

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

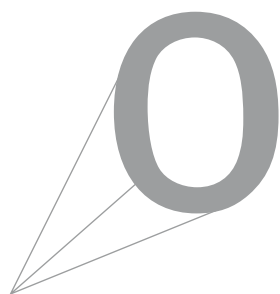
Informe
2009



**OBSERVATORIO
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

「 INFORME 2009 」



**OBSERVATORIO
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

© 2009 MYSU

© 2009 UNFPA

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

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

mysu MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Salto 1267

Montevideo - Uruguay

Tel: (5982) 410 3981 / 410 4619

mysu@mysu.org.uy

www.mysu.org.uy

Con el apoyo de Fondo de Población de Naciones Unidas



**Fondo de Población
de las Naciones Unidas**

"Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales".

Coordinación: Lilián Abracinskas, Alejandra López Gómez.

Equipo técnico: Ramón Alvarez, Verónica Burstin, Israel Falcón, Rossana Trucillo.

Edición: MYSU

Diseño: MONTINI DISEÑO

Impreso en: Imprenta ROJO

Depósito legal:

ISBN: 978-9974-8080-6-5

Se terminó de imprimir en Montevideo, en Diciembre de 2009

ÍNDICE

Presentación	7
Diseño metodológico	13
Métodos y técnicas	15
Diseño muestral y criterios utilizados para las mujeres	16
Criterio muestral profesionales	19
Resultados	21
Características de las mujeres encuestadas	23
Características de la población profesional encuestada	25
1. ANTICONCEPCIÓN	
Desde la perspectiva de las mujeres encuestadas	26
Desde la perspectiva de los profesionales	33
Los servicios de salud y la anticoncepción	38
En suma	43
2. VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL	
Desde la perspectiva de las mujeres	44
Desde la perspectiva de los profesionales	46
Los servicios de salud ante la violencia doméstica y sexual	49
En suma	53
3. ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO	
Desde la perspectiva de las mujeres	54
Desde la perspectiva de los profesionales	58
Los servicios de salud y la atención del embarazo y parto	59
En suma	61
4. VIH-sida	
Desde la perspectiva de las mujeres	62
Desde la perspectiva de los profesionales	63
Los servicios de salud y la atención del VIH-sida	65
En suma	67
5. ATENCIÓN PRE Y POST ABORTO	
Desde la perspectiva de las mujeres	68
Desde la perspectiva de los profesionales	69
Los servicios de salud y el asesoramiento pre y post aborto	73
En suma	76

6. PREVENCIÓN DE CÁNCER GENITO MAMARIO	
Desde la perspectiva de las mujeres	77
Desde la perspectiva de los profesionales	80
7. SATISFACCIÓN Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS	
Condiciones locativas de los servicios	81
Satisfacción y calidad de la atención	82
Conclusiones	91
Bibliografía consultada	97
Anexos	
Anexo 1	101
Anexo 2	102
Anexo 3	103
Anexo 4	104
Anexo 5	105

