobre las recomendaciones elaboradas por el equipo del Observatorio para mejorar el funcionamiento de estos servicios en cada departamento. Se acordó en cada caso un listado de mejoras a ser incorporadas a los servicios que son plausibles de ser evaluadas a futuro.

Estas instancias se plantean como reuniones de trabajo en las cuales se corrobora lo relevado, se discute sobre los avances y desafíos identificados en los estudios y se procura alcanzar acuerdos para implementar las sugerencias y recomendaciones que mejoren la atención y funcionamiento de los servicios. Los aportes obtenidos en esos intercambios se incluyen en la versión final del informe para su edición y publicación.

Esta metodología de trabajo ha sido valorada de forma muy positiva por los actores e instituciones

estudiadas porque consideran muy importante no ser tratados exclusivamente como objeto de estudio sino valorados en su condición de sujetos de implementación de políticas públicas, que requieren de la retroalimentación para mejorar su tarea. Las instancias de presentación del monitoreo como de sus resultados son entendidas por los distintos actores como instancias de reflexión y capacitación y desde el Observatorio de MYSU también se considera muy importante. Un resultado que enriquece la tarea y cometidos del monitoreo.

ESTADO DE SITUACIÓN EN EL
DEPARTAMENTO DE FLORIDA





Habitantes:	69.283
Mujeres:	45.677 (50,7%)
Varones:	43.697 (49,3%%)
Ciudad capital:	Florida
Intendente:	Carlos Enciso (Partido Nacional)
Nro de afiliados de prestadores de salud del departamento:	
CAMCEL	32.220
ASSE Florida	32.974
MÉDICA URUGUAYA	1.200 aprox.
CÍRCULO CATÓLICO	s/d

En el departamento se relevaron los servicios de ASSE y COMEF en la ciudad de Florida.

Organización de los servicios

Los dos prestadores relevados cubren la mayor parte de la población de Florida (cobertura del 94,10%; 47,59% público y 46,50% privado). Sin embargo, resulta pertinente aclarar que la información presentada sobre COMEF fue relevada mediante entrevistas con referentes calificados y consulta directa al prestador ya que el formulario enviado no fue respondido.

La presencia de más afiliados en el sector público, aunque no sea una diferencia más que de un punto porcentual, difiere de la tendencia nacional de mayor afiliación a prestadores mutuales⁹.

Ambos prestadores cuentan con Equipos Coordinadores de Referencia (ECR) tal cual indica la normativa, sin embargo, estos se conforman en 2012 **tras la aprobación de la ley que reglamenta los servicios legales de aborto** y no de forma inmediata al Decreto N° 293/010, lo que significa que tardaron dos años en conformarse.

Existen servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) tanto en el prestador público como privado, que operan con regularidad en horarios fijos. Los servicios están identificados como **Policlínicas de Salud Sexual y Reproductiva** en ambos prestadores y están integrados por los mismos profesionales del ECR. Esta práctica se repite al igual que en otros departamentos ya monitoreados por MYSU, adjuntando a un profesional del área social (trabajador/a social en estos casos) al ECR ya que esto es requerimiento de la ley [Ley N° 18.987, artículo 3¹⁰].

A pesar de existir de hecho, los ECR no actúan como equipos de referencia para sus pares. Si bien se han realizado esfuerzos en materia de difusión de los servicios existentes, los equipos no realizan asesoramiento a otros profesionales en materia de integralidad, algo contemplado en el Decreto N° 293/010 como la función central de los mismos¹¹.

Dentro del marco de arreglos interinstitucionales, que según profesionales y autoridades forma parte de la trayectoria en materia de políticas públicas en el departamento, se conformaron **Espacios Adolescentes** que operan en varias de las policlínicas de la Red de Atención Primaria (RAP). Este acuerdo nuclea tanto al prestador público como privado, a la Intendencia Departamental y el INAU. A nivel de la ciudad de Florida operan dos veces por semana.

9 A 2013, el 59% de los y las usuarios/as del SNIS se encontraban afiliados a mutualista o seguro médico privado. (Uruguay en Cifras 2014, INE).

10 **Ley N° 18.987** - Artículo 3°. (Requisitos), fragmento.-"Dentro del plazo establecido en el artículo anterior de la presente ley [12 semanas], la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso. El médico dispondrá para el mismo día o para el inmediato siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario que podrá ser el previsto en el artículo 9° del Decreto 293/010 Reglamentario de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008, el que a éstos efectos estará integrado al menos por tres profesionales, de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social."

11 **Decreto N° 293/010** - Artículo 9, fragmento. "El equipo de referencia deberá asegurar la integralidad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de los mismos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia. Sin perjuicio de la atención que reciban de los especialistas, usuarias y usuarios podrán acudir en consulta al equipo de referencia, por derivación de los primeros o por su propia iniciativa."

En materia de **violencia doméstica**, COMEF cuenta con un Equipo de Referencia desde el 2010, creado por ser meta prestacional, mientras que ASSE se encuentra recientemente en el proceso de conformación del mismo, buscando subsanar una carencia que hasta ahora se había procurado solucionar mediante articulaciones y derivaciones al Servicio de Atención a Mujeres en situación de Violencia Doméstica de INMUJERES, o con derivaciones al equipo de Salud Mental del Hospital.

La difusión de los servicios en ASSE se realiza a través de distintas vías que incluye folletería, uso de medios televisivos, radiales y prensa escrita, así como actividades de difusión puntuales en fechas específicas, eventos, charlas en centros educativos y de otro tipo.

En COMEF, según entrevistas a profesionales, se registran medios similares de difusión de los servicios y prestaciones. Sin embargo, lo que resulta de estas entrevistas y de aquellas similares a profesionales de ASSE, es que la difusión no es tan extendida como se desearía, ésta ha sido muy puntual y en eventos precisos, dado que no se cuentan con los recursos necesarios para hacer todo lo que sería deseable, quedando muchas veces relegado a esfuerzos personales de profesionales y autoridades.

La RAP cuenta con un total de tres ginecólogos/as, tres parteras, un/a profesional de la psicología y dos del área social.

Número de profesionales asignados a los equipos en ASSE – Florida

Profesionales	Equipos				
	ECR	IVE	Adolescentes	VD	MAC
Ginecólogos/as	1	5	-	-	1
Parteras	1	-	2	-	-
Psicólogos/as	-	2	2	-	-
Asistentes Sociales	-	2	3	-	-
Otros/as prof.	1	-	6	-	8

Se destaca la existencia de un equipo de coordinación entre el primer y segundo nivel de atención de ASSE, que opera como un segundo ECR, replicando acuerdos, aprendizajes y pautas definidas y realizadas desde uno u otro nivel entre los y las profesionales del mismo.

Aborto

Los dos principales prestadores de salud del departamento de Florida cuentan con servicio de aborto. Estos servicios operan en el ámbito de las Policlínicas de Salud Sexual y Reproductiva y por lo tanto no están identificados como tal. No existen cifras sobre aborto a excepción de aquellas obtenidas mediante las entrevistas a profesionales y aquellas que MYSU recibió mediante solicitud de información a ASSE Central (ver cuadro debajo).

Según los datos brindados por ASSE central a través de la solicitud de información realizada por MYSU, en el departamento de Florida la cifra de abortos realizados durante el primer año de implementación de la ley (2013) ascendía a **74 abortos** en el prestador público, mientras que para el segundo año de implementación (2014) se mantuvo relativamente estable, **subiendo a 75**.

Total de IVE realizadas en ASSE según año¹²

Departamentos	Febrero-Diciembre 2013	2014
Florida	74	75

COMEF

En el caso de COMEF, la policlínica de SSR efectivamente brinda otras prestaciones además de IVE, incluyendo asesoramiento y consultoría en anticoncepción, colocación de DIU, entrega de MAC de distinto tipo, atención de embarazo y posparto, asesoramiento en VIH/ITS, realización de test rápido y coordinación de derivaciones por diferentes motivos (realización de ligadura tubaria o vasectomía, situación de violencia doméstica, casos de VIH).

La policlínica funciona los días martes y jueves en el horario de 15 a 17 horas, aunque este puede extenderse en caso de ser necesario ya que no se deja a mujeres que se anoten o lleguen por IVE sin atender. Esta excepción, que se comparte con aquellas que asisten para colocación de DIU, hace que siempre existan supernumerarias, algo que los/as profesionales integrantes del equipo entienden que podría solucionarse mediante la extensión del horario o la creación de otra policlínica.

A pesar de que en materia de IVE solo reciben entre **2 y 4 consultas semanales** (incluyendo todas las etapas) la percepción del equipo es que la demanda de IVE está satisfactoriamente cubierta.

En el caso de aquellos profesionales que perciben una baja presencia del aborto clandestino, alegan que prácticamente no llegan mujeres que hayan iniciado el proceso por su cuenta o por fuera de los servicios legales desde la implementación de la ley.

12 ASSE no tiene registros de IVE en el mes de enero de 2013.

Todas las etapas de IVE¹³ se realizan en la policlínica, aunque IVE 1 puede ser realizada por cualquier médico o ginecólogo, que luego deriva al equipo. Habitualmente no se realizan derivaciones.

IVE 2, 3 y 4 se realizan solo en la policlínica de SSR en COMEF. Cuando la mujer llega directo a la policlínica sin mediar derivación de otros profesionales, las primeras dos etapas suelen realizarse de forma integrada por el equipo multidisciplinario.

El consentimiento informado es presentado en esta entrevista y se le explica a la usuaria en qué consiste el uso de la medicación para la interrupción del embarazo. La asistente social brinda a la consulta información sobre apoyos desde el punto de vista económico en caso de que la mujer deseara continuar con el embarazo mientras que la psicóloga indaga sobre su situación emocional.

El equipo actúa de forma conjunta en todas las etapas de IVE, por tanto acompañan a la mujer durante IVE 3 e IVE 4. Durante IVE 4 se realiza asesoramiento en MAC y usualmente se receta algún método, según la elección de la usuaria. COMEF registra un **alto porcentaje de asistencia** a esta consulta, con casi un 100% de las mujeres según indica el equipo.

Pocas veces registran inconvenientes con la asistencia de las usuarias y en el caso que suceda, se llama a las mujeres para consultarlas sobre su estado y solicitarles que acudan a la consulta. La psicóloga y asistente social suelen realizar un seguimiento de las mujeres siempre que pueden, fuera de la instancia de IVE 4.

En COMEF **no hay objetores de conciencia**, lo que implica que cualquier ginecólogo/a puede dar comienzo al proceso de IVE. Varias usuarias llegan así, por derivación desde consultas ginecológicas, muchas veces con IVE 1 ya realizada. Aun así, el equipo destaca que la llegada de estas mujeres no es predominante. Con frecuencia, las usuarias llegan a la policlínica de forma directa, sin mediación de profesional alguno/a. En especial son las mujeres del medio rural o de pequeños poblados las que llegan de forma directa, expresando muchas veces un temor a exponerse frente al grupo de enfermería de su lugar. A veces llegan derivadas por ginecólogos que viajan a atender en los centros menos poblados y zonas rurales.

En caso de que la pareja asista, y si la mujer así lo desea, se le ofrece la posibilidad de incluir al co-progenitor a la entrevista. No se entrevista al co-progenitor por separado. **Desde el equipo se promueve la decisión conjunta de la pareja sobre si realizar la IVE o continuar con el embarazo.** Sin embargo, en caso de disenso, la decisión de la mujer prevalece. No queda del todo claro hasta qué punto este *"promover que la pareja decida en conjunto"* no podría estar minando la libre decisión de la mujer, aun cuando se respete la decisión final de ella. Este problema se desprende directamente desde la Ley N° 18.987 que introduce la entrevista al progenitor como obligación del equipo¹⁴.

13 Las etapas de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a las que se hace referencia son: IVE 1 es el primer acercamiento de la mujer al sistema de salud en la cual manifiesta su deseo de interrumpir su embarazo, IVE 2 es la entrevista con el equipo multidisciplinario: psicóloga, asistente social y ginecóloga/o, IVE 3 es la consulta con ginecóloga/o en la cual generalmente se receta la medicación para abortar (raramente se realiza el aborto por aspiración), IVE 4 es la consulta post aborto, en la cual se confirma que el aborto se hizo satisfactoriamente y se asesora en anticoncepción.

14 Ley N° 18.987 – Artículo 4° (Deberes de los profesionales), inciso B): "Entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer".

La pareja asiste por lo general al IVE 2 e IVE 3. En caso de que concurra, en un principio se le pone de manifiesto que puede hacerlo a todas las etapas incluyendo la asistencia y asesoramiento posaborto (IVE 4) pero no se promueve explícitamente que vaya.

ASSE

La policlínica de SSR de ASSE funciona todos los jueves, en el horario de 11 a 14 horas. A pesar de denominarse como tal, la policlínica presta exclusivamente servicio de IVE con lo cual la no identificación del servicio como tal resulta problemática ya que podría invisibilizar la realidad de las prestaciones que se brindan, en especial para aquellas mujeres que no están en pleno conocimiento del mismo o no encuentran las vías adecuadas para llegar a los servicios. Por otro lado, nominar el servicio de esta manera trata de no evidenciar los motivos de las consultas procurando evitar la estigmatización de las mujeres que requieren del servicio.

Este equipo, a pesar de conformarse como tal a partir de la aprobación de la Ley N° 18.987, ya había trabajado en conjunto en materia de **asesoramiento pre y post aborto** –algunos de los miembros lo hacen desde el 2006– bajo el marco de la Ordenanza Ministerial N° 369/04 del MSP, con enfoque de reducción de riesgos y daños.

En este sentido, evaluando su trabajo en el largo plazo es que el equipo identifica que antes de la aprobación de la ley se sentía realmente el peso del estigma tanto sobre el equipo como sobre las mujeres. Las mujeres que accedían por asesoramiento tenían que atravesar la sala de maternidad para ir a consulta.

Existían además, ciertas resistencias desde el cuerpo médico en general, e incluso desde las autoridades. Entienden que desde que se aprueba la ley "se siente menos pesado", la legalidad pesa más que el peso del estigma. Existe más libertad de hablar y trabajar el tema. Previo a la ley el peso del estigma era mayor, aun habiendo capacitaciones sobre la ley de SSR (N° 18.426) y la Ordenanza N° 369/04.

A pesar de los cambios, algunos/as profesionales identifican que el peso del estigma sigue, ahora menos explícito y más sutil en sus expresiones, manifestándose de todos modos a través de un "descanso" del resto de los profesionales sobre la ley, un "recostarse" sobre el trabajo del equipo de SSR.

El equipo recibe **entre 14 y 20 consultas semanales**, según lo expresado por los/as profesionales que integran el equipo, considerablemente mayor que en el prestador privado. Este dato vuelve a corroborar una tendencia encontrada en todos los departamentos monitoreados por MYSU a la fecha, en donde el número de consultas por IVE en ASSE supera considerablemente los de los prestadores privados del departamento correspondiente. Resulta curioso que se siga encontrando este patrón cuando las estadísticas oficiales a nivel nacional indican que el número de interrupciones es similar en ambos subsectores, con una leve superioridad en el sector mutual¹⁵.

15 Según lo indicado por el MSP en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>.

Todas las etapas de IVE se realizan en la policlínica de SSR, tal y como en COMEF, y al igual que en el otro prestador reciben pocas derivaciones en general desde las policlínicas de la RAP. El equipo realiza labores similares en las cuatro etapas de IVE, siguiendo un patrón de comportamiento muy parecido al del equipo del prestador privado.

El equipo actúa de forma conjunta en todas las etapas de IVE, por lo que acompañan a la mujer durante IVE 3 e IVE 4. Se registra un alto porcentaje de asistencia a la cuarta consulta, en la que suele realizarse asesoramiento en MAC, **con alrededor de un 88% estimado por los/as profesionales.**

Objeción de conciencia

A pesar de que en **ASSE sólo un ginecólogo ha objetado conciencia**, existen ginecólogos que realizan desde las policlínicas solamente la primera consulta y luego derivan a las mujeres al equipo para los pasos a partir de IVE 2. Esta es una realidad que se ha constatado en otros departamentos, durante y previo a este estudio, donde existen profesionales no-objetores pero que no prestan el servicios de IVE, siendo por lo tanto menor el número de profesionales disponibles para el proceso de IVE. Hay destinados solamente 5 profesionales desde ASSE para el equipo de IVE, aunque habitualmente este rol lo cumple sólo una profesional.

En ese sentido, teniendo en consideración que en COMEF no hay objetores de conciencia y en ASSE solo se registra un caso, si se cuentan estrictamente los profesionales que han objetado conciencia de forma expresa en el departamento (1) sobre el total de ginecólogos/as (12), se encuentra que Florida registra un **porcentaje de objeción de conciencia del 8,3%, siendo el más bajo de los departamentos estudiados por MYSU hasta el momento.**

Anticoncepción

Ambos prestadores cuentan con la canasta completa de métodos anticonceptivos, a excepción de los implantes subdérmicos que se encuentran disponibles solamente en ASSE, desde donde realizan atención y consejería en anticoncepción en todo el departamento, recurriendo a ginecólogos/as itinerantes y parteras comunitarias.

Existen articulaciones entre ambos prestadores, siguiendo la línea de trabajo habitual público-privada, para la difusión de estas prestaciones en el ámbito rural y pequeños poblados. Este dato resulta relevante teniendo en consideración que Florida es el **segundo departamento con mayor población rural dispersa**, luego de San José, y que la mitad de su población se encuentra radicada en pequeños poblados.

A pesar de ello se reconocen limitaciones desde los prestadores. Se replica un modelo de centralismo en la capital, similar a lo que sucede a nivel país con Montevideo-Interior.

El transporte es visto como un problema que afecta las prestaciones en MAC en particular y de salud en general, ya que para la población de pequeños poblados y sobre todo para la del interior profundo, las líneas de transporte departamental son limitadas.

COMEF

La policlínica de SSR de COMEF sirve como lugar de referencia en materia de anticoncepción, aunque las prestaciones se realizan a través de todas las policlínicas ginecológicas por lo que una parte de las usuarias acceden a estos métodos a través de sus ginecólogos/as de referencia. También las usuarias pueden repetir métodos con sus médicos de familia.

La policlínica de SSR realiza colocación de DIU, algo que identifican como uno de los principales motivos de consulta de las usuarias que llegan a la policlínica. A su vez, como se mencionara antes, **no limitan el número de mujeres a las que se atiende para colocación de DIU**, por lo tanto se les brinda el servicio a todas las mujeres, por orden de llegada. En este sentido, siempre tienen supernumerarias y la policlínica tiende a extenderse al menos una hora más en horario. A pesar de ello, consideran que tienen disponibilidad suficiente para cubrir la demanda y que de momento el equipo no se encuentra saturado. Por su parte, los ginecólogos itinerantes y las policlínicas rurales también se encuentran preparados para la colocación de DIU.

Esta importante demanda del DIU está relacionada, según los/as profesionales del equipo, con la incorporación del DIU a la canasta de MAC básicos con bajo costo en el subsector de salud privado¹⁶. Importa resaltar que en Florida no se presenta la tendencia identificada por MYSU en su estudio sobre necesidades y demandas en SSR de mujeres uruguayas¹⁷, en la cual se registra una disminución en el uso del DIU como MAC, tendencia también corroborada en el monitoreo de los servicios en los departamentos del Litoral Oeste del país.

16 Decreto N° 292/012- Artículo 10. "Incorpórase a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones de Salud, como prestación obligatoria, la colocación de Dispositivo Intrauterino (DIU). Dicha prestación no dará derecho al cobro de tasa moderadora, sin perjuicio de la correspondiente a la consulta ginecológica. En los casos en que el dispositivo sea el suministrado a las Instituciones por el Ministerio de Salud Pública, no dará a lugar a ningún pago por este concepto por parte de la usuaria."

17 "(...) hubo un incremento sensible en el uso de DIU entre 1986 y 2005 y el porcentaje se mantiene estable para 2012, con 23%". MYSU, 2013a, p. 40.

La **no disponibilidad del implante subdérmico en la oferta de MAC para el subsector privado es vista por los/as profesionales del equipo como una carencia** que las usuarias también identifican y demandan.

En lo que refiere a métodos anticonceptivos irreversibles, las intervenciones se realizan exclusivamente en la sede central de COMEF. Los y las profesionales del equipo de SSR del prestador, así como de las policlínicas ginecológicas realizan las coordinaciones pertinentes con los médicos del sanatorio para estas intervenciones. Usualmente la espera para la realización de ligaduras tubarias puede llegar al mes debido a retrasos en la disponibilidad de block quirúrgico.

Según los/as profesionales integrantes del equipo, el asesoramiento en SSR de COMEF, incluyendo la anticoncepción, funciona de manera *"interdisciplinaria"*, sirviendo como referencia, aun cuando solamente el profesional de la ginecología pueda recetar los métodos.

Si bien entre los métodos más utilizados, se destaca el DIU, **las adolescentes recurren principalmente por métodos anticonceptivos orales. Asimismo manifiestan tener problemas con el uso del preservativo**, en particular con la negociación del mismo con sus parejas, tal y como lo perciben las integrantes del equipo. Este último punto parecería ir en el mismo sentido de lo constatado por MYSU en su estudio de mujeres adolescentes¹⁸ lo cual corrobora la necesidad de enfatizar la difusión de la doble protección particularmente en adolescentes.

Desde el equipo de la policlínica de SSR se encuentra que los **varones adolescentes** rara vez concurren a la policlínica por MAC. Cuando asisten, usualmente lo hacen como acompañante de mujeres adolescentes en proceso de IVE, con lo que son un número ínfimo teniendo en consideración que las mujeres menores de 19 años son las que menos hacen uso del servicio de IVE.

En el caso de **los varones adultos**, que **representarían menos del 1% de las consultas** según estimaciones de los/as integrantes del equipo, tampoco acostumbran a asistir por MAC, sino más bien por atención a disfunciones sexuales, principalmente disfunción eréctil. Lo antes mencionado sigue corroborando lo ya identificado por MYSU en su estudio sobre necesidades y demandas en SSR en varones¹⁹, en el cual los varones suelen consultar muy poco a los servicios de salud por motivos de SSR, y cuando lo hacen suelen consultar por disfunciones sexuales.

18 "Si se analiza el tipo de método utilizado en la última relación sexual, 42% de las adolescentes manifestaron haber usado un método de su exclusivo control (pastillas, 36%; inyectable, 1%; DIU, 5%). El 4% usó doble protección y 54% de ellas refirieron el preservativo masculino. En tal sentido, se podría decir que casi seis de cada 10 adolescentes no controlan por sí mismas el método anticonceptivo y deben negociar el uso del preservativo con la pareja, en cada relación sexual." MYSU, 2013b, p. 20.

19 "Los resultados sobre asistencia a consultas sobre salud sexual y reproductiva en un centro de salud en los años 2008-2009 y 2010-2012 son consistentes con otros datos obtenidos. Apenas 3% consultaron para el primer período mencionado, y 6% lo hizo en el segundo." MYSU, 2015, p. 53.

ASSE

La oferta de MAC en el prestador público es amplia en lo que compete a lugar de recurrencia y oferta de métodos en general. No se cuenta sin embargo con el número efectivo (o estimado) de métodos brindados por tipo, con lo cual se tiene una lectura parcial sobre la prevalencia de uso de métodos.

Locales de ASSE – Florida donde la población usuaria puede acceder a métodos reversibles de anticoncepción

Locales	Tipo de anticonceptivo					
	Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos
Hospital/Sanatorio	X	X	X	X		
Centro de atención	X	X	X	X	X	X
Policlínicas	X	X	X	X	X	X

Los métodos anticonceptivos son distribuidos en todas las policlínicas de la RAP (23 en total, cuentan además con un Centro Auxiliar en Sarandí Grande). Las indicaciones son realizadas por ginecólogos/as, médicos/as de familia y parteras. La oficina central de la RAP recibe los MAC directamente desde ASSE Central y se encarga de redistribuirlos en las policlínicas.

Las **policlínicas nucleadas en la RAP de ASSE Florida cuentan con colocación de implantes subdérmicos**, formando parte del plan piloto de implementación de este método a la canasta de MAC en el país. Se han realizado actividades de difusión en algunas policlínicas seleccionadas, en este sentido, lo cual ha tenido bastante impacto en la población considerando la percepción generalizada entre los y las profesionales de que el método ha tenido muy buena aceptación por las usuarias y se ha "*puesto de moda*". La colocación de los implantes se realiza tanto por parte de profesionales de la ginecología como médicos/as de familia lo que da un mayor rango de profesionales disponibles para ello.

Dado que las prestaciones no están nucleadas en una única policlínica como en el prestador privado, resulta más difícil tener una lectura real de lo que sucede. Todas las policlínicas de la RAP están preparadas para realizar colocación de DIU –al igual que sucede con los implantes–, y son los/as ginecólogos/as con los que cuenta el prestador quienes se encargan de este trabajo. La colocación de DIU no tiene grandes retrasos, suele ser inmediato.

En materia de anticonceptivos orales y condones, al igual que sucede en COMEF, los/as médicos/as de familia pueden realizar la repetición de la receta, aun cuando no pueden recetar por primera vez, quedando esto a cargo de las distintas policlínicas ginecológicas.

También de forma similar a lo que ocurre con el prestador privado, desde las policlínicas ginecológicas de la RAP se coordinan las intervenciones quirúrgicas con el Hospital de Florida para la realización de ligaduras tubarias y vasectomías. Este proceso dura alrededor de un mes, sin representar mayores diferencias con COMEF.

En materia de prestaciones en MAC en el interior profundo de Florida, a parte de las rondas de ginecólogos/as y ferias rurales, tienen como estrategia para la difusión y atención en MAC a la Unidad Docente Asistencial (UDA) rural. Estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina y Facultad de Enfermería realizan rondas rurales, asistiendo a población con dificultades de acceso.

Las principales actividades de difusión se realizaron cuando se implementó la entrega obligatoria del paquete de MAC de parte de los prestadores. El MSP facilitó información para difundir entre la población y entre los/as propios/as profesionales. La Dirección Departamental de Salud (DDS) aprovecha las Ferias Rurales para presentar información sobre anticoncepción y otros temas de SSR. No existen sin embargo actividades de difusión sostenida de la información sobre estos servicios o requerimientos de la población.

No se cuenta con datos acerca del número de anticonceptivos entregados o colocados, ni de esterilizaciones realizadas en ASSE por falta de información en el formulario respondido.

Embarazo, parto y posparto

Los controles de embarazo, al igual que la atención durante el puerperio, se realizan en el primer nivel de atención y en la atención ambulatoria de ambos prestadores. Tanto las policlínicas ginecológicas como la de SSR de COMEF, las distintas de la RAP – ASSE y las ginecológicas del Hospital de Florida realizan atención en este sentido.

Desde la RAP se cuenta con dos parteras comunitarias y otra contratada por hora, así como con tres ginecólogos y 13 médicos de familia en total (5 de ellos urbanos) para este tipo de atención.

La evaluación que se realiza desde profesionales de ambas instituciones es que la cobertura de atención en embarazo resulta buena o muy buena, sobre todo en lo que refiere a accesibilidad. El porcentaje de mujeres embarazadas captadas en el primer trimestre en ASSE asciende a 69,3% y en COMEF a 98,4%²⁰. El parto humanizado resulta incipiente en Florida, el prestador público tiene algo más de trayectoria en ello con charlas y talleres, mientras que en el prestador privado recién se están comenzando a realizar capacitaciones y talleres de sensibilización para los y las profesionales que allí trabajan.

20 SINADI-MSP, 2014.

En caso de presentarse algún tipo de inconveniente para la atención de parto o la realización de cesáreas, se resuelve mediante convenio entre el prestador público y el privado, de acuerdo a la disponibilidad de profesionales.

En Florida se repite el patrón de mayor índice de cesáreas en salud privada que en pública a pesar del no pago de acto médico en ambos prestadores por la realización de cesáreas. Para 2014, el porcentaje de cesáreas de COMEF es de 49,1% y en ASSE de 34,1%²¹. Teniendo en cuenta que la resolución de no pagar el acto médico en los casos de cesárea no tiene muchos años, se puede esperar que en el mediano o largo plazo esta situación pueda modificarse.

Los controles puerperales suelen incluir, para ambos prestadores, asesoramiento en MAC, información y técnicas de amamantamiento, una profundización acerca del vínculo madre-hijo/a e información acerca de relaciones sexuales en la etapa posparto, aparte de los controles habituales de salud de la madre en este período. Para fomentar la asistencia a los controles puerperales desde ASSE se le da fecha a las mujeres ya desde el parto, tanto para el control puerperal como para el primer control pediátrico del/la recién nacido/a.

Ambos prestadores cuentan con clases de parto, a las cuales se aconseja y promueve que asistan los varones/progenitores, aunque no existe ningún tipo de mecanismo de control y registro efectivo de ello. En ASSE, operaba hasta hace un tiempo un acuerdo con Uruguay Crece Contigo (UCC) para la realización de clase de parto "itinerantes", rotando el lugar físico en que se hacían. Actualmente se encuentran destinadas dos policlínicas para ello.

Respecto al rol de los varones en la atención de embarazo, parto y posparto no existe ningún tipo de capacitación, espacios o proyectos para difundir conceptos de paternidad responsable e incorporar a los varones. Los únicos espacios de trabajo con los varones, fuera de las consultas, son las clases de parto. Sin embargo, según indican los profesionales, se busca incorporar a los varones tanto como se puede, lo que además está indicado entre las Buenas Prácticas de Atención al Embarazo.

Se comparte desde profesionales y autoridades que sería bueno que estos espacios existieran. Identifican, sin embargo, barreras y limitaciones de recursos para todo tipo de esfuerzo de difusión y de trabajo sobre nuevas temáticas.

Algunos/as profesionales perciben que a las instituciones les cuesta salir de los marcos "estrechos" y rígidos de la propia institucionalidad para acercarse a la comunidad a un nivel territorial más próximo. Se promueve el acompañamiento de la pareja al parto (derecho garantizado por la Ley N° 17.386) y resulta habitual que esto se traduzca en un efectivo acompañamiento de los mismos, tanto en el prestador público como en el privado, algo que parece corroborar lo identificado por MYSU en su estudio sobre varones y su SSR²².

21 idem.

22 "El acompañamiento del padre al momento del nacimiento del hijo, aparece como una práctica frecuente. No se encuentra diferencias entre los varones de las distintas cohortes. Alrededor del 72% han acompañado a la pareja en el momento del parto" MYSU, 2015, p. 40.

La RAP está evaluada y premiada en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante²³ por su énfasis en la atención posparto y pediátrica.

Durante el 2014 se realizaron spots publicitarios en la televisión local durante un periodo de nueve meses, difundiendo información sobre controles de embarazo, derechos a exámenes, ecografías, y se incluyó además el tema del cáncer génito-mamario.

VIH/ITS

La atención en VIH/ITS en Florida **no se encuentra claramente centralizada en algún equipo en particular** algo reconocido por los y las profesionales. Como ya se ha mencionado, para este punto se cuenta exclusivamente con información de ASSE dada la negativa de las autoridades de COMEF a responder el formulario.

Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida por local en ASSE – Florida

Locales	Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida		
	Test rápido	Test Confirmatorio	TARV
Hospital/Sanatorio	X	X	X
Centro de atención			
Policlínicas	X		

El Hospital de Florida sirve de lugar de referencia para las personas viviendo con VIH/sida dado que realiza atención en el segundo y tercer nivel de salud. A pesar de contar con test rápidos en las policlínicas de la RAP y cubrirse la demanda de los mismos, desde las autoridades se manifiesta la necesidad de recibir más test rápidos de parte del MSP o de ASSE central para realizar mayor cantidad de actividades de difusión, que trasciendan la mera actuación en el Día de Lucha contra el SIDA u otras fechas/eventos puntuales.

El tiempo de espera en ASSE para tener los resultados de exámenes diagnósticos para VIH (**48 horas**) y sífilis (**24 horas**) parecen ser razonablemente cortos. Sin embargo no queda del todo claro quiénes son los/as responsables de brindar la respuesta al usuario o usuaria. Se puede suponer, y lo indican las entrevistas a profesionales, que los resultados son brindados por los médicos a quienes acuden los usuarios y usuarias.

23 Disponibles en: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5681,21555>.

Existen figuras puntuales que trabajan con algunas de las personas que viven con VIH/SIDA en ambos prestadores. Sin embargo, esto no se logra condensar en un esfuerzo articulado o un trabajo sostenido en el tiempo. Esta es una de las principales fallas dentro de las prestaciones en SSR ya que no está tan bien integrado como deberían. Las policlínicas de SSR no se ven como referentes, aunque las percepciones sobre este punto son diversas.

Violencia doméstica

En materia de violencia doméstica **COMEF** cuenta con un equipo multidisciplinario conformado desde el año 2010 que trabaja en esta temática. El equipo cuenta con ginecólogo/a, psicólogo/a y asistente social, y opera como la Policlínica de Violencia Doméstica, los días jueves de 15 a 17 horas. Sus integrantes se han mantenido estables desde su conformación.

Este equipo de referencia surge por meta asistencial, ya que desde el 2011 se estableció desde el la JUNASA que se incluiría el despistaje de Violencia Doméstica (*formulario violeta*)²⁴. El servicio está identificado como Policlínica de Violencia Doméstica, aunque a la hora de identificarse ante la población suele hacerlo bajo el nombre de "Asesoramiento en VD" para no recurrir al término violencia en forma explícita. Según integrantes, omitir la palabra procura evitar mayores resistencias en la población.

El equipo cuenta con una muy baja concurrencia de usuarias/os a la policlínica. Tienen alrededor **de 2 a 5 consultas semanales**. Perciben que existen dificultades a nivel de población para ver al servicio como referencia, excepto cuando se trata de aquellas/os que reconocen encontrarse en una situación de VD o que ya han sido diagnosticadas/os o derivadas/os. A pesar de ello, desde el equipo se manifiesta que no siempre las 2 horas de policlínica son suficientes para poder cumplir con las consultas y dar seguimiento a las usuarias y usuarios que concurren, así como dar seguimiento telefónico a quienes no asistieron, elaborar informes para jueces y planificar talleres de sensibilización y capacitación, todas tareas que competen al mismo.

En un principio, y siguiendo el espíritu del Decreto N°494/006 que reglamenta la Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica, el equipo se conformó para atender a mujeres mayores de 15 años, pero desde entonces ha extendido su público objetivo, trabajando con casos que exceden a este grupo, incluyendo niños, niñas, adolescentes e incluso varones. Suelen hacer el seguimiento de la familia y se hacen derivaciones dentro y fuera de COMEF según sea necesario.

Los profesionales de la psicología y área social trabajan en los Comités de Recepción de COMEF. Dado

24 Registrado en el Boletín de Metas Asistenciales del MSP de Febrero de 2011. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Metas%20-%20Boletin%2012_0.pdf

que la primera entrevista de la usuaria es con el equipo, de llegar a ser necesario se la deriva al comité, lo que evita la revictimización a través del relato constante de la mujer de la situación de violencia vivida. Comparten además a la psicóloga con el equipo de IVE de COMEF por lo que existe articulación entre equipos y la psicóloga sirve de nexo en algunas ocasiones.

En cuanto a ASSE hasta la fecha de realización de este monitoreo, no tenía conformado el equipo de violencia doméstica. Se encontraba en negociaciones para determinar quiénes integrarán el equipo y se buscaba solucionar rápidamente ya que la necesidad de un equipo que trabaje en este sentido se visualiza como cada vez más importante. Al momento de realizado el monitoreo se estaban llevando adelante espacios de capacitación al personal de puertas de emergencia y urgencias para la atención de personas en situación de violencia sexual. Parte de estos espacios, coordinados por el Equipo de Referencia en VD del prestador privado, se utilizaron para debatir sobre la falta de equipo.

A su vez, el Equipo de Referencia de VD de COMEF, realizó en octubre de 2015 un taller de sensibilización dirigido al Equipo de Gestión del Hospital, nurses, auxiliares de enfermería y personal médico en general. El objetivo de este taller fue trabajar en qué consiste y cuáles son los cometidos de un Equipo de Referencia de VD, elaborar un protocolo institucional de intervención en esta problemática y garantizar la difusión del mismo a todo el funcionariado, tanto médico como no-médico.

Hasta el momento se han realizado coordinaciones con el Servicio de Atención a Mujeres en Situación de Violencia Doméstica del INMUJERES para los casos de mujeres mayores de 15 años que están en situación de violencia. Desde Salud Mental también se trabaja en el acompañamiento de estas mujeres, aun cuando se entiende desde los/as profesionales que no correspondería en todos los casos, ni es la mejor dinámica de trabajo.

Toda la información sobre este tema deriva de las entrevistas a profesionales porque la información no fue provista por las instituciones en el formulario enviado por MYSU para este estudio.

Síntesis de la situación de los servicios de SSR en Florida

El departamento de Florida tiene una serie de fortalezas en la implementación de los servicios de SSR y aborto con la **existencia de un servicio público y uno privado para la realización de abortos legales**. El hecho que los dos prestadores de mayor peso en el departamento ofrezcan esta prestación y que las resistencias para su implementación sean, aparentemente, mínimas (con un número mínimo de objetores de conciencia expresos) es una señal positiva de cara a la realidad existente en otros departamentos (en especial los del litoral del país).

Otro aspecto a resaltar son los **esfuerzos colaborativos público-privados con asistencia ginecológica** en el ámbito rural y los pequeños poblados, algo necesario en un departamento que tiene

prácticamente la mitad de su población fuera de la capital departamental (y alrededor de un 15% de la población estrictamente rural). Se debe destacar el uso compartido de recursos materiales (y a veces humanos) en pequeñas localidades del departamento, con las policlínicas de ASSE y COMEF como referenciales en el territorio para toda la población que lo requiera.

El hecho de que **todas las policlínicas de ASSE estén preparadas para la colocación de DIU y de implantes subdérmicos** es un buen ejemplo de descentralización efectiva de los servicios. Aun así, se constata que no todas las policlínicas cuentan con profesionales de la ginecología de forma permanente, sino periódica.

Pero sin duda alguna, una de las particularidades más interesantes que presenta Florida es el **no pago de acto médico en ambos prestadores por la realización de cesáreas y la colocación de DIU**. Esta resolución, que contrasta con lo habitual en el resto de los departamentos del país, sería una buena práctica que debería ser generalizada en el Sistema de Salud.

Una de las debilidades identificadas es la **falta de un equipo de atención en violencia doméstica en el prestador público**, hasta la fecha de realizado el monitoreo. La existencia de un servicio en COMEF es un punto positivo, sin embargo, los y las profesionales reconocen que debería haber una mayor difusión de esta prestación y un mayor trabajo con la comunidad para erradicar este flagelo. Esto se corrobora con las entrevistas a **mujeres y varones del departamento que no identifican a los servicios, no saben de su existencia y no los están viendo como referentes** a los que acudir ante situaciones de violencia.

A su vez, la atención en VIH sigue siendo problemática. Si bien el departamento tiene bajas tasas de notificación en VIH, **la falta de un servicio identificable o de la incorporación plena de estas prestaciones a los servicios de SSR desde una perspectiva integral** puede estar atentando contra el efectivo tratamiento de la epidemia, evitando que personas que pueden estar viviendo con VIH/SIDA conozcan su condición, sean diagnosticados de forma temprana o recurran al tratamiento correspondiente.

Este último punto antes mencionado resulta crucial además cuando vemos lo **limitado de los esfuerzos de difusión de servicios y de campañas para el uso de test rápidos y concientización de la población**. En este sentido corresponde retomar una denuncia habitual de profesionales y autoridades locales en la **falta de recursos para campañas** (desde monetarios y humanos hasta los propios test rápidos). Esta realidad aplica para otras prestaciones como lo son el aborto, anticoncepción, embarazo y parto y violencia doméstica.

Devolución de los resultados obtenidos en el monitoreo de Florida

Luego de realizado el estudio y antes de ser publicado el informe con los resultados finales, MYSU envió el informe preliminar a autoridades, instituciones de salud y equipos profesionales que participaron del monitoreo, para sobre esta base, realizar una reunión de devolución de los resultados. En ésta se pudo chequear la información relevada y discutir las sugerencias y propuestas identificadas por el equipo del Observatorio.

Concluyendo, debe destacarse que la situación encontrada en Florida difiere positivamente en la implementación de los servicios de SSR y aborto, frente a la situación encontrada en otros departamentos monitoreados por MYSU, tanto en esta ocasión como en estudios anteriores. En particular la existencia de servicios de IVE en los dos prestadores con mayor cobertura del departamento y el bajo porcentaje de objeción de conciencia registrado son datos que apuntan en un sentido positivo. Lo mismo puede sostenerse de la articulación público-privado y la iniciativa de médicos itinerantes, lo cual no es tan habitual encontrar en otros departamentos.

La reunión tuvo lugar el 28 de marzo de 2016 y dio lugar a un interesante debate y reflexión en varias dimensiones de los resultados relevados en el monitoreo²⁵. Entre otros temas se discutió sobre la prevención y difusión de los servicios, la necesidad y los desafíos que plantea el trabajo interinstitucional y los resultados de la colaboración público-privada. En este sentido, existieron algunas conclusiones comunes sobre la forma de actuar para superar barreras existentes, así como quedaron planteadas preguntas sin respuesta, sobre las que deberíamos dar seguimiento a futuro.

Entre las inquietudes planteadas sobre las estrategias de difusión de las prestaciones y la comunicación interinstitucional, se destacó la falta de recursos materiales y humanos como un inconveniente importante. Se planteó la existencia de voluntades y compromisos individuales para llevar adelante iniciativas de este tipo, pero también se destacó que falta respaldo institucional tanto en el ámbito local como nacional para llevar adelante mejores estrategias de difusión. A partir de dicho diagnóstico se intercambiaron sobre distintas experiencias realizadas en el departamento para la difusión de las prestaciones. De cara a continuar con esa línea, desde MYSU se ofreció la serie de videos con la difusión de las prestaciones en salud sexual y reproductiva que pueden ser de utilidad para su reproducción en los servicios como en los medios de comunicación local. Se podrían aprovechar los recursos y capacidades existentes en las instituciones para promover materiales disponibles.

Se planteó también la necesidad de generar los insumos necesarios para generar y poner a disposición la información sobre las prestaciones y los datos epidemiológicos, ya que incluso los y las propias

25 La reunión se realizó en la sala de reuniones del Hotel Español. A la misma asistieron el Director de la Dirección Departamental de Salud, el Director del Hospital de Florida, una representante del Ministerio de Salud Pública y miembros de los equipos de IVE, VD y trabajadores/as de los prestadores de salud del departamento (ASSE y COMEF).

profesionales que trabajan en los prestadores de salud no siempre están al tanto de lo que sucede a la interna de su institución, mucho menos lo que ocurre en otras. Este tipo de esfuerzos aseguraría mejor coordinación interna e interinstitucional, favoreciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos, así como una democratización de la información.

Se destaca la importancia de un trabajo más dinámico de intercambio entre actores así como la necesidad de habilitar espacios para reflexionar sobre las prácticas y las necesidades específicas y problemáticas más acuciantes en el departamento. En ese sentido, resulta necesario que el horario cubierto por las instituciones no sea exclusivamente para la asistencia sino también para la capacitación y la resolución de problemas. Por otra parte, es una apreciación común a quienes asistieron a la reunión que las capacitaciones deberían ser más extendidas en cuanto a las temáticas que incorporan y tener mayor concurrencia.