ÍNDICE DE CUADROS

1. Distribución de servicios de salud incluidos.	15
2. Distribución de Nro y % de encuestadas púérperas según servicio	18
3. Distribución de Nro y % encuestadas según centro de atención	18
4. Distribución de profesionales según servicio.	20
5. Distribución de Nro y % encuestadas por tipo de usuaria según edad	24
6. Distribución de Nro y % encuestadas por tipo de usuaria según nivel socioeconómico	24
7. Distribución de la muestra profesionales según tipo de profesión.	25
8. Distribución de muestra profesionales por sexo según tipo de profesión.	25
9. Distribución de muestra profesionales según años de ejercicio profesional.	25
10. Distribución por tipo de usuaria según conocimiento a acceso a MAC,s.	26
11. Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de ligadura tubaria por sola voluntad de la mujer.	26
12. Distribución por tipo de usuaria según Utilización habitual de MAC en	27
13. Distribución por tipo de usuaria según Tipo de MAC utilizados por usuarias que refieren uso habitual.	28
14. Distribución por tipo de usuaria según Indicación de MAC en el servicio de salud en usuarias que reportan uso habitual ...	29
15. Distribución de solicitud de colocación de DIU en usuarias por edades	31
16. Distribución por tipo de usuaria y Conocimiento de ligadura tubaria en usuarias según tramos etarios.	32
17. Distribución por tipo de usuaria y solicitud de ligadura tubaria según tramos de edad.	32
18. Distribución en profesionales por años de ejercicio según Conocimiento sobre Normas en Anticoncepción Reversible.	34
19. % de profesionales por tipo de profesión según Actitudes frente a la colocación de DIU.	34
20. % de profesionales por años de ejercicio según de recepción de solicitud de AE.	35
21. % de profesionales por años de ejercicio según información sobre AE a las usuarias	35
22. % de profesionales por años de ejercicio según Indicación de AE	36
23. % de profesionales por años de ejercicio según Conocimiento sobre Comunicado al cuerpo médico	36
24. % de profesionales por años de ejercicio según reporte de solicitud de ligadura tubaria	37
25. % de profesionales por tipo de profesión según Casos en los cuales no realizaría ligadura tubaria	37
26. Conocimiento se servicio de normativa sobre VDS	44
27. Distribución por tipo de usuarias según Conocimiento de un servicio de atención a VDS.	45
28. Distribución por tipo de usuaria según preguntas por situaciones de VDS en consulta.	45
29. Distribución por tipo de usuaria según y preguntas sobre situaciones de VDS en consulta, según edades.	45
30. Conocimiento de guías de manejo clínico en profesionales.	47
31. Distribución de los profesionales según Aplicación del formulario de VDS,	47
32. Distribución de los profesionales según Motivos para la no aplicación del formulario en todos los casos	48
33. Distribución de los profesionales por región según motivos para la no aplicación del formulario en todos los casos.	48
34. Distribución de respuestas en mujeres, sobre Conocimiento de normativas y guías sobre embarazo y parto.	54
35. Distribución de Realización de prácticas beneficiosas durante el embarazo, en muestra de púérperas	55
36. Distribución por tipo de usuarias según Forma de terminación del parto.	56
37. Realización de prácticas no recomendadas en el parto en muestra de púérperas.	56
38. Distribución por tipo de usuaria según Acompañamiento en el parto	57
39. Distribución de la percepción de los profesionales sobre % de acompañamiento que reciben las mujeres en el parto.	58
40. Distribución de profesionales según Motivos expresados por ellos, impedirían el acompañamiento en el parto.	58
41. Distribución respuestas en usuarias por tramos de edad según Nro de embarazos controlados donde se realización de test de VIH.	62