Sobre el rol de los ECR, se reconoció la importancia del rol de coordinación que corresponde a este equipo y que en los hechos se limita a la asistencia directa. A pesar de ello, queda abierta la discusión de cómo subsanar este inconveniente que se repite en el diagnóstico de situación evidenciado en los monitoreos realizados por MYSU en otros departamentos. Las limitaciones parecen iniciar en la propia conformación y contratación del equipo, con horas destinadas exclusivamente para la asistencia y con falta de horas asignadas a roles de coordinación y referencia tales como de capacitación, evaluación del estado de la SSR en el departamento, autoevaluación y diagnóstico de los servicios.

Por otra parte, se destaca como una gran debilidad la inexistencia de un Equipo de atención para casos de Violencia Doméstica en los servicios de ASSE. Se reconoció la necesidad de constituirlo, pero todavía no se tiene en claro las posibilidades reales de su conformación.

Al momento de señalar que a pesar del no pago de acto médico a la realización de cesáreas el porcentaje sigue siendo alto, se comentó que en el último tiempo no se ha analizado el número de cesáreas, pero que aún en una época en la que las mismas personas trabajaban en el sector público y privado, el porcentaje de cesáreas fue mayor en el privado cuando "en teoría" la población con mayor riesgo se atiende en el sistema público. Desde COMEF se señaló que el alto porcentaje de cesáreas puede responder en parte a la complementariedad que se realiza con el sector público. En ese sentido, se destacó que existen problemas con la sistematización de la información.

En cuanto a la prestación de IVE se señaló que al principio hubo un problema con una ecografista que mostraba el feto a las usuarias (lo que no se permite) pero al hablarlo con la profesional pudo ser solucionado.

Desde los representantes de ASSE se señaló que aproximadamente el 20% de las mujeres continúan el embarazo, mientras que en COMEF el número es significativamente menor. Por otra parte los números de aborto llamaron la atención por su disparidad entre el prestador público y privado por lo que se solicitó que se pueda enviar la información, ya que los datos trabajados en el monitoreo no salen de los formularios sino de la solicitud de información realizada a ASSE y el caso de COMEF de las entrevistas a profesionales.

En cuanto a métodos anticonceptivos, desde los equipos se señaló que las adolescentes no aceptan los preservativos porque consideran que no les corresponde a ellas, sino a los varones. Por su parte, en cuanto a los implantes subdérmicos, se señaló que existe el inconveniente de que hay muchas mujeres que han solicitado retirar el implante por las molestias que han experimentado desde su colocación. Desde los equipos se señala que no han tenido la devolución por parte de las autoridades a cargo del proyecto piloto para la difusión de los implantes subdérmicos que permita explicar las situaciones que están relevando sobre el rechazo a los mismos.

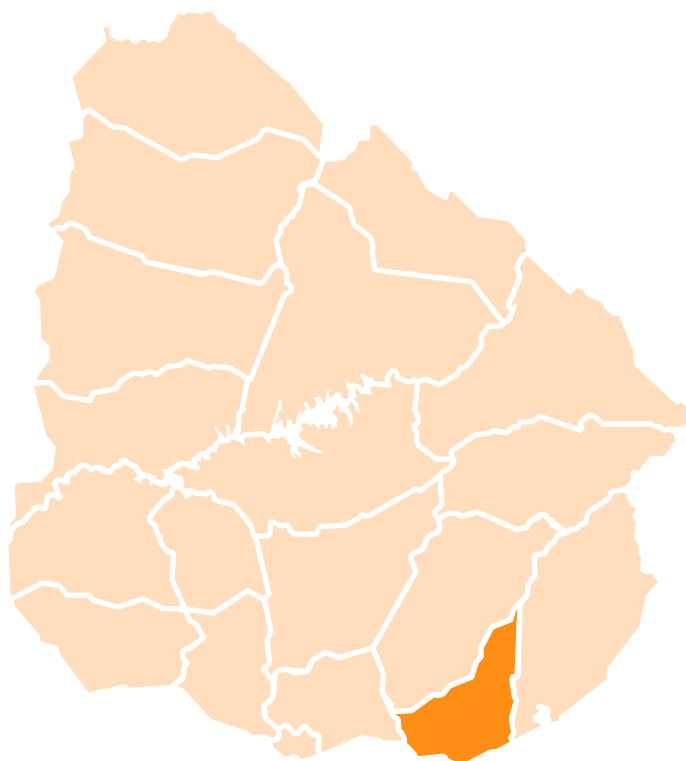
Por último, se reflexionó sobre la necesidad de procesar localmente la información sobre las prácticas del departamento de forma tal de hacer visible y compartir con otros servicios del país las experiencias positivas como la colaboración efectiva entre sistema público y privado para mejorar la cobertura a lo largo del departamento, o como la decisión de no pago del acto médico.

Acuerdos definidos en la reunión:

- Necesidad de procesar localmente la información sobre las prácticas del departamento de forma tal de hacer visible y compartir con otros servicios del país las experiencias positivas como la colaboración efectiva entre sistema público y privado para mejorar la cobertura a lo largo del departamento o como la decisión de no pago del acto médico.
- Existen voluntades y compromisos individuales para llevar adelante estrategias de difusión de las prestaciones y de comunicación interinstitucional.
- Las capacitaciones deben ser más extendidas en cuanto a las temáticas que incorporan y apuntar a una mayor concurrencia.

ESTADO DE SITUACIÓN EN EL
DEPARTAMENTO DE MALDONADO





MALDONADO

ESTADO DE SITUACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE MALDONADO

Habitantes:	177.349
Mujeres:	89.384 (50,4%)
Varones:	87.965 (49,6%)
Ciudad capital:	Florida
Intendente:	Enrique Antía (Partido Nacional)
Nro de afiliados de prestadores de salud del departamento:	
Asistencial Médica Departamental de Maldonado	79.365
ASSE Maldonado	54.210
CRAME	40.977

En el departamento se relevaron los servicios de ASSE y COMEF en las ciudades de Maldonado, Punta del Este, San Carlos y Pan de Azúcar.

Organización de los servicios

Debido a las dimensiones y al índice poblacional del departamento, la forma en que se encuentran distribuidos los servicios de SSR e IVE en Maldonado es muy dispersa y su mapeo ha sido un importante desafío.

El departamento cuenta con siete prestadores de salud, seis del subsistema privado y ASSE. Los prestadores privados son: La Asistencial, Mautone, Asociación Española, CASMU, Médica Uruguaya y Círculo Católico. Considerando los criterios señalados en el apartado metodológico, el monitoreo incluyó los siguientes prestadores: **La Asistencial, Mautone y ASSE.**

Mautone, cuenta con una casa central en la capital departamental que incluye servicio de sanatorio así como de policlínica, brindando atención en SSR, espacio adolescente e IVE. La policlínica en SSR brinda atención en aborto, anticoncepción, control de embarazo. También captan, informan y dan seguimiento a situaciones de violencia, las cuales derivan al espacio de "Fortalecimiento del Autoestima de la Mujer" (FAM), un espacio del prestador para atender los casos de violencia. Para acudir a la policlínica de SSR no se necesita pase, se puede pedir hora directamente. Existen además otras cinco policlínicas en el departamento, ubicadas en Aiguá, Pan de Azúcar, Piriápolis, Punta del Este y San Carlos donde se realiza asesoramiento y entrega de anticonceptivos, controles de embarazo, derivaciones ante casos de violencia y aborto, y atención en aborto para el caso de Piriápolis.

En su casa central, Mautone cuenta con los siguientes equipos: coordinador de espacio adolescente, referente en violencia basada en género y coordinador de referencia en SSR.

Disponibilidad de profesionales por especialidad en Mautone

Profesionales	Número
Ginecólogos/as	15
Parteras	12
Psicólogos/as	12
Asistente/s Social/es	1

El espacio adolescente es de reciente conformación y es coordinado a través de reuniones mensuales por un equipo multidisciplinario compuesto por psicólogo, pediatra, odontología y nutricionista. Los/as adolescentes acuden a través de derivaciones de profesionales o para solicitar el carné del adolescente.

La Asistencial cuenta con policlínica de SSR, colocación de DIU e IVE. Funciona los lunes en el sanatorio de San Carlos y los martes en el sanatorio de Maldonado. La atención en anticoncepción es realizada en consultas con cada ginecólogo, disponibles en todas las policlínicas de la mutualista. Cuenta con un equipo de violencia doméstica de reciente formación cuyo referente es un médico general. En el sanatorio de la capital del departamento hay un espacio adolescente donde se realiza consejería en anticoncepción y salud reproductiva en general. También una ginecóloga coloca DIU para las adolescentes que opten por este método²⁶.

ASSE cuenta con un hospital en la capital, otro en la ciudad de San Carlos, y tres centros auxiliares en la ciudad de Maldonado, Pan de Azúcar y Aiguá. La Red de Atención Primaria (RAP) de Maldonado está compuesta por siete policlínicas urbanas y siete rurales distribuidas en distintas localidades del departamento.

En el **Hospital de Maldonado**²⁷ se realiza atención en anticoncepción, embarazo/parto y puerperio. También se realizan las consultas de IVE correspondientes a las entrevistas con los/as ginecólogos/as, ya que no cuentan con psicólogo ni asistente social. Los casos de violencia son derivados a la ONG Zonta o a INMUJERES que se encuentra en la ciudad de San Carlos.

El **Hospital de San Carlos** no cuenta con policlínica de SSR, pero allí se brindan algunas de las prestaciones. Cuenta con equipo IVE, y los casos de VD se derivan a un equipo del INMUJERES ubicado en una policlínica de la RAP en la ciudad. El Hospital también cuenta con una policlínica para los controles requeridos para el carné de trabajo sexual. Este se realiza una vez al mes con previa coordinación con la encargada del servicio y suele ser los sábados de tarde que es el día menos concurrido del Hospital.

Disponibilidad de profesionales por especialidad en Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

Profesionales	Número
Ginecólogos/as	3
Parteras	5
Psicólogos/as	3
Asistente/s Social/es	1

Para promocionar los servicios disponibles, el Hospital utiliza cartelería ocasional y una permanente para dar a conocer los servicios de VIH, aborto y violencia.

26 La Asistencial no respondió a la solicitud de información realizada a través de los formularios enviados a cada prestador, por lo que la única información que se dispone es la brindada a través de entrevistas a profesionales de la institución y datos del MSP.

27 Si bien la dirección del hospital completó el formulario, la información resultó incompleta por lo que algunos datos no fueron incluidos en el informe.

Si bien el prestador informa que los días de atención para IVE van de lunes a sábado, la organización es la siguiente: el primer acercamiento al centro puede realizarse todos los días, los martes se realizan consultas con psicóloga y asistente social, pero en caso de que los tiempos sean acotados se pueden coordinar también para miércoles y jueves. Las consultas con ginecólogos se realizan los lunes, jueves y sábados.

En los distintos centros de salud y policlínicas de la RAP de Maldonado se realiza atención en VD, anti-concepción, aborto, embarazo y espacio adolescente.

Para la difusión de los servicios en SSR, la RAP utiliza mayoritariamente la folletería y cartelería disponible en sus locales de atención, así como la realización de talleres o charlas. Para el caso de VIH/ITS, el prestador utiliza la prensa, radio y TV como medio para difundir los servicios disponibles.

Los Equipos Coordinador Referente existen formalmente en todos los prestadores pero en términos reales no realizan ninguna de las tareas que les es encomendada por ley, solo la de capacitación en SSR realizadas por el MSP.

Aborto

Según los datos brindados por ASSE central a través de la solicitud de información realizada por MYSU, en el departamento de Maldonado la cifra de abortos realizados durante 2013 ascendía a **177** abortos en el prestador público, mientras que para el 2014 ascendió a **215**.

Total de IVE realizadas en ASSE según año²⁸

Departamentos	Febrero-Diciembre 2013	2014
Florida	177	215

MAUTONE

La atención en aborto del Mautone se desarrolla tanto en la policlínica de SSR, en las consultas con los profesionales involucrados que atienden en el sanatorio, así como en otras policlínicas externas.

28 ASSE no tiene registros de IVE en el mes de enero de 2013.

La ruta comienza con el acercamiento de la usuaria a cualquier médico (de familia, general, ginecólogo/a por consulta, policlínica o puerta), y la derivación de éste a la coordinadora del servicio, quien es la encargada de agendar todas las consultas siguientes con la usuaria, además de servir de referencia ante cualquier otra información que requiera o demora en la atención.

La entrevista con el equipo multidisciplinario se realiza de forma separada o conjunta dependiendo del profesional que realice la atención. Por ejemplo existe un equipo conformado por trabajadora social y psicóloga que realizan conjuntamente la atención en aborto. Otro caso de atención conjunta es el equipo conformado por psicóloga y ginecóloga que prestan los servicios de aborto (así como otras prestaciones en SSR) en la policlínica de SSR. A su vez, cada uno de estos profesionales en sus consultas particulares realiza la etapa de entrevista con la usuaria. Además se encuentran disponibles otros ginecólogos para la tarea de asesoramiento. Este se lleva a cabo en la policlínica del sanatorio, así como en policlínicas donde los ginecólogos y ginecólogas realizan sus consultas particulares. Es necesario destacar que algunos profesionales no conocen quienes son los ginecólogos que realizan IVE.

En los casos que la usuaria este angustiada o indecisa, el equipo de trabajadora social y psicóloga coordina si la usuaria así lo desea, una segunda consulta de entrevista. En las entrevistas por aborto han surgido casos de violencia que se derivan y se trabajan en el espacio creado para dichos fines.

En el Mautone de un total de 15 ginecólogos/as (10 titulares y 5 suplentes), 5 son los disponibles para realizar IVE. Estos atienden en el local central, y existe uno de ellos que atiende en una policlínica.

La mayoría de los casos post aborto son derivados a la policlínica de SSR para brindarle a la usuaria asesoramiento en anticoncepción. Asimismo, existen casos en los que la usuaria mantiene la consulta psicológica si así ella lo requiere.

El que no haya un lugar único para la atención en aborto es visto de manera positiva por alguno de los y las profesionales, ya que cuando la usuaria acude al consultorio puede ser por cualquier demanda en SSR, lo que dificulta la identificación de la misma y el estigma asociado.

La atención integral en SSR se ve reflejada en la coordinación del servicio con otras áreas, por ejemplo si las que acuden son adolescentes, los profesionales que brindan el servicio IVE coordinan con las personas encargadas del espacio adolescente para su seguimiento.

Si bien los profesionales que atienden en la policlínica de SSR son objetores, parece ser que eso no impide que realicen sus funciones derivando correctamente a las usuarias y realizando el resto de las etapas del IVE.

Cifras de interrupción del embarazo –Mautone

Número de IVE realizadas	Período		
	2013	2014	2015(1er semestre)
Hasta primer trimestre de embarazo	103	110	62
Durante segundo trimestre o más de embarazo	s/d	s/d	s/d
N° de mujeres que desistieron de abortar	3	15	7
Número de procedimientos IVE			
IVE 1	116	130	64
IVE 2	116	130	64
IVE 3	103	110	54
IVE 4	105	90	35

LA ASISTENCIAL

El acceso a IVE en La Asistencial se da a través de la consulta ginecológica con médico general o partera en cualquier policlínica o sanatorio, o directamente con el médico de puerta de los sanatorios. A partir de la primera consulta, las usuarias son derivadas a la policlínica de SSR en los sanatorios de Maldonado o San Carlos.

De los/as 15 profesionales de ginecología, 2 son quienes están a cargo de la atención de IVE en esta mutualista, uno/a se dedica a la prestación los lunes en San Carlos, y la otra profesional los miércoles en la ciudad de Maldonado. Estas mismas profesionales eran las encargadas de implementar la normativa 369/04 del MSP antes de la implementación de la ley IVE. A partir de la implementación de esta ley se incorporan una psicóloga y una asistente social, conformando el equipo IVE.

Las consultas con el equipo multidisciplinario se realizan de forma separada dado que la asistente social no se encuentra en las policlínicas de SSR los días de atención.

ASSE

La atención de IVE en ASSE se realiza en el Hospital de San Carlos, en el Hospital de Maldonado algunas etapas (se coordina con policlínicas municipales para completar el proceso), en el Centro de Salud Vigía,

y en el Centro auxiliar de Pan de Azúcar. La organización de la RAP no es sencilla, ya que a excepción del recetado del medicamento, las demás etapas se pueden realizar en diferentes policlínicas.

El Hospital de San Carlos cuenta con un equipo completo para la atención en IVE (dos ginecólogos, asistente social y psicólogo). El acceso al mismo es por consulta de la usuaria con cualquier profesional de la salud, quien la deriva a la coordinadora del servicio de aborto. Pasa a entrevista con el equipo por separado, aunque existen ocasiones en las cuales el psicólogo y la asistente social atienden de manera conjunta. Del total de tres ginecólogos del centro, dos son los que realizan IVE, y para la consulta pos IVE la atiende el ginecólogo no objetor que además es ecografista.

En la atención pos IVE se realiza además de la ecografía, asesoramiento en anticoncepción. Un hecho a destacar es que el equipo no funciona como tal, al punto de no conocerse mutuamente. Sin embargo, este elemento se subsana debido al rol clave de una partera encargada del servicio que constituye la referencia para las usuarias, realizando correctas derivaciones y agenda de consultas. Se identifica desde los profesionales que hacen la atención, obstáculos en el primer momento de la implementación, ya que no se encontraban difundidas las rutas de acceso. Se sostiene que esto ha mejorado porque existe una difusión del boca a boca del servicio y no por otro medio.

El Hospital de Maldonado cumple las mismas etapas con excepción de las entrevistas con asistente social y psicólogo/a ya que no cuenta con estos profesionales en su staff. Este brinda el servicio a través de un convenio con policlínicas municipales donde sí trabajan dichos profesionales. Las ecografías urgentes de la RAP son enviadas a este hospital. En caso que la usuaria llegue fuera del horario de la policlínica que realiza las ecografías, es derivada al Sanatorio de La Asistencial, ya que el hospital contrata dicho servicio a esta mutualista.

El Centro de Salud Vigía, ubicado en la ciudad de Maldonado, realiza todas las etapas de IVE y dispone de dos ginecólogos/as, psicóloga, y asistente social. El centro de Pan de Azúcar no cuenta con reemplazo para psicóloga y asistente social, por lo que cuando estas profesionales se encuentran de licencia, las usuarias deben concurrir a Maldonado.

En Piriápolis no hay asistente social ni psicólogo y dado que se realizan ecografías solamente los viernes a embarazadas, estas se coordinan para hacerse en Pan de Azúcar, y también la consulta con sicóloga y asistente social. Según las profesionales consultadas, son pocas las IVE que se realizan en esta localidad.

Cifras de interrupción del embarazo –RAP/ASSE – Maldonado

Número de IVE realizadas	Período			
	2013	2014	2015 (1er semestre)	2015 (2do semestre)
Hasta primer trimestre	s/d	114	176	s/d
Durante segundo trimestre o más	s/d	s/d	s/d	s/d
N° de mujeres que desistieron de abortar	s/d	2	2	3
Número de procedimientos IVE				
IVE 1	s/d	114	176	s/d
IVE 2	s/d	114	176	103
IVE 3	s/d	55	73	67
IVE 4	s/d	43	51	58

Cifras de interrupción del embarazo en Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

Número de IVE realizadas	Período		
	2013	2014	2015
Hasta primer trimestre	28	30	43
Durante segundo trimestre o más	0	0	0
N° de mujeres que desistieron de abortar	0	1	1
Número de procedimientos IVE			
IVE 1	28	30	43
IVE 2	28	30	43
IVE 3	28	30	43
IVE 4	28	30	32

Los datos sobre IVE en la RAP llaman la atención, dado que casi la mitad de las consultas iniciadas por aborto en 2014 no llegaron a la etapa propiamente de IVE. Una hipótesis posible para explicar esta diferencia significativa es que en todo el departamento solamente los centros de Pan de Azúcar y el centro Vigía en Maldonado, realizan la etapa de recetado de medicamento en la RAP, por lo que muchas policlínicas del departamento pueden derivar directamente a los Hospitales de Maldonado y San Carlos para ello. Esto adquiere más sentido teniendo en cuenta que al menos el Centro Vigía no cuenta con los medicamentos para IVE 3, que deben ser levantados en este caso en el Hospital de Maldonado. Esto no

explicaría sin embargo por qué las cifras de todas las etapas en el Hospital de San Carlos son iguales. La explicación posible aquí es que se estén registrando doblemente (en la RAP y hospitales) las primeras consultas por aborto.

Anticoncepción

MAUTONE

El Mautone presta servicios en anticoncepción tanto en la policlínica de SSR como en consulta con los ginecólogos/as que trabajan en el sanatorio y en alguna de las policlínicas. Esto abarca preservativos masculinos y anticonceptivos orales. Los preservativos además los pueden entregar médicos de referencia, de familia y los profesionales que atienden en la policlínica de SSR. En el caso de que no identifiquen riesgos, los mismos profesionales pueden brindar anticonceptivos orales.

El DIU es colocado en policlínica del sanatorio y en la de Piriápolis y San Carlos, y como excepción en algunas externas. Según algunos profesionales entrevistados existen demoras para su colocación, lo cual está tratando de ser solucionado con más policlínicas que brinden la prestación. La vasectomía es realizada por urólogos y las ligaduras por ginecólogos/as en el sanatorio. Según se desprende de las entrevistas si algún ginecólogo/a no quiere realizar ligaduras a una usuaria, se deriva el caso a la policlínica de SSR. Esto representaría una objeción de conciencia de facto, lo que cual no está estipulado por ninguna normativa vigente.

También se realiza asesoramiento en anticoncepción en el espacio adolescente, pero si se requiere atención más específica se deriva a la policlínica de SSR.

Locales del Mautone donde la población usuaria puede acceder a métodos reversibles de anticoncepción

Locales	Tipo de anticonceptivo					
	Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos
Hospital/Sanatorio	X		X	X	X	
Policlínicas	X		X	X		

Número de métodos reversibles distribuidos en el año 2014 y cantidad de procedimientos realizados en anticoncepción irreversible en Mautone

Métodos reversibles						Métodos irreversibles	
Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos	Ligadura tubaria	Vasectomía
228	s/d	s/d	5601	6	n/c	s/d	s/d

LA ASISTENCIAL

En La Asistencial se realiza atención en MAC en las consultas ginecológicas y en las policlínicas de SSR. El DIU específicamente se coloca en estas policlínicas. Los médicos generales también recetan ACO, las recetas son por 1 año y las de anticonceptivos para lactantes por 6 meses.

El asesoramiento y acceso a los métodos está disponible en todos los centros de la mutualista. El promedio de espera para colocación de DIU puede ser de dos meses según el caso (DIU pos aborto es colocado de inmediato). Es destacable la atención enfocada especialmente en adolescentes (que incluye colocación de DIU) a través del espacio adolescente, con la limitante de que está disponible solamente en la capital departamental.

Todos los profesionales de ginecología realizan ligaduras tubarias, y el tiempo promedio de espera para acceder al procedimiento varía entre 3 y 4 meses. Según la fuente consultada, en las consultas por anticoncepción irreversible se está ofreciendo la opción de la vasectomía, y la respuesta está siendo "buena". No fueron obtenidos cifras sobre anticoncepción en este prestador.

ASSE

En el caso de ASSE, los ginecólogos y ginecólogas de todos los niveles de atención asesoran y recetan condones y anticonceptivos orales y de emergencia. En las policlínicas y centros de salud, las parteras también asesoran, entregan condones masculinos y femeninos, y repiten recetas para anticonceptivos orales.

La colocación de DIU se desarrolla en los distintos niveles de atención por ginecólogos/as. En el Hospital de Maldonado la policlínica de DIU está a cargo de una partera. Asimismo, las intervenciones quirúrgicas de ligaduras y vasectomías son en el Hospital de San Carlos y en el de Maldonado. Si se presentan usuarios/as que demandan dicho servicio en la RAP, se los/las deriva al segundo nivel.

En el centro Vigía se están colocando implantes subdérmicos con menos de una semana de demora.

Locales de ASSE – Maldonado donde la población usuaria puede acceder a métodos reversibles de anticoncepción

Locales	Tipo de anticonceptivo					
	Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos
Hospital/Sanatorio	X		X	X	X	
Centro de atención	X	X	X	X	X	X
Policlínicas	X	X	X	X	X	X

Número de métodos reversibles distribuidos en el año 2014 y cantidad de procedimientos realizados en anticoncepción irreversible en RAP/ASSE – Maldonado

Métodos reversibles						Métodos irreversibles	
Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos	Ligadura tubaria	Vasectomía
2594	s/d	68	5666	s/d	140	s/d	s/d

Número de métodos reversibles distribuidos en el año 2014 y cantidad de procedimientos realizados en anticoncepción irreversible en Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

Métodos reversibles						Métodos irreversibles	
Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos	Ligadura tubaria	Vasectomía
25900	0	39	1294	106	0	47	0

La mayoría de los prestadores no cuenta con preservativos femeninos debido, según aducen, a la poca demanda por parte de las usuarias. Este método no se encuentra disponible en, el Hospital de Maldonado, el de San Carlos, así como tampoco en los prestadores privados. Solamente se encuentra disponible en policlínicas de la RAP. Los profesionales de salud que atienden en el subsistema privado y en los Hospitales, identifican una demanda de implantes subdérmicos que queda insatisfecha debido a que no se encuentran disponibles.

Otro punto a mencionar es el rol de las parteras. En el subsistema público han quedado reducidas a la atención en embarazo, entrega de preservativos, realización de PAP y en los prestadores privados a menos de eso, trabajando en lo que respecta atención en SSR solo en las clases de parto y en algunos casos en la realización del PAP. El incluir a las parteras en otras labores de atención podría mejorar y facilitar la prestación de algunos servicios de SSR, como es el caso de la anticoncepción. Si las parteras pudieran recetar anticonceptivos orales facilitaría su acceso, así como para el caso de las privadas, incluir que puedan entregar preservativos y no lo hagan solo los médicos.

Embarazo, parto y posparto

MAUTONE

Los controles de embarazo del Mautone se realizan en la parte de policlínica de su sanatorio y en policlínicas externas. Los partos ocurren en el sanatorio del prestador y los ginecólogos/as son los encargados de brindar ambos servicios. Las parteras cumplen funciones de asesoramiento en las clases de preparación para el parto y las enfermeras son quienes realizan las llamadas a las embarazadas que no concurren a los controles.

Las embarazadas adolescentes recurren a los servicios de atención de embarazo regulares, no contando con un espacio propio en el espacio adolescente.

En Mautone el índice de cesáreas es 52,2%. Estas cifras del SINADI para las dos principales mutualistas de Maldonado son muy elevadas, aunque se ajustan a la media del porcentaje de cesáreas de las mutualistas de todo el país (51,8%), y se encuentran levemente por encima de la media de las mutualistas del Interior (48,9%)

LA ASISTENCIAL

La captación de los embarazos es realizada a través de policlínicas a cargo de parteras. Se crea un carnet obstétrico para la usuaria para registro de los exámenes de rutina, que quedan todos coordinados desde la primera consulta. El índice de cesáreas es de 51,7%, cifra que es alta, pero que como se mencionó anteriormente se ajusta a la media nacional de las mutualistas.

En Pan de Azúcar, Piriápolis, San Carlos y Maldonado (en diferentes policlínicas) las parteras dan un total de 3 clases de parto abiertas. Las usuarias pueden optar también por tener clases a domicilio las cuales son pagas.

ASSE

La atención en embarazo y parto en ASSE Maldonado presenta una situación preocupante. Tanto en las policlínicas como en los centros de salud de ASSE, los embarazos son controlados por parteras, incluso en algunos casos (al igual que sucede en Rivera), los embarazos de alto riesgo, ya que para todo el departamento de Maldonado solamente dos ginecólogos tienen policlínicas de embarazo de alto riesgo en el Hospital de Maldonado. Según las fuentes consultadas, las parteras muchas veces terminan "haciendo" de ginecólogas, y cuando no queda opción derivan las embarazadas de alto riesgo al ginecólogo/a de guardia, saturándolo por una necesidad que es de policlínica.

El Hospital de San Carlos no cuenta con anestésista de guardia miércoles, jueves y viernes, por lo que las embarazadas que deben parir esos días deben ser trasladadas al Hospital de Maldonado.

Por el lado positivo, desde 2012 el Hospital de Maldonado promueve el parto vertical, una opción que está disponible tres veces a la semana, a cargo de tres parteras.

El índice de cesáreas del Hospital de Maldonado en el año 2014, según datos de la SINADI asciende a 35,2%. En el caso del Hospital de San Carlos el porcentaje asciende a 40,9% aunque este número difiere a los datos brindados por el prestador.

Cifras sobre embarazo y parto en 2014 en Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

	Menores de 18 años	Mayores de 18 años
N° de controles de embarazo	s/d	s/d
N° de partos	2	24
N° de cesáreas	3	22
N° de óbitos fetales	0	1
Número total de nacimientos	5	46

VIH/ITS

MAUTONE

En el Mautone existe un comité de infecciones conformado por una infectóloga, un microbiólogo, y una enfermera. El comité se encarga de dar vigilancia a las enfermedades intrahospitalarias, dar seguimiento epidemiológico, y de la supervisión de aislamiento. Se abocan a Sífilis y VIH, mientras que otras ITS son trabajadas desde la APS (Atención Primaria en Salud).

Los test rápidos se encuentran disponibles en la policlínica de SSR, en las emergencias de las policlínicas y sanatorio, así como para cualquier usuario/a que lo requiera.

En las jornadas de difusión realizadas en fechas conmemorativas se realizan test rápido y es abierto a toda la comunidad. El comité se encuentra planificando actividades mensuales abiertas sobre la temática para realizar asesoramiento.

Frente a un resultado positivo de laboratorio, le notifica a la enfermera integrante del comité y ella es la encargada de realizar el seguimiento. Luego del confirmatorio enviado desde el Instituto de Higiene, una infectóloga realiza el TARV en una policlínica del sanatorio. En los casos que lo requiera, la psicóloga de la policlínica de SSR realiza seguimiento de usuarios/as con VIH y de ser necesario se coordina con la infectóloga. Asimismo, los profesionales involucrados en distintas prestaciones de salud coordinan para atender personas con VIH en sus otros requerimientos en salud. Esta coordinación es telefónica y no se suelen reunir en equipo.

El comité de infecciones elaboró un protocolo de tratamiento para VDRL positivos, así como la infectóloga elaboró un protocolo en caso de abuso sexual, el cual sin embargo es poco conocido entre los profesionales entrevistados que realizan atención en SSR.

CUADRO 13. Disponibilidad de test y tratamientos en Mautone

Locales	Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida		
	Test rápido	Test Confirmatorio	TARV
Hospital/Sanatorio	X	X	X
Policlínicas	X		X
No se realiza			

Disponibilidad de profesionales e insumos para la atención y tratamiento de VIH-SIDA en Mautone

	Sí	No
Infectólogo/a	X	
Epidemiólogo/a		X
Métodos para TARV	X	
Profilaxis para casos de Violencia Sexual	X	
Medicación para prevención de transmisión vertical de VIH/SIDA	X	

LA ASISTENCIAL

De este prestador sólo se pudo relevar que los tratamientos de VIH se realizan con el médico con el que la usuaria o usuario haya consultado y un infectólogo. La carga viral es realizada en el prestador.

ASSE

Tanto en la RAP como en los hospitales hay disponibles test rápidos y confirmatorio. El TARV se realiza en los Hospitales de Maldonado y San Carlos, pero solo el primero cuenta con infectólogo. En los casos que lo requiera, el usuario/a del Hospital de San Carlos es derivado con el infectólogo tratante del Hospital de Maldonado, y se trabaja de manera coordinada entre ambos centros. La medicación se encuentra disponible en el Hospital de San Carlos por lo tanto no requiere que la persona usuaria se traslade a la capital para su obtención.

La atención en VIH cambió recientemente en ASSE, porque además de la incorporación de un especialista en infectología, ya no es necesario que las usuarias/os deban trasladarse a Montevideo para realizarse exámenes de carga viral y conteo de CD4.

Disponibilidad de test y tratamientos en RAP/ASSE – Maldonado

Locales	Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida		
	Test rápido	Test Confirmatorio	TARV
Hospital/Sanatorio			
Centro de atención	X	X	
Policlínicas	X		
No se realiza			

Disponibilidad de test y tratamientos en Hospital de San Carlos

(ASSE – Maldonado)

Locales	Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida		
	Test rápido	Test Confirmatorio	TARV
Hospital/Sanatorio	X	X	X
Centro de atención	X		
Policlínicas	X		
No se realiza			

Disponibilidad de profesionales e insumos para la atención y tratamiento de VIH-SIDA en RAP/ASSE – Maldonado

	Sí	No
Infeciólogo/a	X	
Epidemiólogo/a		X
Métodos para TARV		X
Profilaxis para casos de Violencia Sexual		X
Medicación para prevención de transmisión vertical de VIH/SIDA		X

Disponibilidad de profesionales e insumos para la atención y tratamiento de VIH-SIDA en Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

	Sí	No
Infeciólogo/a		X
Epidemiólogo/a		X
Métodos para TARV	X	
Profilaxis para casos de Violencia Sexual	X	
Medicación para prevención de transmisión vertical de VIH/SIDA	X	

Número de personas diagnosticadas por sífilis, VIH y otras ITS durante 2014 y primer semestre de 2015 – Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

	Sífilis	VIH	Otras ITS
Mujeres	36	8	s/d
Hombres	36	4	s/d
Personas Trans	s/d	s/d	s/d

Diagnóstico de ITS en mujeres embarazadas durante 2014 en Hospital de San Carlos (ASSE – Maldonado)

N° de diagnósticos de Sífilis	N° de diagnósticos de VIH durante el embarazo	N° de diagnósticos de VIH en el momento del parto	N° de diagnósticos de otras ITS
2	0	0	0

Violencia Doméstica

MAUTONE

El equipo de violencia del Mautone se reúne una vez al mes para coordinar la atención de casos de violencia, identificar posibles mejoras a la hoja de ruta y gestionar la capacitación a nuevos médicos. Existe el espacio grupal "Fortalecimiento del Autoestima de la Mujer" que es atendido por psicóloga y asistente social, y allí se derivan los casos detectados desde la pesquisa (realizada en consulta incluyendo el espacio adolescente), emergencia o en consulta médica. Los casos que llegan por emergencia son atendidos por alguno de los profesionales médicos que integran el equipo y por la asistente social. La mayoría de los casos que se derivan al espacio cuentan con una consulta previa de forma particular con la psicóloga y asistente social.

Los profesionales del Mautone fueron capacitados por el equipo y se distribuyeron afiches en el prestador con información del servicio y el protocolo de actuación, para que los funcionarios sepan a donde deben consultar las usuarias en situación de violencia.

Algunos casos han sido derivados a la organización social Zonta por asesoramiento jurídico pero no existió flujo de información interinstitucional.

ASSE

La RAP cuenta con un equipo de referencia en VD integrado por tres médicas generales y una licenciada en enfermería. Tanto desde la RAP, como de los hospitales de Maldonado y San Carlos, derivan casos de violencia a los servicios de INMUJERES de San Carlos y a la organización Zonta. El servicio del INMUJERES se ubicaba anteriormente en el interior del Hospital de San Carlos pero ahora se encuentra en la misma planta que una policlínica de la RAP de la misma ciudad.

Si bien las cifras de VD detectados fue solicitado en el formulario a llenar por los tres prestadores, estos no brindaron la información, por lo que no se cuenta con dicho registro.

De La Asistencial no se pudo relevar información con respecto a los servicios en violencia.

Síntesis de la situación de los servicios de SSR en Maldonado

El monitoreo realizado en Maldonado da cuenta que si bien en algunos aspectos existen avances, persisten aún importantes desafíos para el acceso a los servicios en salud sexual y reproductiva.

Al igual que en el resto de los departamentos monitoreados por MYSU, **los Equipos Coordinadores Referentes** existen formalmente en todos los prestadores pero en términos reales no realizan las tareas que les es encomendada por ley.

El Mautone cuenta con una casa central en la capital departamental que brinda atención en SSR, incluyendo espacio adolescente, servicio de IVE, anticoncepción, control de embarazo y atención en violencia de género. **La Asistencial** cuenta con policlínica de SSR, colocación de DIU e IVE, que funciona un día a la semana en el sanatorio de San Carlos y otro en el de Maldonado. Cuenta con un equipo de violencia doméstica de reciente formación y un espacio adolescente.

En el **Hospital de Maldonado** se realiza atención en anticoncepción, embarazo/parto y puerperio. También se realizan algunas etapas de IVE. Los casos de violencia son derivados a la ONG Zonta o a INMUJERES que se encuentra en la ciudad de San Carlos. El **Hospital de San Carlos** no cuenta con policlínica de SSR, pero allí se brindan algunas de las prestaciones. Cuenta con equipo IVE, y los casos de violencia de género se derivan a un equipo de Violencia Doméstica del INMUJERES ubicado en una policlínica de la RAP en la ciudad.

En cuanto a **anticoncepción** se destaca que la mayoría de los prestadores no cuentan con preservativos femeninos, según sostienen, debido a la poca demanda por parte de usuarias. Los mismos sólo se encuentran disponibles en las policlínicas de la RAP, no así en el Hospital de Maldonado, en el de San Carlos, así como tampoco en los prestadores privados. A su vez, los profesionales de salud que atienden

en el subsistema privado y en los Hospitales, identifican una demanda de implantes subdérmicos que queda insatisfecha porque no se encuentran disponibles.

Se visualiza que la **actividad de las parteras** ha quedado muy reducida, e incluirlas en otras labores de atención podría mejorar y facilitar la prestación de algunos servicios de SSR, como es el caso de la anticoncepción. En particular, si las parteras pudieran recetar anticonceptivos orales facilitarían su acceso, así como en el caso de las instituciones mutuales poder entregar preservativos.

Se ve con preocupación la situación de la **atención en embarazo y parto en ASSE**. Por un lado, tanto en las policlínicas como en los centros de salud de ASSE, los embarazos de alto riesgo en algunos casos son atendidos por parteras, ya que para todo el departamento de Maldonado solamente dos ginecólogos tienen policlínicas de embarazo de alto riesgo en el Hospital de Maldonado. Según las fuentes consultadas, las parteras muchas veces terminan "haciendo" de ginecólogas, y cuando no queda opción derivan las embarazadas de alto riesgo al ginecólogo/a de guardia, saturando este profesional por una necesidad que es de policlínica. El Hospital de San Carlos no cuenta con anestesista de guardia tres días a la semana, por lo que las embarazadas que deben parir esos días deben ser trasladadas al Hospital de Maldonado. En contraste, un elemento que se visualiza como positivo refiere a que desde 2012 el Hospital de Maldonado promueve el parto vertical, una opción que está disponible tres veces a la semana, a cargo de tres parteras.

Se constata que los **índices de cesáreas de las mutualistas monitoreadas son muy elevados**, aunque se ajustan a la media del porcentaje de cesáreas de las mutualistas de todo el país (51,8%), y se encuentran levemente por encima de la media de las mutualistas del Interior (48,9%). En el Mautone asciende a 52,2% y en La Asistencial al 51,7%. En el Hospital de Maldonado el porcentaje de cesáreas asciende a 35,2% y en el Hospital de San Carlos 40,9%.

La atención en **aborto del Mautone** se desarrolla tanto en la policlínica de SSR, en las consultas con los profesionales involucrados que atienden en el sanatorio, así como en otras policlínicas externas. En esa institución de un total de 15 ginecólogos/as (10 titulares y 5 suplentes), 5 son los disponibles para realizar IVE. Estos atienden en el local central, y existe uno de ellos que atiende en una policlínica. **El que no haya un lugar único para la atención en aborto es visto de manera positiva por alguno de los y las profesionales, ya que cuando la usuaria acude al consultorio puede ser por cualquier demanda en SSR, lo que dificulta la identificación de la misma y el estigma asociado.** Se aprecia una coordinación del servicio con otras áreas, por ejemplo si las que acuden son adolescentes, los profesionales que brindan el servicio IVE coordinan con las personas encargadas del espacio adolescente para su seguimiento. Si bien los profesionales que atienden en la policlínica de SSR son objetores, según se aprecia esto no ha impedido que realicen sus funciones derivando correctamente a las usuarias y realizando el resto de las etapas del IVE.

El **IVE en La Asistencial** se deriva a la policlínica de SSR en los sanatorios de Maldonado o San Carlos. De los/as 15 profesionales de ginecología, 2 son quienes están a cargo de la atención de esta prestación.

La atención de IVE en **ASSE** se realiza en el **Hospital de San Carlos**, en el **Hospital de Maldonado** sólo algunas etapas, en el **Centro de Salud Vigía** -ubicado en la capital departamental- y en el Centro auxiliar de Pan de Azúcar. Los centros de salud de otras localidades, derivan a las mujeres que transitan por embarazos no deseados a las instituciones antes mencionadas.

La organización de la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE) no es sencilla ya que, a excepción de la prescripción del medicamento (mefi+misoprostol), las demás etapas (consultas para confirmación y tiempo de embarazo, entrevista con equipo multidisciplinario y atención post-aborto) se pueden realizar en diferentes policlínicas.

El **Hospital de San Carlos** cuenta con un equipo completo para la atención en IVE y del total de tres ginecólogos del centro, dos son los que lo realizan, el restante es objetor de conciencia. El **Hospital de Maldonado** no cuenta con asistente social y psicólogo/a, por lo tanto ha realizado un convenio con policlínicas municipales donde dichos profesionales atienden a las mujeres que son derivadas.

Tanto el Centro de Salud Vigía de Maldonado como el Centro de Pan de Azúcar, realizan todas las etapas de IVE. Sin embargo, este último no cuenta con reemplazo para psicóloga y asistente social, por lo que cuando estas profesionales se encuentran de licencia, las usuarias deben concurrir al Vigía. En Piriápolis no hay asistente social ni psicólogo; se hacen ecografías solamente una vez a la semana, por lo que la mayoría y los exámenes de sangre acaban siendo coordinadas para realizarse en Pan de Azúcar, así como también la consulta con psicóloga. Las instituciones no disponen ni es accesible el listado de profesionales de la ginecología dispuestos a brindar el servicio de IVE.

Se identificaron dificultades en la conformación y funcionamiento de los equipos de IVE: en muchos casos los profesionales que realizan atención en aborto no se conocen entre sí, por lo que no están al tanto de las opciones para derivar, recurriendo siempre al mismo profesional. Se observa la necesidad de un listado que recoja los nombres del personal médico que realiza atención en aborto ya que permite conocer con qué profesionales se cuenta para derivaciones y coordinaciones, evitando así sobrecargas innecesarias.

Si bien las autoridades y profesionales de los prestadores argumentan que el derecho al aborto y los servicios IVE son de conocimiento de las usuarias, **las entrevistas realizadas a mujeres del departamento dan cuenta que aún no saben dónde acudir o qué pasos seguir en caso de transitar por un embarazo no deseado.** En el relato de las entrevistas consta que hay funcionarios que pretenden influenciar la decisión de las mujeres, desalentando la práctica del aborto.

Pueden constatar **consultas innecesarias, demoras e incorrectas derivaciones siendo formas en que se dilatan los tiempos y que sirven como formas de desestimular a las mujeres a abortar.** Además **las rutas de acceso son complejas, varían de institución en institución** lo que se traduce en barreras de acceso a los servicios. Asimismo, la atención y trato hacia usuarias que transitan por un aborto es en algunos casos preocupantes: **desestimular la práctica por razones de edad, procurar demoras en la atención para superar las 12 semanas de gestación y cuestionar la**

motivación para abortar son algunas de las malas prácticas identificadas y que deben erradicarse desde una perspectiva del respeto por los derechos reproductivos y autonomía de las mujeres. En ese sentido, **en diversas situaciones se constató que acceder a un aborto en condiciones seguras puede transformarse en una verdadera peregrinación para las usuarias.**

Se evidencia la necesidad de un estricto control desde las autoridades sobre estos sucesos, la correcta difusión de los servicios y los derechos conquistados en salud sexual y reproductiva y de aborto en particular.