42. Distribución respuestas en puérperas por tramos de edad según Nro de embarazos controlados donde se realización de test de VIH.....	62
43. Conocimiento de las usuarias de las normativas sobre la realización de test de VIH	63
44. Distribución de respuestas en profesionales según Disponibilidad de reactivos para Test rápido de VIH en el servicio de salud	64
45. Distribución de respuestas en profesionales según Disponibilidad de tratamiento antirretroviral para prevención de transmisión vertical de VIH	65
46. Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de normativa sobre prevención de aborto inseguro y atención post aborto.....	68
47. Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de servicio de asesoramiento ante embarazo no deseado	68
48. Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de la existencia de atención post aborto en el servicio de salud.....	68
49. Distribución por región según Cantidad de consultas por embarazo no deseado estimadas en un año.....	70
50. Distribución de respuestas por región según Resolución de la consulta de embarazo no deseado.....	70
51. Distribución de profesionales por regio según Entrenamiento para la atención de mujeres en situación de aborto	71
52. Resolución de las consultas post aborto en aquellos profesionales que declararon haber atendido a mujeres en esa situación.....	72
53. Opinión de profesionales de la salud frente a situaciones de aborto	73
54. Distribución de respuestas por tipo de usuaria según Realización de PAP en los dos últimos años.....	77
55. Distribución de respuestas por tramo de edad según Realización de PAP en los dos últimos años.....	78
56. Distribución de respuestas por región y tipo de usuaria según Motivos para la no realización del PAP.....	78
57. Distribución de respuestas por tipo de usuaria según realización de mamografía	79
58. Distribución de respuestas por tipo de usuaria y Realización de mamografía, según tramos etáricos.....	79
59. Conocimiento de ordenanza 402 sobre PAP y Mamografía en profesionales.....	80
60. Distribución de respuestas por tipo de usuaria según Nivel de satisfacción con la atención recibida.....	82
61. Distribución de respuestas por tipo de usuaria según Solicitud de día y hora para la consulta	83
62. Tiempo de espera Promedio entre la solicitud de la consulta y la concreción de la misma en días, por tipo de usuaria	83
63. Tiempo de espera Promedio en el servicio para ser atendida en minutos, por tipo de usuaria	84
64. Promedio de duración de la consulta en minutos, por tipo de usuaria	84
65. Información general que ofrece el profesional a la mujer por tipo de usuaria.....	85
66. Temas tratados en la consulta ginecológica, por tipo de usuaria que respondieron afirmativamente	86
67. Porcentaje de mujeres que visualizaron material de difusión .por tipo de usuaria	87
68. Promedio de Calificación de satisfacción de las usuarias en ítems de atención en el servicio de salud usuarias	88
69. Promedio de Calificación de satisfacción de las usuarias en ítems de atención en el servicio de salud puérperas.....	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Uso habitual de métodos anticonceptivos según edades	28
---	----

PRESENTACIÓN



Este informe presenta y analiza información estadística y cualitativa sobre la implementación de normativas y guías clínicas vigentes en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva (SSR) en servicios públicos de salud en Uruguay. La misma fue generada durante el año 2009 por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay).

El Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva es un proyecto institucional que ha sido declarado de interés por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y cuenta desde su creación, en 2007, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Se trata de una propuesta política y técnica de monitoreo ciudadano sobre el estado de la salud sexual y reproductiva, en el contexto de un proceso de implementación de la reforma del sector salud en Uruguay. El Observatorio se propone identificar y analizar los sesgos en el diseño e implementación de políticas públicas, según sexo, género, edad, orientación sexual y nivel socioeconómico, para generar insumos que permitan su transformación basada en criterios integrales de equidad e igualdad.

El diseño y la puesta en marcha de un Observatorio de estas características, en tanto herramienta de mayor complejidad, potencia las posibilidades de incidencia en la definición, implementación y evaluación de políticas públicas. Al mismo tiempo, ofrece evidencias construidas con criterios de profesionalidad y autonomía, que pueden servir de insumos para el trabajo de diferentes actores que intervienen en la agenda de género, salud y derechos sexuales y reproductivos.

El Observatorio tiene como principales cometidos:

1. Desarrollar un sistema de vigilancia de la implementación de normas nacionales relacionadas con la salud sexual y reproductiva en servicios de salud.
2. Actualizar sistemáticamente la base de datos de indicadores demográficos, socio-económicos, de salud sexual y reproductiva, de acceso a servicios, de violencia y de calidad de atención creada por el Observatorio, mediante la información disponible en fuentes oficiales, internacionales y de organizaciones sociales.
3. Elaborar recomendaciones para potenciar la implementación de normativas legales y técnicas en el área de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La información generada por el Observatorio en estos años ha sido insumo clave para la elaboración de propuestas de política pública desde las organizaciones sociales, en particular las organizaciones de mujeres. A modo de ilustración, merece destacarse la Agenda de las Mujeres 2009 elaborada por CNS Mujeres, que incluye diagnósticos, consideraciones y recomendaciones en SSR y derechos elaboradas a partir de los datos proporcionados por el Observatorio. Asimismo, los resultados obtenidos a través de los estudios realizados por MYSU han sido considerados y referidos en la elaboración de informes oficiales de país ante organismos internacionales.