Devolución de resultados obtenidos en el monitoreo de Maldonado

Luego de haber enviado con anticipación una versión preliminar del informe del monitoreo a todos los actores involucrados, MYSU convocó a un espacio para discutir sobre los resultados obtenidos. Este fue una instancia muy valiosa de intercambio sobre los principales hallazgos, que permitió realizar una validación de la información, a la vez que resultó en una instancia de aprendizaje para todo/as. Un elemento destacado fue la presencia de todas las instituciones invitadas y dentro de éstas, quienes efectivamente toman las decisiones²⁹.

La devolución de resultados tuvo en Maldonado particular convocatoria dado que recientemente se había producido en el departamento, el fallecimiento de una mujer de 21 años por la realización de un aborto en el circuito clandestino. Según las informaciones, la mujer había superado las 12 semanas de gestación motivo por el cual quedó fuera del marco legal y la respuesta del prestador fue únicamente la de asesoramiento.

La reunión tuvo lugar el 2 de marzo de 2016 y comenzó con la presentación de los principales resultados encontrados en el monitoreo, incluyendo las recomendaciones que se derivan del mismo. A partir de ahí, el público asistente realizó comentarios, observaciones y distinto tipo de aportes.

Desde distintas instituciones se reconoció al trabajo de MYSU y destacaron la necesidad de considerar que el campo de la SSR es nuevo en el país. *Varia/os* hicieron acuerdo con los déficits identificados en el informe presentado, señalando particularmente que existen importantes diferencias según los territorios dentro del departamento.

Representantes de ASSE señalaron que estos informes e instancias sirven para identificar elementos a mejorar, para repensar cuestiones que pueden no haberse visualizado. Sin embargo se puntualizó que estos problemas no son exclusivos del departamento de Maldonado. Un elemento en el que se puso énfasis fue en la necesidad de reflexionar sobre cuestiones éticas, tales como el respeto al derecho de

29 La instancia tuvo lugar en la sala de reuniones de la Dirección Departamental de Salud. A la misma asistieron autoridades de la Dirección Departamental de Salud, del Ministerio de Salud Pública, de la Intendencia Departamental de Maldonado, y autoridades e integrantes de los equipos de SSR de La Asistencial, Mautone, Médica Uruguaya, La Española, Hospital San Carlos, Hospital de Maldonado y la RAP.

las mujeres desde las intervenciones del sistema de salud. En particular se subrayó el requerimiento de no "paternalizar" las decisiones de la/os otra/os, cuestión que identifican como una insatisfacción de las mujeres.

Desde las autoridades de la Dirección Departamental de Salud se reconoció la tarea del Observatorio en tanto permite reflexionar sobre lo que se está haciendo. Se compartió con el público presente el trabajo que se ha ido realizando para la difusión de la nueva normativa en SSR, en particular el trabajo interinstitucional con equipos del área de la educación. Asimismo se recomendó realizar una comparación de las condiciones de los servicios de salud de los últimos años.

Se hizo público que para cumplir con la normativa, en una reunión con actores públicos realizada ese mismo día, se definió que todos los días haya un centro que dé repuesta a la prestación de IVE, con la presencia de un equipo interdisciplinario y en el caso de que la usuaria requiera el servicio en un lugar en el que ese día no se encuentre disponible, el prestador traslade a la mujer a una localidad en el que sí lo esté. Asimismo se insistió en la necesidad de asegurar que los servicios de anticoncepción funcionen correctamente y que en el caso de que se llegue a un embarazo no deseado, el mismo sea captado a tiempo.

Un elemento que suscitó un interesante debate fue las distintas rutas identificadas de acceso a los métodos anticonceptivos, en particular al preservativo masculino en los prestadores públicos y privados. Como señala el informe, en el sistema público se hace entrega directa, mientras que en el privado se requiere tener una consulta y con una receta se retira en farmacia. El intercambio dio cuenta que profesionales del departamento no estaban al tanto de la existencia de distintas rutas. Asimismo generó un interesante intercambio sobre las causas de la diferencia en el número de preservativos entregados en el prestador privado y público (significativamente mayor en el público). La discusión refirió a si la diferencia se debe al mecanismo de acceso o también se explicaría por diferencias de nivel socio-económico de la/os usuaria/os.

Otro aspecto que generó distintas apreciaciones en ese mismo sentido, es la diferencia encontrada entre el número de ligaduras tubarias y vasectomías, siendo considerablemente mayor en el último caso. El público presente se preguntaba cuánta responsabilidad recae en el sistema de salud y cuánto en elementos culturales, en la idea socialmente extendida de que la responsabilidad de la anticoncepción es exclusividad de las mujeres.

Autoridades del Ministerio de Salud Pública señalaron el compromiso de la institución en garantizar los derechos de las mujeres. En particular se señaló que dentro de los Objetivos Sanitarias definidos para el año 2020 se incluye esta dimensión en distintos ítems, tales como mejorar las condiciones de parto y bajar los índices de cesáreas.

A partir del lamentable fallecimiento de la mujer por la realización del aborto en forma clandestina, se intercambió en la reunión sobre las distintas formas en la que fluye la información, la cual no siempre es la adecuada. Alguna/os participantes señalaron que en dicho caso la responsabilidad no fue del sistema de salud, lo que propició un intenso debate.

Se discutió sobre las limitantes de la normativa vigente en IVE. Entre otros elementos porque, según se manifestó, no hay un marco que respalde la actuación de los profesionales en determinados casos. Del mismo modo, se identificó que no está debidamente regulado el aborto en el segundo trimestre. En particular la "causal salud" para realizar abortos luego de las 12 semanas de gestación no está reglamentada de forma correcta. Profesionales señalaron que se puede tener una demanda penal si realizan abortos a las 12 semanas y pocos días. Asimismo se discutió las restricciones a la ley con respecto a mujeres extranjeras que se encuentran en el país y que no están amparadas en la normativa.

Otro elemento que suscitó críticas fue la falta de controles sobre la exactitud en las mediciones de la edad gestacional de las mujeres que solicitan realizarse un aborto, lo que significa un grave problema dado la relevancia de esta medición para algunas situaciones. Por otra parte, se señaló la necesidad de ajustar la regulación de IVE a partir del fallo de TCA (el cual anula varios artículos del decreto que reglamenta la ley).

Se indicó que todas las instituciones deben cumplir con la tarea de informar sobre las distintas prestaciones, por ejemplo pegando la cartelería en las salas de espera. Asimismo se propuso que como respuesta al diagnóstico presentado, se debería armar una sistematización de las hojas de ruta, horarios y servicios presentes en el departamento.

A partir de la participación del Jefe de Servicio de la Policlínica Punta del Este de la mutualista Asociación Española, se nos informó sobre la forma de funcionamiento de dicha policlínica (que es sede secundaria del prestador pero que cuentan con especialistas) frente a un requerimiento de IVE. Si bien el monitoreo realizado no incluyó esta mutualista por las razones establecidas en el apartado metodológico, nos pareció de interés consignar en este informe el modo de funcionamiento del servicio frente a una demanda en IVE el cual se detalla en la siguiente nota al pie³⁰.

Por último, el encuentro posibilitó que desde ASSE se realizaran algunas correcciones y ajustes de acuerdo a modificaciones realizadas luego de realizado el monitoreo, las cuales fueron incorporadas en la versión final.

30 En cuanto la usuaria manifiesta su intención de IVE, se le proporciona consulta con el primer ginecólogo disponible en la institución. El profesional de ginecología que atiende a la usuaria, ya sea objetor de conciencia o no debe iniciar el formulario IVE y realizar pedido de ecografía (de carácter no urgente) y análisis de sangre. Una vez que la usuaria cuenta con los resultados de los estudios debe acudir con éstos y el formulario, a consultar con la nurse de ginecología en un local del prestador en la ciudad de Montevideo. Allí se coordinarán los siguientes pasos para la realización de IVE que se desarrollarán en la capital del país.

Acuerdos definidos en la reunión:

- Todos los días debe haber en el departamento, un centro que de repuesta a la prestación de IVE con la presencia completa del equipo interdisciplinario.
- En el caso de que la 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.
- Se debe armar una sistematización de las hojas de ruta, horarios y servicios de IVE presentes en el departamento.
- Todas las instituciones deben cumplir con la tarea de informar sobre las distintas prestaciones, por ejemplo pegando cartelera en las salas de espera.

ESTADO DE SITUACIÓN EN EL
DEPARTAMENTO DE RIVERA





Habitantes:	107.187
Mujeres:	54665 (51,0%)
Varones:	52522 (49,0%)
Ciudad capital:	Florida
Intendente:	Oscar Terzaghi (Partido Colorado)
Nro de afiliados de prestadores de salud del departamento:	
ASSE Rivera	53.220
CASMER	34.573
COMERI	24.277

En el departamento se relevaron los servicios de ASSE, CASMER Y COMERI en la ciudad de Rivera.

Organización de los servicios

Los tres principales prestadores en el departamento de Rivera son: ASSE (que cubre un 49,65% de la población), COMERI (22,65%), y CASMER (32,25%). Los tres prestadores cuentan con **Equipos Coordinadores Referenciales en SSR**, creados tal y como lo establece el decreto reglamentario de la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la SSR.

En COMERI el equipo de SSR está conformado por 5 ginecólogas, 2 asistentes sociales, 1 partera, 1 Lic. en enfermería, y una psicóloga. Además el prestador cuenta con un Espacio adolescente que funciona con un equipo multidisciplinario conformado por tres psicólogos, nutricionista, asistente social, médico general, pediatra, ginecólogo y dermatólogo. El espacio realiza atención en anticoncepción e ITS.

En **CASMER** además del equipo de SSR existe un equipo que trabaja en el Espacio adolescente integrado por dos pediatras, dermatólogo, ginecóloga (quien es a su vez educadora sexual), psicólogo, higienista dental, nutricionista y enfermeras. Se abordan distintos temas incluyendo anticoncepción, ITS, embarazo adolescente, IVE, salud bucal, derecho al placer y uso de drogas. El mismo se lleva a cabo los jueves en una policlínica del prestador y se atiende a adolescentes y padres/madres por separado.

En ambos prestadores privados funcionan equipos referentes en violencia doméstica (VD).³¹

ASSE cuenta con equipo de SSR pero **carece de equipo de VD y de espacio adolescente. No obstante**, el Centro de Salud Royol atiende a adolescentes que consultan por el carné adolescente y se proyecta como un espacio adolescente para el futuro. El equipo que realiza esta atención se encuentra conformado por: médico de familia, trabajadora social, agente socioeducativo, psicóloga, odontólogo y nutricionista. Atienden aproximadamente unos 18 adolescentes por semana.

A pesar de los esfuerzos realizados, los Equipos Coordinadores Referenciales en SSR (ECR) existen formalmente pero no estarían cumpliendo cabalmente las funciones de gestión y coordinación de la atención integral en SSR. De esta manera, sin desmedro de que los profesionales puedan tener algún nivel de coordinación entre sí y derivar usuarias/os, la función tal como está descrita en el Decreto Reglamentario 293/010 de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18.426)³² y en las guías del Ministerio de Salud Pública³³ para su implementación, no está siendo cumplida cabalmente, precisamente en lo que refiere a las tareas de gestión y coordinación de las prestaciones.

31 Ver apartado de violencia.

32 **Artículo 9º**, Fragmento: "Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar."

33 Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones de salud: "El ECR funcionará en el marco de la Institución como: - equipo con funciones asistenciales directas, ya sea por derivación o por solicitud directa de los usuarios, y -equipo gestor, facilitador de la coordinación de la atención integral y responsable de la implementación de las acciones y prestaciones incluidas en la ley". (MSP, 2010)

Aborto

El servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el departamento de Rivera está organizado de una manera singular en el país. **Los tres prestadores de salud principales realizaron un convenio para brindar el servicio**, mediante el cual los prestadores privados cubren parcialmente sueldos de algunos de los funcionarios que integran el equipo IVE, que funciona en el Centro de Salud «Dr. José Royol» de la Red de Atención Primaria, cada martes de 09:00 a 13:00, y es el único lugar donde se realizan IVE en todo el departamento. El equipo está conformado por un ginecólogo, una licenciada en enfermería, una partera, una psicóloga y dos trabajadoras sociales que cada tres meses se reúnen. Para los casos excepcionales en que se cuente con poco margen de tiempo para la realización de un IVE, el ginecólogo atiende a la usuaria en el Hospital de Rivera (donde también se desempeña como profesional).

Al igual que ocurre en Maldonado y Florida, parte del equipo IVE realizaba tareas de asesoramiento pre y pos aborto antes de aprobada la ley IVE en el marco del Proyecto OMS - Iniciativas Sanitarias. En el mismo se atendían a mujeres de todos los prestadores e incluso brasileñas.

Actualmente el servicio funciona bajo el nombre de policlínica de Salud Sexual y Reproductiva, y brinda también asesoramiento en métodos anticonceptivos pero no cubre otras prestaciones en este campo. La atención es por orden de llegada y las usuarias llegan derivadas de consultas ginecológicas desde los prestadores privados o directamente por indicación de funcionarias/os de cualquier prestador.

Las características del servicio en este centro resultan positivas para la atención en comparación con otros casos estudiados por MYSU, principalmente por tres razones: la primera es que todo el equipo se encuentra presente el día de atención; el centro de salud cuenta con ecógrafo; y el ginecólogo que integra el equipo es el ecografista. Esto significa que si la usuaria lo decide, las etapas hasta ahora denominadas IVE 1 y 2, se resuelven el mismo día que ella concurre al centro de salud, y a la siguiente semana regresa para levantar la receta del medicamento. No obstante, se han identificado a partir de las entrevistas a profesionales, algunos aspectos de la organización del servicio que representan o pueden representar dificultades para garantizar adecuadamente el derecho al aborto en ese departamento. Estas son: el escaso número de profesionales dedicados/as al servicio; la concentración de este en un solo centro de salud en todo el departamento; la escasa difusión de información sobre el mismo y la posibilidad de eventuales saturaciones. Por otra parte, en función de las entrevistas a varones y mujeres que viven en el departamento y de la reunión con organizaciones sociales se identifica la existencia de episodios en los cuales el asesoramiento por parte del personal de salud de forma previa a la derivación al Centro Royol fue inadecuado o incorrecto.

Tanto el medicamento recetado para abortar como el anticonceptivo recetado en la etapa pos aborto se deben retirar en el prestador correspondiente a la filiación de la usuaria. Esto también sucede para los casos de intervención quirúrgica con embrión muerto: la mujer ingresa a su prestador y la atiende el/la ginecólogo/a de guardia.

Se consultó en las entrevistas a profesionales sobre la posibilidad de intervenir sobre embrión vivo llegado el caso, a lo que el profesional que realiza IVE planteó que ningún ginecólogo del departamento aceptaría realizarlo. Esto supone una dificultad para la prestación de dicho servicio en el caso de que una usuaria lo requiera.

Si bien el servicio de aborto es brindado por los tres prestadores del departamento a través del convenio en el Centro Royol, el registro de número de IVE es realizado por cada prestador por separado, dependiendo de la pertenencia institucional de la usuaria. A continuación se presentan las cifras de aborto enviadas por los prestadores privados. No se recibieron las cifras de ASSE pero por la solicitud de información pública realizada por MYSU a ASSE central, se cuenta con las cifras totales del 2013 y 2014.

Total de IVE realizadas en ASSE según año ³⁴

Departamento	Febrero-Diciembre 2013	2014
Rivera	116	228

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Gestión de la Información, Dirección de Sistemas de Información, ASSE.

Cifras de interrupción del embarazo - COMERI ³⁵

Número de IVE realizadas	Período		
	2013	2014	2015
Hasta primer trimestre	s/d	s/d	s/d
Durante segundo trimestre o más	s/d	s/d	s/d
N° de mujeres que desistieron de abortar	s/d	s/d	1
IVE 1	49	49	s/d
IVE 2	49	49	12
IVE 3	32	48	25
IVE 4	35	47	32

³⁴ ASSE no tiene registros de IVE en el mes de enero de 2013.

³⁵ Si bien los datos resultan llamativos, éstos fueron brindados por el prestador.

Cifras de interrupción del embarazo - CASMER

Número de IVE realizadas	Período		
	2013	2014	2015(1er semestre)
Hasta primer trimestre	s/d	171	102
Durante segundo trimestre o más	s/d	s/d	s/d
Nº de mujeres que desistieron de abortar	s/d	8	2
Número de procedimientos IVE			
IVE 1	s/d	54	35
IVE 2	s/d	54	35
IVE 3	s/d	46	33
IVE 4	s/d	32	14

Objeción de conciencia

El **total de ginecólogos en el departamento de Rivera es de 12, de los cuales sólo uno está asignado al servicio de IVE** y es suplantado por un/a ginecólogo/a específico en caso de licencias.

COMERI cuenta con 7 ginecólogos/as de los cuales 2 son contratados y 1 es residente. Del total, 5 ginecólogos han adherido a la objeción de la conciencia.

ASSE cuenta con 7 ginecólogas/os, pero 3 trabajan en modalidad guardia retén para el Hospital. De los siete, 3 son objetores de conciencia.

En CASMER son 8 ginecólogos/as (dos residentes) y no existe registro de objetores.

Por lo tanto, de los **12 ginecólogos/a del departamento se infiere que 8 son objetores de conciencia**. De los cuatro restantes, dos realizan IVE, y los otros dos no objetan pero tampoco brindan el servicio.

Anticoncepción

ASSE

En la RAP trabajan dos ginecólogos que son funcionarios del Hospital. Además hay cuatro ginecólogos/as en el hospital, pero dos de ellos en régimen de guardia de retén. Uno a cargo de una policlínica de embarazo de alto riesgo y otro de una policlínica de medicina familiar.

Esta disponibilidad de profesionales de ginecología debilita las prestaciones en anticoncepción, particularmente en lo que refiere al acceso a métodos irreversibles. **En el año 2014 fueron realizadas solamente 3 ligaduras tubarias** en tanto que la espera para esta operación puede tardar entre 6 meses y 1 año. En los casos de inserción de DIU, el tiempo de espera es, en promedio, de dos meses y entre 30/45 días para los casos de post parto.

Las parteras de la RAP pueden repetir recetas de anticonceptivo oral (ACO) y todas hacen consejería en anticoncepción. Se aprecia que la colocación de DIU funciona mejor en el centro Royol, en comparación con los otros centros y policlínicas ya que los ginecólogos asisten con mayor frecuencia. El problema se presenta para las mujeres residentes en Vichadero y Minas de Corrales, las cuales deben trasladarse al Royol.

El Centro Royol es **uno de los 25 centros de ASSE en el país que ofrecen los implantes subdérmicos** en su canasta de MAC. Según los y las profesionales encargadas de realizarlos, la demanda ha sido grande y se calculan entre 250 y 300 implantes realizados hasta setiembre de 2015.

Todas las policlínicas de la RAP cuentan con ACO, preservativos, y anticonceptivo de emergencia (AE) en sus farmacias. El Hospital no brinda atención en anticoncepción, lo único que se realiza, pero de manera incipiente y marginal, es colocación de DIU post evento obstétrico.

Locales del prestador público donde la población usuaria puede acceder a métodos reversibles de anticoncepción

Locales	Tipo de anticonceptivo					
	Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos
Hospital/Sanatorio	x	x				
Centro de atención	x		x	x	x	X
Policlínicas	x		x	x	x	X

Número de métodos reversibles distribuidos en el año 2014 y cantidad de procedimientos realizados en anticoncepción irreversible en ASSE – Rivera

Métodos reversibles						Métodos irreversibles	
Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implantes subdérmicos	Ligadura tubaria	Vasectomía
16 845	s/d	s/d	2 395	113	s/d	3	s/d

COMERI

La anticoncepción en COMERI se realiza en las consultas ginecológicas y para la inserción de DIU hay una policlínica específica que funciona una vez por semana.

En el servicio de atención a adolescentes también hay consultas para métodos anticonceptivos junto con prevención de embarazo adolescente e ITS. La captación se da a través del carné de salud de adolescentes, obligatorio a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Se identificó que cuando una usuaria solicita la ligadura tubaria la institución la deriva a una consulta psicológica, lo cual no es un requisito establecido ni por ley ni por el MSP y representa por tanto una vulneración a los derechos de las mujeres de poder optar por este método³⁶. El único requisito establecido por el MSP es la firma del *documento de consentimiento informado para esterilización quirúrgica masculina y femenina*.

Número de métodos reversibles distribuidos en el año 2014 y cantidad de procedimientos realizados en anticoncepción irreversible en mutualista COMERI

Métodos reversibles						Métodos irreversibles	
Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implante subdérmico	Ligadura tubaria	Vasectomía
206	0	92	10 570	9	NC	53	1

CASMER

La atención en anticoncepción es realizada por ginecólogos/as en consulta tanto en el edificio central del sanatorio como en policlínicas. A su vez, la policlínica de Fructuoso Rivera dedica un día entero a colocación de DIU y está a cargo de una ginecóloga. Esto no quita que el resto de los profesionales co-

36 Ver modificación al respecto en el apartado "Acuerdos derivados de la presentación del informe preliminar"

loquen DIU en consulta particular. La misma no demora más de 15 a 20 días. La vasectomía y la ligadura se realizan en el Sanatorio de CASMER.

Un aspecto que preocupa a los profesionales es la poca distribución de preservativos. En comparación con ASSE, en las mutualistas el acceso a los mismos es más difícil ya que se otorgan mediante receta de ginecólogo/a, mientras que en el prestador público basta la cédula para retirarlos.

El asesoramiento en anticoncepción en el Espacio adolescente es con la enfermera y el pediatra. Luego es la ginecóloga quien receta, con excepción de preservativos que se entregan en el servicio. El DIU también es ofrecido como método, y es la ginecóloga quien se encarga de la colocación.

Número de métodos reversibles distribuidos en el año 2014 y cantidad de procedimientos realizados en anticoncepción irreversible en mutualista CASMER

Métodos reversibles						Métodos irreversibles	
Condón masculino	Condón femenino	DIU	ACO	AE	Implante subdérmico	Ligadura tubaria	Vasectomía
628	S/D	193	11862	S/D	0	46	6

Es de destacar la diferencia de ligaduras tubarias realizadas en un año entre los prestadores privados y el público. Como se observa en los cuadros las mutualistas rondan las 50 ligaduras por año, mientras que ASSE realiza sólo 3 en el mismo periodo. Una explicación posible es que los 4 ginecólogos que trabajan en el Hospital (son 7 pero 3 trabajan en régimen de guardia de retén) se dedican principalmente a embarazo, parto y posparto, realizando anticoncepción exclusivamente en posparto. Desde las autoridades del Hospital se aduce que el problema es la falta de profesionales de ginecología. El desequilibrio en la distribución de recursos profesionales entre los prestadores privados y el público es notorio. Las usuarias de Salud Pública están evidentemente en una posición de desventaja en el acceso a anticoncepción irreversible y por ende a ejercer sus derechos reproductivos.

Embarazo, parto y posparto

ASSE

Los controles de embarazo se hacen en la RAP, y lo realizan exclusivamente las parteras. En principio los embarazos de alto riesgo deberían ser controlados por ginecólogos, pero las parteras también hacen estos controles debido a la poca disponibilidad de profesionales de la ginecología. En el Hospital de Rivera hay una policlínica para embarazos de alto riesgo a cargo de un ginecólogo.

La partera comunitaria que integra las rondas que se realizan al interior del departamento, entre otras prestaciones, hace controles de embarazo. En la policlínica de Rivera Chico funciona la sala de encuentro en la que se realizan clases de parto. Además las usuarias de ASSE pueden asistir a las clases de parto de las mutualistas.

El número de partos en 2014 en ASSE fue de 732, y el número total de nacimientos fue de 715. Aunque el formulario solicitaba el número de óbitos fetales y de cesáreas, estos datos no fueron brindadas. Según las cifras divulgadas por el MSP recientemente,³⁷ el índice de cesáreas de ASSE en Rivera, en 2014, fue de 34,1%.

COMERI

El rol de las parteras difiere mucho entre prestadores privados y ASSE. Estas profesionales no realizan controles de embarazo en las mutualistas.

Según las fuentes consultadas del prestador, el número de controles de embarazo promedio es de 14. Esta cifra es menor para las embarazadas de pueblos periféricos que tienen mayores dificultades de transporte y por lo tanto de asistir a los controles.

De las embarazadas menores de 18 años, el 99.7% tiene al menos 5 controles durante su embarazo. Esta cifra es de 99.9% para las mayores de 18. Según los datos brindados por el prestador, el porcentaje de cesáreas en 2014 sería de 34%. Según el SINADI, esta cifra en el mismo año asciende a 52,1%. La diferencia entre las cifras no es nada menor.

Cifras sobre embarazo y parto en 2014 en COMERI

	Menores de 18 años	Mayores de 18 años
N° de controles de embarazo	s/d	s/d
N° de partos	33	309
N° de cesáreas	15	164
N° de óbitos fetales	0	3
Número total de nacimientos	48	470

37 Sistema Nacional de Información (SINADI) – Área Economía de la Salud. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/direcci%C3%B3n-general-del-sistema-nacional-integrado-de-salud/econom%C3%ADa-de-la-salud/sistema>

CASMER

En CASMER los controles de las embarazadas son programados en la primera consulta, en la cual se confirma el embarazo, y en el caso de que la usuaria no concurra al servicio se la llama o se le hace visita domiciliaria. Existe un grupo de enfermería encargado de realizar el trabajo de seguimiento y control de embarazadas.

Luego del parto, se le asigna a la mujer la fecha del control posparto y en dicha consulta el ginecólogo/a asesora también en anticonceptivos.

CASMER posee el premio *"Dr. Juan José Crottogini"* a la Maternidad Amiga de las Mujeres del MSP, cuyo objetivo es estimular la mejora de la atención a las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio.

Los casos de embarazo del Espacio Adolescente son derivados a ginecología. La falta de un servicio que atienda adolescentes embarazadas en el espacio es visto por los profesionales que trabajan allí como un debe. También aquí se registra una diferencia (aunque más sutil) entre la cifra brindada por el prestador (36,5%), y la divulgada por el SINADI (39,7%).

Cifras sobre embarazo y parto en 2014 en CASMER

	Menores de 18 años	Mayores de 18 años
N° de controles de embarazo	s/d	s/d
N° de partos	59	261
N° de cesáreas	13	171
N° de óbitos fetales	s/d	s/d
Número total de nacimientos	67	438

VIH/ITS

ASSE

La atención en VIH-ITS se realiza en el Hospital de Rivera. Específicamente en VIH está a cargo un médico general, que trabaja en coordinación con dos dermatólogas que atienden ITS. Una de ellas es encargada de condilomas y sífilis, mientras que la otra doctora hace el carné de salud de las trabajadoras sexuales (aunque no realiza los exudados por lo que debe realizarlos otro médico). En la RAP se encuentran disponibles test rápidos y se les ofrece en el primer control a las embarazadas.

Un aspecto positivo que resalta parte del equipo entrevistado, es que los pacientes que conviven con VIH en Rivera, tienen escasos ingresos al hospital por patologías vinculadas a VIH.

Asimismo, como dificultad se señala lo centralizada que se encuentra la policlínica. Hay dificultades para la atención en el interior del departamento, así como también en las policlínicas periféricas de la capital riverense. El diagnóstico es que hace falta personal capacitado, y/o medios para el personal que está para trasladarse a esos lugares.

Disponibilidad de test y tratamientos en ASSE – Rivera

Locales	Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida		
	Test rápido	Test Confirmatorio	TARV
Hospital/Sanatorio	x	x	x
Centro de atención	x		
Policlínicas	x		
No se realiza			

Número de personas diagnosticadas por sífilis, VIH y otras ITS durante 2014 y primer semestre de 2015 – ASSE – Rivera

	Sífilis	VIH	Otras ITS
Mujeres	32	8	s/d
Hombres	37	11	s/d
Personas Trans	4	3	s/d

Número de personas en tratamiento por ITS en ASSE – Rivera

	Sífilis	VIH	otras its
Mujeres	2	39	s/d
Hombres	4	51	s/d
Personas Trans	s/d	3	s/d

Diagnóstico de ITS en mujeres embarazadas durante 2014 en ASSE – Rivera

N° de diagnósticos de Sífilis	N° de diagnósticos de VIH durante el embarazo	N° de diagnósticos de VIH en el momento del parto	N° de diagnósticos de otras ITS
7	5	s/n	s/n

COMERI

A diferencia de ASSE, COMERI cuenta con infectólogo/a y epidemiólogo/a. Aunque COMERI no haya brindado la cifra exacta, como se puede apreciar en las cifras de CASMER, las mutualistas tienen bastante menor demanda en atención en VIH/SIDA que ASSE.

Disponibilidad de test y tratamientos en COMERI

Locales	Diagnóstico y tratamiento de VIH/sida		
	Test rápido	Test Confirmatorio	TARV
Hospital/Sanatorio	x	X	X
Centro de atención			
Policlínicas		X	

Disponibilidad de profesionales e insumos para la atención y tratamiento de VIH-SIDA en COMERI

	Sí	No
Infectólogo/a	X	
Epidemiólogo/a	X	
Métodos para TARV	X	
Profilaxis para casos de Violencia Sexual		X
Medicación para prevención de transmisión vertical de VIH/SIDA	X	

CASMER

Los test rápidos se encuentran disponibles tanto en el sanatorio de CASMER como en las policlínicas y en el sanatorio se realizan los test confirmatorios. Frente a una sospecha de embarazo, se realiza test de HIV y VDRL a la usuaria y se la deriva a ginecología. El año 2014, 12 embarazadas fueron diagnosticadas con sífilis, y 2 con VIH.

También se hace test VDRL cuando se realiza el Carné de Salud en policlínica. A su vez, la dermatóloga desarrolla el tratamiento para personas con ITS en su consultorio. Un infectólogo acude una vez al mes para reunirse con el comité de infecciones del prestador para analizar los casos que lo requiera. En el año 2013, 5 personas fueron diagnosticadas con VIH, mientras que en el año 2015 este número fue de 3.

Violencia Doméstica

ASSE

No hay conformado en ASSE un equipo de violencia doméstica (VD), cuando llegan casos a través de policlínicas u Hospital, se reúne un equipo **ad hoc**, licenciada en enfermería y los profesionales que estén en contacto con el caso. Este equipo coordina con el servicio del INMUJERES para las mujeres mayores de 18 y con el INAU en caso de adolescentes.

COMERI

Esta mutualista cuenta con un equipo de VD, que comenzó a trabajar en diciembre de 2014. El equipo está conformado por asistente social, psicóloga, abogado, licenciada en enfermería y ginecólogo que se reúne semanalmente para discutir casos, organizar capacitaciones y planificar estrategias de intervención. La institución ha capacitado en VD a un 50% del personal del sanatorio con el objetivo de que puedan derivar casos a la policlínica de VD, que consiste en entrevista con psicóloga y asistente social.

COMERI deriva casos a las siguientes instituciones: Servicio Público de Atención a Mujeres en Situación de Violencia basada en Género del MIDES, a la Unidad Especializada de Violencia Doméstica del Ministerio del Interior y al INAU. También coordina con los servicios de violencia de los otros prestadores para intercambiar experiencias sobre las dificultades identificadas y las posibles soluciones.

Número de consultas registradas en 2014 por violencia doméstica y sexual - COMERI

	Mujeres	Hombres	Personas Trans
Violencia doméstica	13	0	0
Violencia sexual	2	0	0

CASMER

El equipo referente en violencia doméstica y sexual de CASMER está conformado por médicos, psicólogos, asistente social, un delegado de dirección técnica, y administrativos y, si el caso lo requiere se consulta con un abogado del prestador. Se reúnen periódicamente para evaluar y coordinar funcionamiento, pero la persona encargada de atender los casos de violencia es la asistente social.

Una vez a la semana se reúne el equipo para tratar aquellos casos que lo ameriten. El resto del personal se encuentra capacitado, según los profesionales del prestador, para derivar cualquier persona en situación de violencia a la asistente social. Estas situaciones pueden surgir de puerta de emergencia, de consulta común o luego de aplicado el formulario de despistaje. El prestador no brindó el número de consultas registradas por violencia.

En el Espacio Adolescente todo el equipo indaga sobre situaciones de violencia y los casos identificados se deriva al equipo de violencia del prestador. El psicólogo del equipo es el encargado de realizar el seguimiento de los casos.

Síntesis de la situación de los servicios de SSR en Rivera

El departamento de Rivera muestra tanto fortalezas como debilidades en cuanto a sus servicios de SSR y aborto, presentando particularidades en su diseño institucional.

Los servicios de salud del departamento, al igual que el resto de los departamentos que ya han sido monitoreados por MYSU, poseen **Equipos Coordinadores Referenciales en SSR (ECR) que existen formalmente** pero no cumplen las funciones de gestión y coordinación de la SSR, sino que brindan atención directa en desmedro de la función principal asignada en la norma.

Asimismo **mientras que en CASMER y COMERI existe espacio adolescente y equipos referentes en violencia doméstica, ASSE carece actualmente de ambos espacios**, lo que implica una debilidad importante para el sector público con respecto al privado.

El departamento presenta una **singularidad en la organización de su servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo**. Los tres prestadores de salud principales cuentan con un convenio para brindar el servicio en un único lugar, el Centro de Salud "Dr. José Royol" de la Red de Atención Primaria que **atiende una vez por semana** y es el único lugar donde se realiza IVE en todo el departamento. Se identifica que **esta organización del servicio presenta tanto aspectos positivos como negativos**. El principal aspecto positivo refiere a que todo el equipo se encuentra presente el día de atención. Además, el centro de salud cuenta con ecógrafo y el ginecólogo que integra el equipo es el ecografista. Esto significa que si la usuaria lo decide, las primeras etapas (hasta ahora denominadas IVE 1 y 2), se resuelven el mismo día que la usuaria concurre al centro de salud, y a la siguiente semana regresa para levantar la receta del medicamento. Por su parte, se han identificado algunos aspectos de la organización del servicio que representan o pueden representar dificultades para garantizar adecuadamente el derecho al aborto en ese departamento. Entre ellas destacan eventuales saturaciones del servicio, escaso número de profesionales dedicados/as, concentración del servicio en un solo centro de salud en todo el departamento y escasa difusión de información sobre el mismo.

El **reducido número de ginecólogos asignados a IVE es un elemento que debe destacarse**. De los 12 ginecólogos/a del departamento 8 (66%) son objetores de conciencia y de los cuatro restantes, sólo dos realizan IVE (uno está asignado al servicio y es suplantado por otro en caso de licencias), los otros dos no objetan pero tampoco brindan el servicio.

Se constató que **la baja disponibilidad de profesionales de ginecología en ASSE debilita las prestaciones en anticoncepción, particularmente en lo que refiere al acceso a métodos irreversibles**. Resulta preocupante la **diferencia de ligaduras tubarias** entre los prestadores privados y el público. Mientras que en las mutualistas rondan las 50 ligaduras por año, en ASSE se realiza sólo 3 en el mismo periodo. Sobre ese punto, se verificó que en **COMERI cuando una usuaria solicita una**

ligadura tubaria la institución deriva a una consulta psicológica, lo cual no es un requisito establecido ni por ley ni por el MSP y representa por tanto una vulneración a los derechos de las mujeres de poder optar por este método³⁸.

Los **tres prestadores del departamento cuentan con casi la misma cantidad de ginecólogos**, cuando la población de usuarias en edad reproductiva de ASSE casi duplica en número a esa población en CASMER, y más que la duplica en COMERI. Dicho desequilibrio en la distribución de recursos profesionales entre los prestadores privados y el público muestra una clara desventaja para las usuarias de Salud Pública en cuanto al acceso a servicios.

El rol de las parteras difiere mucho entre prestadores privados y ASSE. Estas profesionales no realizan controles de embarazo en las mutualistas, mientras que en ASSE no sólo los realizan de forma exclusiva, sino que siendo que los embarazos de alto riesgo deberían ser controlados por ginecólogos, las parteras también hacen estos controles debido a la poca disponibilidad de profesionales de la ginecología.

En cuanto al **índice de cesáreas**, según las cifras divulgadas por el MSP (SINADI) para el 2014, en ASSE el porcentaje ascendió a 34,1%. En COMERI según los datos brindados por el prestador el porcentaje es 34%, mientras que para el MSP esta cifra es de 52,1%, lo que muestra una diferencia importante. CASMER posee el premio "Dr. Juan José Crottogini" a la Maternidad Amiga de las Mujeres del MSP, cuyo objetivo es estimular la mejora de la atención a las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio. Este prestador también registra una diferencia (aunque menor) entre la cifra brindada por el prestador (36,5%), y la divulgada por el MSP (39,7%).

Un elemento positivo identificado es que en ASSE los **pacientes con VIH** tienen escasos ingresos al hospital por patologías vinculadas a esta enfermedad. Sin embargo, en este aspecto se señala la dificultad que implica la centralización de la policlínica. Existen problemas para la atención en el interior del departamento, así como en las policlínicas periféricas de la capital riverense. El diagnóstico es que hace falta personal capacitado, y/o medios para que el personal disponible pueda trasladarse a esos lugares.

38 Sobre este punto ver modificación en apartado siguiente.

Devolución de resultados obtenidos en el monitoreo de Rivera

Con el objetivo de intercambiar y validar los resultados obtenidos, MYSU envió el informe preliminar a la/os involucrados en el proceso del monitoreo y luego convocó a una instancia de encuentro y diálogo. La reunión se realizó el 31 de marzo de 2016, resultando muy positiva, en tanto se pudo intercambiar con autoridades e integrantes de los equipos, distintos tópicos relevados en el estudio³⁹.

Desde la Dirección Departamental de Rivera se informó que recientemente tuvieron una reunión con el resto de las Direcciones Departamentales del país, en las que se informó sobre los cambios suscitados a partir del fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (el cual anuló artículos del decreto reglamentario de la Ley de IVE). Algunos de los elementos abordados entre los presentes sobre este tema, fueron los cambios relacionados al funcionamiento de los equipos interdisciplinarios, que ahora deben funcionar de forma conjunta y simultánea. Por otra parte, se intercambió sobre las posibilidades que se admiten para objetar conciencia y la discusión que existe sobre la necesidad de exigir las razones para la objeción, con el objetivo de que no se den "falsas objeciones" que respondan a cuestiones ajenas a la conciencia. Asimismo se dialogó sobre la incorporación de la salud mental a la consideración de "grave riesgo para la salud".

La Directora comentó que las instituciones aún no han mandado el listado de los médicos objetores de conciencia. Se consideró que esto es necesario, entre otras cosas, para asegurar que no hayan médicos que sean objetores en algunas instituciones y en otras no, situación que la ley no permite.

Uno de los puntos que se profundizó en la reunión, fue la centralización de la prestación de IVE, tanto de prestadores públicos como privados, en el Centro Royol. Sobre este tema, se vio la limitación existente al brindar la prestación sólo un día a la semana, atentando contra los plazos reducidos, dimensión clave en la prestación de IVE. Hubo consenso entre la/os presentes, en que el servicio presenta una saturación latente, que sólo se puede sobrellevar hasta el momento, a partir de la recarga de los profesionales mediante la extensión en el horario de atención.

Se hizo mención que los casos de embarazos que llegan al centro Royol antes de ser confirmados, colaboran en desbordar el sistema. Según se indicó, en el sistema privado se realiza la confirmación antes de hacer la derivación, mientras que desde ASSE todas las usuarias son derivadas al Centro Royol. Se señala que existe normativa del Ministerio de Salud Pública que indica que para todos los prestadores, cuando se consulta en emergencia, la confirmación del embarazo debe realizarse en la emergencia.

Un elemento señalado fue el hecho de que está disminuyendo el número de mujeres que regresan a la institución para control post-aborto.

39 La misma tuvo lugar en la sala de reuniones de la Dirección Departamental de Salud de Rivera. Concurrieron autoridades de la Dirección Departamental de Salud, del Hospital, personal de la Oficina de equidad y género de la Intendencia Departamental, de la Red de Atención Primaria de ASSE, y autoridades e integrantes de los equipos de SSR e IVE de Casmer y Comeri.

Por otra parte, se confirmó que el procedimiento de Aneu para la realización de abortos, hasta el momento no se ha tenido que efectuar y en caso de que sea necesario se realizaría una derivación a otro departamento, ya que el único ginecólogo que hace IVE no está dispuesto a realizar este tipo de procedimiento.

Otro inconveniente comentado para IVE son los casos en los que se informa de modo incorrecto la edad gestacional en la mujer embarazada, cuestión clave para esta prestación y que debe fiscalizarse.

Las/os presentes hicieron acuerdo en la ausencia de preservativos femeninos, debido a que los mismos no se solicitan desde los centros de salud, informándose que sólo cuentan con éstos para dar charlas, no así para brindar a las usuarias. La Directora Departamental se comprometió a realizar el pedido y hacer la distribución.

En cuanto al preservativo masculino se señaló por parte de los profesionales, que las mujeres no los aceptan, por la idea difundida de que quien debe llevarlo es el varón. Por su parte, los adolescentes tampoco quieren llevarlo. Se identificó que cada vez son menos las mujeres que usan el preservativo masculino como único método. Con respecto a la forma de entrega de éstos en los prestadores privados, que requiere el retiro en farmacia con receta profesional (a diferencia de los públicos en los cuales se hace entrega directa), se señaló que no hay posibilidad de entregarlos directamente debido a que hay que llevar un registro de los preservativos entregados. Asimismo por cada entrega se requiere el pago de un timbre (que corresponde a un aporte a la caja de jubilaciones profesionales). En ese marco se reconoció que el sistema de salud no es igualitario.

Un punto que generó una discusión interesante fue la resistencia identificada en los ginecólogos para la realización de ligadura tubaria. Se hizo mención que en muchos casos la decisión termina siendo del profesional. Los profesionales presentes en el encuentro señalaron que el problema se presenta con las mujeres que no tienen la paridez satisfecha. Sobre este tema señalaron que actualmente se están haciendo fertilización in vitro a mujeres que se han ligado las trompas.

A raíz de este punto se comentó el comunicado enviado por el MSP de que no se puede objetar conciencia para realizar ligadura tubaria.

Otro elemento considerado fue que el prestador público tiene la misma disponibilidad de blocks quirúrgico que el del sector privado, con el doble de usuarios. En este sentido, se señaló que hay mucho volumen quirúrgico y falta de personal. Los profesionales sostuvieron que éticamente no se puede postergar una operación de cáncer de cuello de útero o de ovario por realizar ligaduras. También se encuentra el inconveniente de que falta personal para hacer la laparoscopia.

Sobre la importante diferencia de número de ligaduras entre prestador privado y público (55 a 3 en un año respectivamente) se mencionó que es necesario considerar también que éstas no se registran correctamente cuando se hace en una cesárea.

Desde COMERI se destacó que el requisito de consulta psicológica para las mujeres que requieren liga-

dura tubaria, elemento que escapa a la normativa y que señalaba el informe, fue eliminada, suponiendo un avance en lo que derechos reproductivos refiere, y por lo tanto saludado por MYSU como una mejora en las condiciones para el ejercicio de derechos.

En lo que respecta al alto porcentaje de cesáreas, desde este mismo prestador se señala que hay un alto número de cesáreas de coordinación que se realizan a solicitud de la mujer, a pesar de que a priori, el parto siempre es mejor para el niño. Se indica que el fenómeno es multicausal. No desconociendo el hecho de que muchas veces la cesárea responde a un deseo de coordinar horarios.