En el año 2007 el Observatorio montó una base de datos con indicadores que daban cuenta del estado de situación de la equidad de género en el campo de la SSR. Se estableció una línea de base sobre distintos tópicos, incluyendo indicadores sociodemográficos, epidemiológicos y de política pública que ilustraban el estado del arte y contribuían a orientar las áreas de intervención que deberían ser priorizadas para avanzar en políticas, programas y servicios de salud¹.

1 Esta información actualizada se encuentra disponible en el sitio web: www.mysu.org.uy/observatorio

En el año 2008, el Observatorio se propuso generar información novedosa sobre el grado de conocimiento e implementación en servicios de salud públicos y privados de las distintas normativas nacionales y guías clínicas vigentes en diversos componentes de la SSR. Para ese año se incluyeron 16 servicios de salud de los departamentos de Montevideo, Maldonado, Canelones, San José y Artigas. El reporte con el análisis de los resultados globales fue publicado, presentado públicamente y ampliamente difundido y está disponible en formato electrónico en el sitio web institucional. A su vez, se realizaron instancias de presentación y discusión de las recomendaciones con cada uno de los servicios incluidos a los cuales se hizo entrega de un reporte individual con los resultados obtenidos en su servicio en donde se incluyeron un conjunto de sugerencias para reorientar, mejorar o profundizar el desarrollo de buenas prácticas en la atención de la SSR.

En el año 2009 se incluyeron 13 servicios de salud del sistema público que corresponden a los departamentos de Montevideo, Soriano, Paysandú, Rivera y Cerro Largo. Para ello se mantuvieron entrevistas con las autoridades de las instituciones de salud con las cuales se firmaron acuerdos para la implementación del estudio. Se definieron las personas referentes en cada servicio ("coordinadoras hospitalarias del estudio") con funciones de facilitación del trabajo de campo de encuestadoras, distribución de los formularios de encuesta a profesionales de tipo autoadministrado y coordinación para la realización de entrevistas a directores y observaciones en sala de espera y consultorios.

Las normativas y guías clínicas² que fueron monitoreadas en el año 2009, fueron aprobadas en los últimos años por la autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud Pública (MSP) e incluidas en diciembre de 2008 en la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (PE, 1/12/2008). Estas refieren a tópicos tales como anticoncepción reversible y no reversible, prevención de aborto de riesgo y atención post aborto, embarazo, parto y puerperio, violencia doméstica y sexual, prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual y en particular, VIH-sida.

Durante el 2009 el Observatorio también actualizó la base de datos en SSR disponible en su sitio web y se realizó un rediseño de su presentación de modo de tornarlo más amigable y útil para distintas audiencias.

A diferencia del monitoreo realizado durante el 2008, este año se optó por realizar el estudio exclusivamente en servicios de salud del sistema público. Ello respondió a dos consideraciones. Por un lado, los resultados obtenidos el año anterior confirmaron que en la medida que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) no incluyera prestaciones en SSR entre aquellas de vigilancia obligatoria, los servicios privados no estarían motivados a incluirlas. De allí que se encontraron importantes diferencias en los resultados obtenidos en los servicios públicos y privados en la implementación de las normativas y guías clínicas y por tanto en el acceso y calidad de atención que se brinda. Mientras que desde 1996, los servicios públicos han progresivamente incorporado la atención de la SSR en sus distintos componentes, los servicios privados – en general – han sido más reticentes a hacerlo. Por otro lado, durante el año 2009 no hubo avances significativos en la integración de prestaciones en SSR en el SNIS. Las metas prestacionales de vigilancia obligatoria incluyen seis referidas a la atención del embarazo de bajo riesgo y una sobre la capacitación del personal para la aplicación del protocolo de diagnóstico y atención a mujeres en situación de violencia doméstica y sexual. En función de estas consideraciones, se evaluó que no era pertinente incluir servicios del sector privado, ya que los resultados – a priori – eran predecibles.