Por otra parte, se conversó sobre el hecho de que el porcentaje de cesáreas no puede bajarse forzosamente (en mención a los lineamientos de los Objetivos Sanitarios definidos por el MSP para 2020). Esto se debe a que en determinadas situaciones, ésta es necesaria. Hay que considerar que existe un tiempo entre que se coordina la cesárea y nace el/la bebé, que puede hacer la diferencia. Por parte de los profesionales se señaló que sobre este punto hay que considerar también que existen demandas judiciales contra profesionales, por situaciones en las que si se hubiera hecho una cesárea no hubiesen sucedido cosas que finalmente sucedieron.

Con respecto a la problemática de violencia obstétrica se comentó que no hay un mecanismo en el cual pueda haber una retroalimentación a la práctica del profesional. Asimismo se señaló que también hay que tener en cuenta el tema de las represalias. Se insistió en la necesidad de mejorar la calidad de atención desde cada institución ya que no hay un procedimiento administrativo para canalizar demandas, mientras que en los equipos se sabe quiénes realizan atención violenta.

El derecho al acompañamiento durante el parto, se considera con altos niveles de difusión, persistiendo sin embargo, la confusión de si éste se debe garantizar en una cesárea. En ese mismo sentido, se hizo hincapié en la necesidad de mejorar la difusión de todas las prestaciones.

En cuanto a violencia doméstica, se mencionó que en la Comisión Honoraria de Lucha contra la violencia doméstica ya se ha planteado la ineficacia del formulario violeta para la detección de casos de violencia. Se especificó que el mismo es una guía para el profesional, el cual no debe ser llenado. Lo que se requiere es agregar a la historia clínica que se indagó sobre violencia doméstica.

Se informó que en la RAP ya se formó el equipo referencial en violencia doméstica pero aún no han comenzado las capacitaciones. En el segundo nivel de atención de ASSE, se señaló que no hay equipo por falta de recursos. Desde ASSE central se solicita la conformación de equipos, pero no hay envío de fondos y tampoco controles. Las autoridades señalaron que si hubiera fondos se haría el esfuerzo. Como aspecto positivo se mencionó que la Unidad de Violencia contra las Mujeres del departamento está constituido casi todo por mujeres capacitadas y ha mejorado mucho. También se informó sobre la existencia de una unidad de asesoramiento jurídico de convenio PLEMU-MIDES.

A partir del reconocimiento de que el FONASA paga cápitas por la conformación de equipos referentes en violencia doméstica a prestadores privados y no a los públicos, se discutió que esto no plantea in-

centivos para los últimos. El argumento esgrimido refiere a que dar más presupuesto a quienes cumplen mejor con las prestaciones refuerza la desigualdad entre prestadores públicos, aunque esto se está revisando.

Se discutió sobre el hecho de que el planteamiento del embarazo adolescente como un problema, aumenta la estigmatización en un segmento de la población que en sí ya es estigmatizada (la población adolescente). Se vio la necesidad de rever el discurso público sobre este tema.

Por último se intercambió sobre los resultados de la implementación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo. Se consideró muy efectivo debido a que no hay embarazadas con implantes colocados, salvo 2 a las cuales se los colocó estando ya embarazadas. Como elemento negativo se subrayó que hay un gran número de mujeres que por distintos motivos solicitan que se los quiten.

Acuerdos definidos en la reunión:

- Hubo compromiso de realizar un pedido y distribuir preservativos femeninos.
- Existe necesidad de mejorar la calidad de atención desde cada institución ya que no hay un procedimiento administrativo para canalizar demandas.
- Se debe mejorar la difusión de todas las prestaciones.

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE
MUJERES Y VARONES CON COBERTURA DE
SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS



Las 45 entrevistas realizadas a mujeres y varones en los tres departamentos estudiados en el monitoreo (Rivera, Maldonado y Florida) corroboran y complementan algunos de los hallazgos obtenidos por el monitoreo a los servicios. Las percepciones de la población entrevistada indican distintas formas de vulneración de derechos en los servicios.

La vivencia de las personas coincide con hallazgos de estudios anteriores de MYSU, tanto de carácter cuantitativo⁴⁰ como cualitativo⁴¹. La consistencia con este mismo monitoreo y con los análisis previos constituyen un criterio de validez de la información basada en estas entrevistas.

La información presentada a continuación es el resultado de las entrevistas a mujeres y varones entre 15 y 49 años de los tres departamentos, con situaciones que son similares y que ameritan un análisis en conjunto⁴². A pesar de ello, las particularidades de cada localidad deben tenerse en cuenta, y no todas las afirmaciones que se presentan son traducibles a la realidad específica en cada uno.

Con respecto a la prestación de IVE, los servicios en los departamentos estudiados se encuentran en funcionamiento, pero se corrobora en el relato de las personas entrevistadas las barreras y dificultades en el acceso y uso de los mismos. La divulgación del servicio e información que manejan varones y mujeres de esos departamentos, es deficitaria. Hay quienes manejen información adecuada sobre el servicio de aborto (generalmente debido a que han recurrido o tienen alguien cercano que recurrió al servicio), pero hay otras personas que manejan información imprecisa o casi nula.

"...o sea si querés abortar, pasar por un ginecólogo y todo lo demás, tipo te hacen todo un test psicológico y todo para ver si querés o no [abortar] (...) y si lo haces clandestino vas, lo haces y ta". Romina, 19 años, ASSE. RIVERA.

¿Sabes cómo funciona la atención en aborto? ¿Sabes dónde está, las etapas...?
"No". Celia. 24 años. CASMER. RIVERA

¿Qué sabes sobre prestaciones de aborto acá en Rivera? *"Nada, porque en realidad, como te decía, que me gustaría que hubiera más información sobre eso porque la mayoría de la gente no tiene noción, yo tampoco tengo noción de muchas cosas entonces me gustaría que brindaran más información sobre eso."* **María. 22 años. ASSE. RIVERA**

Servicios de aborto ¿conoces? **"No, no conozco."** **Cecilia. 25 años. ASSE. RIVERA**

"Los servicios de aborto me parece que está medio oculto, yo sé que hay porque

40 MYSU (2013a) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. Montevideo: MYSU; MYSU (2013b) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas*. Montevideo: MYSU; MYSU (2015) *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos*. Un análisis de resultados del estudio 2012-2013. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva - MYSU, Montevideo. Encuesta en hogares.

41 Monitoreo de servicios de SSR y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Entrevistas en profundidad.

42 Todos los nombres han sido modificados para preservar la confidencialidad de los/las entrevistados

conozco mucha gente que trabaja en el hospital, entonces sé que hay una policlínica pero siento que está todo medio oculto y no entiendo por qué. Pero ta, yo nunca tuve ningún problema, sé que si vas a la ginecóloga te informan bien pero sé que no podés ir derecho a ahí.” Jacinta. 25 años. ASSE. FLORIDA

“No mucho, no estoy muy informado.” Gabriel. 20 años. ASSE. FLORIDA

“Muy poco, supongo que habrá un servicio sobre eso, pero muy poco.” Silvio. 34 años. ASSE. FLORIDA

“Ah, ese tema sí que no. No.” Susana. 48 años. ASSE. FLORIDA

La desinformación existe y se potencia con una segunda dificultad encontrada: el mal asesoramiento realizado por funcionarias/os en las consultas de mujeres con el objetivo de desestimular y/o negar la práctica. El siguiente relato da cuenta de un aborto que no pudo ser realizado, siendo que se acudió antes de las 12 semanas de embarazo al subsistema público. El relato es realizado por el compañero de la joven que quiso realizarse el aborto.

“Primero fuimos al Hospital y le dijeron que ella tenía dos meses y medio, tres. Cuando fuimos a la policlínica a los tres días, medio como que la llevaron un poco a cuento ¿entendés? No sé si es bien así con esta palabra, pero le hicieron como un 'lavaje' cerebral, y no le hicieron pasar por psicólogo nada, fueron los médicos mismos. Y al final, después del examen que se hizo en la policlínica, le dijeron que ya tenía 4 meses, y que después de los cuatro meses ya no se podía hacer nada, y todas esas cosas... Ta, al final todo bien pero, acá en Rivera yo he escuchado que hubieron muchas quejas sobre eso... muchas quejas de que no respetaban el derecho de la gente acá, particularmente en eso.” Rodrigo. 25 años. ASSE. RIVERA

Este caso va incluso más allá de una práctica de desestímulo al aborto, el relato revela un manejo de la información y la atención con miras a negar el derecho al aborto. De esta manera, en el caso de Rivera el servicio brindado en el centro Royol parece ser una excepción en el departamento, ya que en el mismo se encuentran todos los profesionales dedicados y disponibles para dicha prestación.

En Rivera, las mujeres en edad reproductiva afiliadas a ASSE, COMERI y CASMER sumaban un total de 25.175 en 2015⁴³. Esta potencial población cuenta con un día por semana con la policlínica del centro Royol, donde además del servicio aborto, se colocan DIU e implantes subdérmicos. La percepción del equipo (integrado por 6 profesionales) es que el nivel de saturación no es grave, pero al mismo tiempo se reconoce que la calidad de la atención no es la deseable debido a la alta concurrencia que tiene esta policlínica. Proyectando un aumento en la demanda de los servicios de aborto como viene sucediendo año a año desde implementada la ley IVE, los equipos se podrían encontrar con una saturación e imposibilidad de brindar el servicio a todas las mujeres que así lo requieran. Para evitar que esto ocurra se

43 Cifra elaborada en base a datos del SINADI- AES- MSP sobre mujeres usuarias de ASSE a junio de 2015 y afiliadas a marzo de 2015 a IAMC. El tramo de edad utilizado para la sumatoria es de 15 a 44 años. La distribución de mujeres en edad reproductiva entre prestadores es: 13.033 en ASSE, 6.812 en CASMER, 5.330 en COMERI.

debe pensar en multiplicar el servicio brindado en el Centro Royol, que si bien es correcto, se encuentra centralizado a nivel territorial, profesional y de horarios: un centro de salud con solo un ginecólogo y que realiza el IVE un solo día a la semana.

En el caso de Maldonado, cada prestador analizado cuenta con una organización distinta del servicio de aborto. La Asistencial es la mutualista que tiene el servicio más concentrado: dos días de atención a la semana en dos ciudades cercanas. El sistema de Mautone, donde una funcionaria coordina todas las consultas de IVE, parece brindar mayor flexibilidad en la atención debido a que son más profesionales disponibles que atienden en diferentes centros y días. La dispersión del servicio en ASSE es significativa, diferentes etapas de la IVE se realizan en varias policlínicas, hospitales y centros. Pero a diferencia de Mautone no existe un rol de coordinación de las consultas por IVE, y esto resulta problemático.

La falta de claridad sobre el funcionamiento del sistema, sumado a intentos de disuasión por parte de profesionales para que las mujeres no se realicen abortos hace que las organizaciones de Maldonado que trabajan por los derechos de las mujeres en ese departamento, entiendan que (al menos en salud pública), las mujeres tienen que emprender una "peregrinación" para poder realizarse un aborto. El siguiente es un relato que refleja la existencia de actitudes disuasorias entre el personal que trabaja en IVE en salud pública.

"Mi hermana se hizo hace poco un aborto y la atendió [el/la profesional de ginecología] y la juzgó porque se lo iba a hacer. Porque tiene 31 años y no tiene hijos. [Le cuestionó] por qué se lo iba a hacer... que por qué lo iba a hacer, medio como que la presionó para que no se lo hiciera. Y ahí se terminó atendiendo con otro ginecólogo que es re bien." **Josefina, 37 años. ASSE. MALDONADO**

Por otra parte, al igual que en monitoreos anteriores, en lo que concierne a la VD el centro de salud no es visto como un referente 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.

*"En realidad es más violento lo que hacen que... Porque a mí me pasó por ejemplo que la mujer me preguntara si yo sufría violencia es obvio que yo así no se lo voy a responder. Me parece que ella tendría que tener herramientas para detectar de alguna manera si yo podría o no sufrir violencia (...) incluso le dije a la doctora: 'Si yo sufriera violencia ¿usted le parece que lo voy a decir así, con esa pregunta así? Me contestó: 'a mi discúlpame pero te lo tengo que preguntar.'" **TANIA. 27 AÑOS. CASMER. RIVERA***

"No sé hasta qué punto una mujer que sufre violencia le contaría. El formulario es bien directo, sí, te pregunta si sufrís violencia pero no sé hasta qué punto es bueno." **OLGA – 48 años – COMEF. FLORIDA**

"Me parece que eso, en mi caso que yo no sufro violencia no me cambia, pero por ahí no me parece... están hechas como muy rápido, es como "te hago esta encuesta, lo llenamos rápido". Y no sé si una persona que sufra violencia si lo diría en una entrevista, no sé si son efectivas. Siempre que me la han hecho me voy con esa duda de si alguien dirá algo." **ELENA – 31 años – COMEF. FLORIDA**

Los relatos sobre violencia obstétrica se siguen registrando a lo largo de los estudios realizados por MYSU, y éste no fue la excepción. Así como también aparecen las denuncias sobre negligencia y malos tratos. Todo ello enmarcado en una relación médica/o-usuaria/o con escaso respeto por los derechos de las mujeres. En el siguiente relato, esta usuaria cuenta cómo después de que el sistema haya cometido un error grave, siguió vulnerando sus derechos sin brindarle información sobre su estado, y no proporcionando la atención necesaria.

"Fui a control y me dijeron: 'está todo bien, está todo bárbaro'... en ese momento estaba en ASSE (...) me empecé a sentir mal a la semana del control, fui, estaba con pérdidas y eso y me dijeron que hacía un mes tenía el feto muerto cuando yo había ido hacía una semana y me dijeron que estaba todo bien. Estuve dos días internadas sin que me hicieran nada con eso todavía ahí, tuve que levantarme yo a pedirles a gritos que me hicieran algo porque me sentía mal y ahí me mandaron a hacerme la ecografía en La Asistencial, porque ahí no había ecógrafo en ese entonces (...) y ese fue el mal momento que pasé, que me hicieron pasar (...)" **FERNANDA. 23 AÑOS. ASSE. MALDONADO**

Los grados y tipo de violencia son variados, desde agresiones verbales, hasta indiferencia en el trato. Esta falta de dedicación en las consultas también fue registrada en otros estudios, y no parece solo tener que ver con la escasez de algunos profesionales, como ginecólogos, sino en el ejercicio del poder médico.

"[La atención en el parto le pareció] Deficiente. Como que cuando hubo que correr no sabían realmente todo lo que estaba pasando. Como que dijeron: 'quédate tranquila, vas a tener seis horas acá...'" **DANIELA. 42 años. COMEF. FLORIDA**

"A veces me tocaba alguna ginecóloga que no me sentía muy cómoda (...) porque creo que para transmitir las cosas eran un poco toscas. Me decían engordaste un kilo, ¡pero engordaste un kilo! como así, te hablaban mal y me quedaba..." **FERNANDA. 23 AÑOS. ASSE. MALDONADO**

"Cuando fui a tener a Leticia yo caminaba mucho para poder dilatar entonces eso paliaba mi dolor, en el hospital me di como quince vueltas en todas las salas y la partera me dejó y me acompañó. Con la otra partera, me tiró a la camilla y [dijo]: '¡no, no te podés levantar gorda!'. Fue una discusión que tuvimos (...) " **CLAUDIA. 48 AÑOS. ASSE. MALDONADO**

"Si vos estudiaste para ser médico, vas a querer ayudar a la gente, ¿no? Es como que los médicos son intermedios, como que no están ni ahí. Están como que olvidados...van, están un

rato ahí y se van. Y...tipo no tienen onda con la gente, no les explican nada, como que están... van por obligación a trabajar. Acá es triste...triste, triste." **CARLA. 25 AÑOS. ASSE. RIVERA**

A partir de lo relatado por mujeres y varones, sigue siendo una la falta de información sobre servicios y derechos en SSR en los tres departamentos. La característica que se puede señalar como diferencial en este sentido para el presente estudio, es que los espacios adolescentes (fundamentalmente a nivel de prestadores privados) parecen estar compensando esta carencia. Quiénes manifestaban conocer algunos DSR y los servicios correspondientes, fueron jóvenes que asistieron a espacios adolescentes. Es necesario evaluar estos espacios con mayor detenimiento, ya que entre otras cosas, según lo manifestado por profesionales que llevan a cabo estos espacios, el alcance no es el deseado. Este no es un punto menor, sobre todo para departamentos como Rivera, en el que muchas prestaciones se encuentran concentradas en la capital.

En VD, es claro que la inversión que ha realizado el sistema de salud no está dando resultados. No sólo la captación de casos parece ser muy deficitaria, sino que en muchos casos los prestadores no tienen capacidad de respuestas adecuadas. ASSE no tiene equipos o profesionales que realicen atención en VD en ninguno de los tres departamentos. En las mutualistas hay equipos conformados pero su alcance parece ser también limitado. El formulario de despistaje es visto de forma casi unánime por usuarias/os y profesionales como una herramienta deficitaria y de necesaria revisión.

El poder médico es otra dimensión que aparece con continuidad en la percepción de la población encuestada en relación a la atención en SSR. La imposición de valores y creencias en las consultas así como el no respeto a las decisiones sexuales y reproductivas de las usuarias se ve reflejado tanto en los relatos de las mujeres como de los profesionales. Lo resaltante es que ante situaciones de vulneración de derechos usuarias y usuarios no denuncian ya sea porque desconocen esa posibilidad o porque sienten temor a posibles represalias del personal de los centros donde deben seguir atendidos. En otros casos los canales de denuncia no son claros o las expectativas sobre los resultados y las posibilidades de cambios ante los problemas denunciados, son muy bajas por lo tanto se siente que no vale la pena hacerlo.

En el apartado de conclusiones se ahondará sobre algunos de estos problemas y lo que desde MYSU se considera pueden ser posibles rutas de salida para sortearlos.

CONCLUSIONES GENERALES



Acercándonos a la década de aprobación de la ley de defensa del derecho a la SSR, los estudios de MYSU y en particular el presente **monitoreo en Florida, Maldonado y Rivera**, continúa identificando dificultades en la implementación de los servicios. La visión global e integral que la SSR requiere continúa siendo un deber en la mayoría de los prestadores de salud. Esto implica trascender el abordaje biomédico e incorporar las dimensiones psico-afectivas y las determinantes sociales que impactan sobre la salud, lo cual complejiza la atención adecuada de las demandas y requerimientos sobre la vida sexual y reproductiva de las personas, en general, y de las mujeres en particular. A su vez, la SSR trasciende la atención de enfermedades o procesos patológicos desafiando al Sistema de Salud en su responsabilidad de asegurar la promoción y prevención como dispositivos fundamentales para universalizar las condiciones necesarias para el adecuado ejercicio de los derechos en este campo.

La creación de la figura del equipo coordinador referencial (ECR) en SSR en la Ley N° 18.426 pretendía servir como un mecanismo de gestión y coordinación de los nuevos servicios incorporados al Sistema, desde una perspectiva integral. Sin embargo, **los estudios realizados encuentran que en la amplia mayoría de los lugares monitoreados estos equipos no siempre están, o se abocan a brindar el servicio y no cumplen con la función de gestión, coordinación para la transversalización de la atención de la SSR en la institución de salud. En muchas de las instituciones estudiadas los ECR son los que dan atención en IVE en desmedro de la intervención integral de la SSR.**

Es fundamental que los prestadores de salud cuenten con estos equipos, sin dudas, y que cumplan con sus funciones asignadas para asegurar la transversalidad de las prestaciones en SSR, coordinar las prestaciones y evaluar la calidad de las mismas.

Un aspecto particular de los relevamientos a servicios ubicados en el interior del país es su distribución y como ésta afecta el acceso a los mismos. **La centralización de las prestaciones en salud en las capitales departamentales representa una barrera al acceso de muchos de los servicios aquí analizados.** El residir en zonas rurales o pueblos pequeños representa en muchos casos un obstáculo difícil de sortear si no existen servicios itinerantes que realicen recorridos con profesionales de la salud, o políticas de subvención para el transporte para que la población pueda acudir a los centros de salud que cuentan con las prestaciones a las que se necesita tener acceso.

Para sortear esta barrera un posible modelo a seguir podría ser el que se registra en Florida, con un conjunto de **médicos itinerantes** (entre ellos ginecólogos/as) que hacen **rutas periódicas y habituales de recorrido en pequeños poblados y zonas rurales del departamento**, acercando los servicios de salud a estas poblaciones y brindando las prestaciones a las que de otro modo se les dificultaría acceder, en especial con la problemática que representa el transporte interdepartamental.

Resulta importante señalar, la complementariedad que implican los acuerdos público-privados en el departamento, compartiendo ambos prestadores el uso de recursos materiales y humanos.

En cuanto a anticoncepción, el relato de las personas entrevistadas da cuenta que los prestadores de salud no son lugares de referencia en asesoramiento y obtención de métodos an-

ticonceptivos, con excepción de los irreversibles y DIU. A su vez, en los casos que sí acuden a los centros para consultar por el tema, muchas se enfrentan a inconvenientes como la baja disponibilidad de algunos métodos y mala atención de los profesionales. Poco tiempo en la consulta, falta de información sobre la oferta disponible, y reticencias para evacuar dudas son algunos de los aspectos señalados.

La falta de condones femeninos en la canasta de métodos de los prestadores tanto públicos como privados resulta en que no son ofrecidos por parte de los profesionales de la salud al momento del asesoramiento en anticoncepción. La no disponibilidad de los mismos es justificada por la baja demanda existente. Sin embargo, si no se asesora y se ofrece como método, difícilmente las usuarias –y usuarios– vayan a solicitarlo. Es un ciclo de difícil ruptura si no se cuenta con los insumos y con la disponibilidad de los profesionales para fomentar su uso.

El MSP se encuentra actualmente a cargo de la distribución de los preservativos, tanto masculinos como femeninos, y DIU en los prestadores públicos y privados. En el caso de los preservativos femeninos, el organismo realiza su distribución a demanda del prestador lo cual resulta en que pocos centros cuentan con el método. El MSP, como órgano rector de las políticas en SSR debería fomentar el uso de este preservativo a través de su distribución e inclusión en la canasta anticonceptiva.

Por su parte, **el preservativo masculino presenta números extremadamente bajos en los prestadores privados si se lo compara con ASSE.** Esto puede deberse a que la forma de distribución difiere de un subsistema a otro. En el caso del primer nivel de atención de ASSE la entrega de preservativos (tanto masculinos como femeninos) no presenta mayor requerimiento que presentar el documento de identidad y se identificaron casos en los que inclusive se realiza entrega directa. En el subsistema privado la distribución se realiza mediante el recetado y compra en farmacia del prestador lo cual podría estar provocando una fuga de compras al mercado y la razón del número bajo de entrega de preservativos en estas instituciones de salud. Esta situación se condice con los estudios realizados por MYSU y con las entrevistas realizadas a usuarias/os donde se plantea que la obtención de algunos métodos anticonceptivos (sobre todo el preservativo) es por fuera del prestador. Esta forma de distribución supone entonces una barrera para la obtención de preservativos que debería ser subsanada si se quiere fomentar una política del cuidado y de doble protección. Las policlínicas de SSR así como los espacios adolescentes podrían constituir lugares de referencia para su obtención directa gracias a sus propias características: atención en el primer nivel centrado en el asesoramiento y prevención en materia de SSR.

La diferencia en el número de vasectomías y ligaduras realizadas es notoria en la mayoría de los departamentos y prestadores, dando cuenta de una realidad que impone las responsabilidades del cuidado reproductivo en las mujeres. Se necesita mayor difusión de la opción que representa la vasectomía para aquellos hombres o parejas que quieran optar por un método irreversible y promover derechos reproductivos también para varones. Esto representa un desafío para la atención en SSR, dado que en muchos casos persiste el modelo materno-infantil, el cual, entre otros sesgos, no incluye a los varones como sujetos que requieren servicios vinculados al ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas.

El rol de las parteras es un punto a destacar tanto en lo que hace a la atención en anticoncepción como en embarazo y parto. En el primer nivel de atención en ASSE las parteras realizan funciones de asesoramiento y entrega de anticonceptivos facilitando así el acceso a los mismos. En localidades donde la falta de personal ginecológico afecta la atención en anticoncepción las parteras cumplen un papel fundamental en lo que a esta prestación se refiere. Sucede de igual forma con la atención en embarazo en la RAP de ASSE: las parteras son quienes realizan los controles para todas las embarazadas, incluyendo (como se constató en Maldonado y Rivera) los embarazos de alto riesgo por falta de profesionales de la ginecología. En el otro extremo, en el subsistema privado las parteras ocupan un rol meramente administrativo (con excepción de las clases de parto), descartando el potencial de las mismas para las prestaciones en SSR, sobre todo lo que hace a la prevención y asesoramiento en todos los temas, así como de la atención en anticoncepción, embarazo y parto.

Si bien fueron pocos los prestadores que presentaron las cifras relativas a partos y cesáreas, los datos brindados por el Sistema Nacional de Información del MSP incluyen los porcentajes de cesáreas para el año 2014 tanto de ASSE como de las mutualistas estudiadas. La razón parto/cesárea en estos departamentos no difiere significativamente con el preocupante número alcanzado a nivel nacional de 44% de cesáreas.⁴⁴ Al desglosarlo por subsistema, el privado presenta a nivel país un 51.8% mientras que en ASSE esta cifra desciende a 32.1%.⁴⁵ **Los prestadores incluidos en este estudio presentan similitudes también en este aspecto: mientras que ASSE cuenta con porcentajes que rondan entre 33 y 36%, el porcentaje de cesáreas en las mutualistas de estos departamentos ronda el 50% con la excepción de Casmer en Rivera cuya cifra es de 39.7% y que cuenta con el premio "Dr. Juan Jose Crottogini" a la Maternidad Amiga de las Mujeres del MSP.** Aunque son varios los factores que podrían estar influyendo en las diferencias entre subsistemas, **una hipótesis podría apuntar hacia el rol que ocupan las parteras en cada uno de ellos.** El parto realizado en condiciones de acompañamiento, seguridad y confianza representa una diferencia sustantiva a aquel donde no se respetan las decisiones de las mujeres y en muchos casos se vulneran sus derechos reproductivos.

Las tareas de acompañar a la mujer en esta etapa y en las decisiones que ésta tome (basadas en la capacidad y derecho de las mismas de parir como deseen) así como el facilitar el trabajo de parto a través de la asistencia directa, forman parte de las funciones fundamentales que realizan las parteras (por ejemplo el masaje perineal) y que pueden significar la diferencia en finalizar un parto sin complicaciones. **El volver a abordar el parto/parto/posparto como procesos no patológicos, apuntando a la reducción de la intervención médica y ponderando las decisiones y necesidades de las mujeres, es imperante.** Las parteras cuentan con la formación y preparación necesaria para alcanzar dicho modelo de atención y por lo tanto deberían ocupar un rol central en la atención del parto pero también de otras necesidades de la salud sexual y reproductiva.

En este mismo sentido, continúan siendo habituales los relatos de **violencia obstétrica** en las entrevistas a mujeres de los tres departamentos estudiados. **Malos tratos por parte del personal, iatrogenia médica y no respeto a sus decisiones se ven acompañados de imposibilidad de denuncia**

44 SINADI. Área económica de la Salud. MSP. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/direcci%C3%B3n-general-del-sistema-nacional-integrado-de-salud/econom%C3%ADa-de-la-salud/sistema>

45 Ibidem.

ya sea por no conocer los canales para realizarla o por no creerla eficaz. Se hace necesario transparentar dichos canales y asegurar una respuesta institucional ante las denuncias, cuyas tareas debería realizar el ECR. En este punto el MSP debe cumplir un rol fundamental de contralor, al fiscalizar la calidad en la atención de los prestadores incluyendo el respeto, difusión y promoción de los DSR, así como facilitar mecanismos de denuncia y resolución de las problemáticas denunciadas.

El relevamiento en VIH/ITS pone de manifiesto la necesidad de jornadas de difusión sobre prevención/detección y tratamiento que excedan las fechas conmemorativas. El rol de las policlínicas de SSR, así como los espacios adolescentes en el campo de la prevención y detección es fundamental, contando con el ambiente propicio para asesorar en métodos de barrera y facilitar el acceso a test rápidos de detección. La atención integral de los servicios debe tener en cuenta la condición de seropositivo de las personas que acuden por otras prestaciones que no sea en VIH, como lo es en anticoncepción y embarazo/parto o aborto. Para ello la organización de los servicios debe contar por un lado con un servicio referente con personal especializado y que sirva de coordinador de la prestación, y por el otro brindar en el primer nivel lo que comprende prevención, detección y atención pudiendo así acceder la población de todo el departamento. **Una mejor articulación entre los y las profesionales que trabajan con la población con VIH/SIDA y los equipos de SSR, violencia doméstica y los espacios adolescentes es crucial.** La centralidad de las prestaciones aquí también representa un problema importante. Solo para aquellos requerimientos cuya complejidad supere a la atención brindada en el primer nivel, debería haber una intervención especializada.

Mayores recursos como los test de detección rápida y preservativos tanto femeninos como masculinos, así como la sostenibilidad de campañas educativas son tan importantes como asegurar un rol de coordinación de los ECR. Las Direcciones Departamentales de Salud deben de jugar un rol fundamental aquí también, y servir de nexo entre los centros de salud departamentales y las oficinas centrales tanto del MSP como de ASSE.

La información relevada sobre los espacios adolescentes da cuenta que no están disponibles en todas las instituciones de salud y que son prioritarios para una atención que priorice el asesoramiento, la orientación y la prevención en SSR, dirigidos a esta población. Contar con un espacio propio para consultar sobre sexualidad y anticoncepción con el tiempo y disponibilidad que requiere, supone un avance en DSR para adolescentes que debe replicarse en aquellos prestadores que no cuentan con el mismo. Asimismo, estos espacios representan una oportunidad de difundir el resto de los servicios de SSR que debe ser aprovechada. Sin embargo un elemento que debe ser considerado es, que se requiere incorporar la atención a adolescentes embarazadas, ya que este requerimiento no es atendido por el espacio.

Las prestaciones tendientes a brindar respuesta a situaciones de violencia basada en género presentan varias dificultades. El formulario violeta de detección es identificado por una multiplicidad de actores involucrados (organizaciones sociales que trabajan VBG, usuarias, profesionales de la salud) como ineficaz, por lo tanto nuevas formas de abordaje deben ser pensadas. Medidas como difundir los servicios de violencia de los prestadores a usuarias/os así como sus rutas de acceso, deben

priorizarse en los esfuerzos institucionales si se quiere revertir la no referencia de éstos como espacios de atención en violencia. Por otra parte se debe continuar con la capacitación al funcionariado en la atención y derivación de casos así como fomentar y apoyar la creación y trabajo de los equipos que realizan atención en violencia. **El déficit encontrado en los servicios de ASSE es preocupante: en ninguno de los niveles se cuenta con equipo que realicen atención y los casos son derivados a organizaciones sociales o a los servicios del INMUJERES.** Aunque la atención en violencia es parte de las metas asistenciales del MSP, ASSE no cobra cápitas por ésta, lo que plantea un desincentivo a su implementación en la institución.

La situación de los servicios de aborto es particular a cada departamento abordado, pero permite realizar ciertas conclusiones en torno a la organización y calidad de los servicios.

El modelo del Centro de Salud Royol en Rivera presenta aspectos positivos y negativos a destacar: en primer lugar, que el servicio se encuentre centralizado en un local lo ubica como un lugar de referencia en la prestación. La mujer que desea interrumpir su embarazo se evita así el recorrer diversos centros en distintos días para realizárselo. Sin embargo, conocer dónde es el servicio o que se puede acudir directamente no es una información que todas las usuarias del departamento posean. Se identificaron casos donde existió una suerte de peregrinación de la usuaria desde su primera consulta en su centro de salud hasta acceder el servicio del Royol. **Consultas innecesarias, demoras e incorrectas derivaciones fueron las formas en que se dilataron los tiempos y que sirven como formas de desestimular la práctica.** Es necesario un estricto control desde las autoridades sobre estos sucesos, difundiendo los servicios y los derechos en aborto, así como fomentar la existencia de la figura del coordinador del servicio, quien serviría como referente de la prestación tal como ocurre en el Hospital de San Carlos y Mautone, siendo evaluado de manera positiva. Por otra parte este servicio de IVE funciona un solo día a la semana lo que no cumple con la ley IVE de asegurar la asistencia por el equipo multidisciplinario entre 24 y 36 horas de solicitud de esta prestación.

La lista del personal ginecológico que realice atención en aborto debe encontrarse a disposición de las usuarias según lo establece la ley IVE en su artículo N° 5, literal D: "Poner a disposición de todos los usuarios mediante publicaciones en cartelera, boletines de información periódica u otras formas de información, la lista del personal de la institución que integra los equipos interdisciplinarios (...)". Sin embargo **dicho material no se encuentra disponible en ningún centro relevado y por lo tanto supone una falta en lo que a difusión del servicio refiere.** A su vez, en el departamento de Maldonado se identificaron dificultades en la conformación de personal médico y su funcionamiento como equipo: en muchos casos los profesionales que realizan atención en aborto no se conocen entre sí y las derivaciones son deficitarias. Aquí también se observa la necesidad de un listado que recoja los nombres del personal médico que realiza atención en aborto ya que supone conocer con qué profesionales se cuenta para derivaciones y coordinación.

Por otra parte, el centro Royol es el único servicio disponible para todas las mujeres de Rivera, lo que supone una dificultad para aquellas que residen en otras localidades. Además, tanto Royol como los servicios IVE de Florida realizan la atención a toda aquella mujer que acuda en día de consulta. Resulta positivo este modelo ya que todas las usuarias que acudan son atendidas, pero podría implicar la satu-

ración del servicio en un futuro enmarcado en el aumento de mujeres que consultan por este tema y un desgaste a los pocos profesionales que realizan la atención. Ampliar el número de servicios y profesionales disponibles va a ser necesario para que esto no ocurra. Para ello **es fundamental la regulación de la objeción de conciencia por parte del MSP** ya que son pocos los y las profesionales no objetores en ambos departamentos y se han identificado casos donde la objeción no parte de preceptos religiosos o filosóficos sino por otros factores que van desde no priorizar la prestación a considerar las dificultades que supondría realizarlo (por el estigma al profesional que brinda el servicio, por tratarse de un servicio relativamente nuevo, etc.).

La atención y trato hacia usuarias que transitan por un aborto es, en algunos casos, preocupantes: desestimular la práctica por razones de edad, procurar demoras en la atención para superar las 12 semanas de gestación y cuestionar la motivación para abortar son algunas de las malas prácticas identificadas y que deben erradicarse desde una perspectiva del respeto por los derechos reproductivos y autonomía de las mujeres. Estos tipos de situaciones no ocurren solamente en la atención en aborto y parto, sino que son transversales a la atención recibida por mujeres en sus centros de salud. El no respeto a las decisiones de las mujeres es reiterado cuando se analiza las prácticas profesionales en este campo y suponen una violación a sus derechos sexuales y reproductivos de los cuales el Estado debería ser defensor y garante. **Sigue primando la visión de jerarquía del médico frente a la usuaria y usuario.** Atender desde el conjunto de creencias y valores del médico tratante, así como partir del rol de médico como mayor y único conocedor de lo que es mejor para la salud y vida de las personas usuarias, es un hecho que se desprende tanto de las entrevistas a profesionales como de las y los usuarios. Es sobre todo en la atención a mujeres que estos modelos de atención se anudan, provocando muchas veces vulneración de derechos.

El pasaje del modelo materno/infantil a uno de SSR requiere no solamente incorporar una mirada integral a las diversas demandas y requerimientos en salud relacionados a la sexualidad y reproducción, sino también dejar de pensar a las mujeres como objeto de políticas de salud centradas en la maternidad, para pasar a comprenderla como sujetas de derechos cuya autonomía y decisiones deben ser respetadas y aseguradas. Para eso se debe traducir lo conquistado a nivel legislativo a compromisos de las autoridades en la elaboración, implementación y evaluación de las políticas en SSR, así como en una transformación sustantiva de las prácticas profesionales que no vayan en ese sentido.

RECOMENDACIONES GENERALES



Las siguientes recomendaciones se elaboraron a partir del estado de situación en los servicios de SSR y aborto encontrado en los tres departamentos monitoreados.

- Garantizar la creación de los ECR estipulados por ley y el cumplimiento de las funciones que por la misma se encuentran determinadas. Esto es, de coordinación, gestión y evaluación de los servicios de SSR de los prestadores de salud.
- Los prestadores deben contar con preservativos femeninos dentro de la canasta de métodos disponibles. Debería incluirse como opción en el asesoramiento en anticoncepción y facilitar la disponibilidad del mismo para aquellas usuarias que así lo requieran. El MSP debe distribuirlos en los prestadores para su uso por parte de usuarias.
- Facilitar el acceso a los preservativos en los prestadores privados, mediante el acceso directo en las policlínicas de SSR o espacios adolescentes.
- Difundir la vasectomía como método seguro y eficaz dentro de las opciones de anticoncepción irreversible mediante materiales de difusión, acompañado de una perspectiva de derechos reproductivos.
- Jerarquizar el rol de las parteras en tareas de asesoramiento y promoción de la SSR, así como en la atención del embarazo, parto y anticoncepción en ambos subsistemas de salud.
- Mejorar los mecanismos de denuncia haciéndolos más transparentes y eficaces. Para ello es necesario que cada prestador los difunda y tome medidas para revertir la situación denunciada. El MSP debe facilitar sus propios canales para aquellas personas que no encontraron respuesta en su prestador y controlar así la calidad de la atención.
- Potenciar la creación de espacios adolescentes para realizar una atención de primer nivel hacia esta población, difundiendo a su vez los servicios disponibles en SSR.
- Difundir los servicios de VBG y las rutas de acceso a los mismos.
- Conformar equipos referenciales en VBG que brinden el servicio y coordinen con el resto de las prestaciones en SSR.
- Capacitar al personal en las rutas de acceso a los servicios de violencia y a realizar las derivaciones.
- Potenciar la figura de una persona referente del servicio de aborto.
- Aumentar los servicios de aborto disponibles, para ello se hace necesario regular la objeción de conciencia y reorganizar los servicios.
- Hacer más visibles los servicios de aborto ya existentes y aumentar su difusión a través de campañas.
- Contar con un equipo referente en atención en ITS/VIH para aquellos requerimientos de alta complejidad y brindar atención en prevención, detección y tratamiento, siempre que sea posible en el primer nivel de atención y preferentemente en la policlínica de SSR.

- Capacitar a más profesionales en VIH/ITS de manera que esta prestación tenga mayor presencia a nivel de atención primaria.
- Incluir en la formación de los profesionales que realizan atención de SSR contenidos desde un enfoque de derechos y ciudadanía.

GLOSARIO DE TÉRMINOS



ACOs – Anticonceptivos Orales
AMECOM – Asistencial Médica Departamental de Maldonado
ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado
CAinfo – Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública
CASMER – Centro Asistencial Médico de Rivera
CCOU – Círculo Católico de Obreros del Uruguay
COMEF – Cooperativa Médica de Florida
COMERI – Cooperativa Médica de Rivera
CRAME – Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este
DSR – Derechos sexuales y reproductivos
FAM – Espacio de "Fortalecimiento del Autoestima de la Mujer"
HC – Historia Clínica
IAMC – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística
INAU – Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INE – Instituto Nacional de Estadística
INMUJERES – Instituto Nacional de las Mujeres
ITS – Infecciones de transmisión sexual
IVE – Interrupción Voluntaria del Embarazo
IWHC – International Women's Health Coalition
MAC – Métodos Anticonceptivos
MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
MSP – Ministerio de Salud Pública
MUCAM – Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica
MYSU – Mujer y Salud en Uruguay
ONG – Organización No Gubernamental
OSC – Organización(es) de la Sociedad Civil
RAP – Red de Atención Primaria
SAAF – Safe Abortion Action Fund
SDSR – Salud y derechos sexuales y reproductivos
SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud
SSR – Salud Sexual y Reproductiva
UDA – Unidad Docente Asistencial
UNFPA – Fondo de Población de Naciones Unidas
VD – Violencia Doméstica
VIH – Virus de la Inmunodeficiencia Humana

BIBLIOGRAFÍA



- Calvo, J. (coord.) (2013b) Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. La Fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo, INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA. Montevideo
- Calvo, J. (coord.). (2013a) Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 1. Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011, INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA. Montevideo
- 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, Universidad de la República, CRIM – Universidad Autónoma de México.
- CEPAL (2013) Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.
- Grindle, M. (2009) La brecha de la implementación. En Mariñez Navarro F. et al., coords. Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación. México
- INE (2012) Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. INE, Montevideo.
- INE (2014) Uruguay en Cifras 2014. Consultado en: <http://ine.gub.uy/uruguay-en-cifras>
- INE (2014a) Uruguay en Cifras 2014. Montevideo.
- INE (2014b) Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013. Montevideo
- MI (2015) Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior, División de Estadísticas y Análisis Estratégico. Montevideo.
- MI (2016) Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior, División de Estadísticas y Análisis Estratégico. Montevideo.
- MIDES-DINEM-SDH-Presidencia de la República (s/d). Revisión de Indicadores Básicos de Desarrollo Social 2006 – 2013
- MSP (2013) Informe epidemiológico de VIH/SIDA - Diciembre 2013. Ministerio de Salud Pública, Montevideo.
- MSP (2013) Informe epidemiológico de VIH/SIDA - diciembre 2013. Ministerio de Salud Pública, Montevideo.
- MSP (2015a) Informe epidemiológico de VIH/SIDA - diciembre 2015. Ministerio de Salud Pública, Montevideo.
- MSP (2015b) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo
- MYSU (2013a) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo: MYSU.
- MYSU (2013b) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades

y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo: MYSU.

MYSU (2014) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2013-2014: Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto. Montevideo, MYSU.

MYSU (2015a) Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos. Un análisis de resultados del estudio 2012-2013. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva - MYSU, Montevideo.

MYSU (2015b) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2014-2015: Estado de situación de los servicios en salud sexual y reproductiva en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Montevideo, MYSU.

MYSU (2015c) Monitoreo VIH y Violencia contra las mujeres. Situación de las dos pandemias en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay. Informe Uruguay.

ONU (2011). Informe de la Relatora Especial sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños, Joy Ngozi Ezeilo. Asamblea General, Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos. 26 de mayo de 2011.

OPP-MIDES (2015) Reporte Uruguay. Presidencia de la República, Montevideo.

PODER JUDICIAL (2014). Informe sobre los procesos penales por infracción a la Ley N° 17.815 de "Violencia sexual, comercial o no comercial, contra niños, adolescentes e incapaces". Poder Judicial, Montevideo.

Schraiber, L. (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, Universidad de la República, CRIM – Universidad Autónoma de México.

Sitios web consultados

Administración de Servicios de Salud del Estado: <http://www.asse.com.uy/home>

Asistencial Médica Departamental de Maldonado: <http://www.asistencial.com.uy/>

Catálogo Nacional de Datos Abiertos <https://catalogodatos.gub.uy/>

Centro Asistencial Médico de Rivera: <http://www.casmer.com.uy/>

Centro de Información Oficial / Diario Oficial: <http://www.impo.com.uy/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): <http://www.cepal.org/>

Cooperativa Médica de Florida: <http://www.comef.com.uy/>

Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este: <http://www.semm-mautone.com.uy/>

Instituto Nacional de Estadísticas: <http://www.ine.gub.uy/>

Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gub.uy/>

Ministerio del Interior (MI): <http://www.minterior.gub.uy>

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP): <http://www.opp.gub.uy/>

Parlamento Uruguayo: <http://www.parlamento.gub.uy/>

Poder Judicial: <http://www.poderjudicial.gub.uy/>

Presidencia de la República: <http://www.presidencia.gub.uy>

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue dui dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue dui dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.

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



IWHC



Fondo de Acción
para el Aborto Seguro