2 Ver Anexo 1: Listado normativas incluidas en el estudio

El diseño implementado tiene, a su vez, otras diferencias con el realizado en el 2008. A la exclusión de servicios privados de salud, debe sumarse un mayor equilibrio en la distribución de la muestra de mujeres de Montevideo y del interior. Mientras que en el 2008, dos tercios del total de la muestra eran mujeres de los departamentos del interior, en el 2009 poco más de la mitad son de Montevideo. A su vez, se buscó un mayor equilibrio en la muestra de mujeres usuarias de servicios de ginecología y obstetricia y de mujeres internadas en puerperio inmediato. Mientras que en el 2008, las mujeres puérperas constituyeron el 42 % del total de las encuestadas (1.325), en el 2009 fueron el 21.5 % del total (1.396). Esta diferencia se debió a la inclusión de un mayor número de centros de atención primaria. En tal sentido, merece destacarse el monitoreo en cuatro policlínicas de la red de atención de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y cuatro centros de la Red de Atención Primaria de ASSE (RAP).

En la implementación del estudio se identificaron algunas dificultades en el contexto institucional entre las que deben destacarse: a) las demoras en la respuesta de algunos centros de salud para la firma del acuerdo de participación en el estudio; b) las limitaciones de acceso a la información sobre el universo de población usuaria de los servicios incluidos, lo cual dificultó la definición del marco muestral; c) el proceso de desmantelamiento del Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM) de la IMM y su operacionalización en las policlínicas lo cual impidió completar la muestra definida para cada una de ellas.

El contexto político nacional es un dato que merece subrayarse porque también influyó en la realización del monitoreo. El estudio se realizó en el marco del proceso electoral que se inició en el mes de mayo con las elecciones internas de los partidos políticos y culminó en el mes de noviembre con la elección del nuevo parlamento y gobierno nacional. A ello debe agregarse el proceso de cierre de gestión de la actual administración de gobierno. El clima a nivel político, social e institucional no pueden soslayarse ni subestimarse ya que fue un factor que intervino en el trabajo de campo, así como en el proceso de recolección de la información como de los resultados obtenidos.

MYSU, en su vocación institucional de intervención política y técnica calificada, pretende que la información y las recomendaciones que se han generado a través del Observatorio y presentadas en este informe sean consideradas un aporte para avanzar en la implementación de servicios de salud que atiendan de manera integral los distintos requerimientos de las personas en el campo de la SSR. Así como impulsar que los componentes y dimensiones de la SSR tengan incorporada una perspectiva de género y derechos. La identificación de fortalezas y debilidades en el sistema de salud y sus servicios en materia de SSR así como su intervencionalización con el proceso de reforma del sector, requiere de posibles orientaciones que permitan revertir barreras y limitaciones en tanto desafío para las nuevas autoridades nacionales que asumen en el 2010.

Finalmente, queremos expresamente agradecer a todos los centros de salud de Montevideo, Paysandú, Rivera, Soriano y Cerro Largo que aceptaron participar del estudio. A sus direcciones y profesionales que colaboraron para hacerlo posible. A las mujeres que fueron encuestadas, así como al personal de campo que demostró capacidad y compromiso técnico en la realización de sus tareas. Al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) por su permanente apoyo a esta iniciativa. Todos/as contribuyeron a conocer más y mejor las necesidades y los requerimientos para hacer de los servicios de salud espacios que efectivamente protejan, garanticen y promuevan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de todas y todos.

DISEÑO METODOLÓGICO



El proyecto 2009 se basó en un diseño mixto que combinó metodología cualitativa y cuantitativa. En la definición de la población a estudiar se incluyeron mujeres usuarias de los servicios, profesionales de la salud (ginecólogos y parteras) y direcciones y personal de gestión de los servicios. Se utilizaron diferentes técnicas para la recolección de la información: encuesta cara a cara y autoadministradas a mujeres usuarias de ginecología y obstetricia y a mujeres internadas en puerperio inmediato, encuesta auto-administrada a profesionales, entrevista semi-dirigida a directores y gestores de servicios y observación de sala de espera y consultorio.

Se incluyó un total de 13 servicios públicos de cinco departamentos del país: Montevideo, Cerro Largo, Paysandú, Rivera, Soriano, entre los cuales había servicios del primer nivel de atención y hospitales públicos. Estos se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro 1: Distribución de servicios de salud incluidos

Montevideo		
Red de Atención Primaria (RAP)	Centro de Salud Misurraco Centro de Salud Giordano Centro de Salud Sayago Centro de Salud Ciudad Vieja	
Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)	Policlínica Lavalleja Policlínica INVE 16 Policlínica Casabó Policlínica Punta de Rieles	
BPS	Hospital Canzani	
Interior del país		
Cerro Largo	Centro Departamental	Hospital departamental
Paysandú	Centro Departamental	Hospital departamental
Rivera	Centro Departamental	Hospital departamental
Soriano	Centro Departamental	Hospital departamental

Métodos y técnicas

Se elaboraron tres tipos de formularios: uno dirigido a profesionales de la salud aplicado en forma auto-administrada a todos los/las profesionales del área de gineco-obstetricia (ginecotocólogos y parteras); otro dirigido a mujeres usuarias de los servicios de gineco-obstetricia que incluyó un módulo diferencial para las usuarias internadas en puerperio inmediato. A su vez para todas las usuarias se elaboró un formulario autoadministrado que relevó aspectos de satisfacción con la atención y calidad del servicio.

También se elaboró una pauta de entrevista para las autoridades en la que se indagó sobre las políticas institucionales en relación a la implementación de las normativas y las guías clínicas en SSR. Se elaboró una pauta de observación para las visitas a los centros en la que se recogió información con relación a la disponibilidad de

cartelería y folletería, a la disponibilidad de anticonceptivos y a las características de las instalaciones comunes (salas de espera) y consultorios.

El formulario a profesionales incluyó datos sociodemográficos y módulos sobre conocimiento de normativas y guías de atención, actitudes y prácticas en anticoncepción, en el control del embarazo, parto y puerperio, en asesoramiento para la interrupción del embarazo, violencia doméstica y diagnóstico y tratamiento del VIH. Este formulario tuvo una modificación respecto al aplicado durante el 2008, buscando minimizar sesgos. En esta oportunidad los profesionales debieron señalar el grado de conocimiento de cada una de las normativas incluidas en base a una escala ofrecida, la cual se dividió en cinco niveles de conocimiento. En el año anterior, los profesionales debían responder espontáneamente las normas que conocían sin que éstas fueran señaladas en el formulario. Los resultados obtenidos son notablemente diferentes a los del año 2008, debido al instrumento de recolección y a la técnica de muestreo.

En el formulario de usuarias, de aplicación cara a cara, se incluyeron módulos sobre: conocimiento de normativas sanitarias en SSR, anticoncepción, violencia doméstica, asesoramiento para la interrupción del embarazo, diagnóstico de VIH en embarazadas, PAP y mamografía, características demográficas y nivel socioeconómico. Se incluyó además un módulo sobre experiencias vinculadas al acompañamiento durante el parto, a los controles de embarazo y sobre algunas prácticas durante el trabajo de parto y parto. El formulario autoadministrado para usuarias buscó conocer la opinión de éstas en relación a la satisfacción con la atención. Indagó sobre el trato del personal de salud durante las consultas, tiempos de espera, información recibida, temas tratados en la consulta y percepción de la calidad de acuerdo a una escala predeterminada de satisfacción con la atención recibida. Este formulario fue adaptado de una investigación realizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Buenos Aires, Argentina.

Se intentó minimizar la limitación de este tipo de evaluación cuando la mujer es abordada en el centro de salud (dada fundamentalmente por la tendencia a sobrevalorar la calidad por encontrarse en el servicio y temer que su opinión sea divulgada) al solicitar la opinión de la mujer en forma totalmente anónima, a través de un formulario auto administrado y devuelto en sobre cerrado. Este tipo de procedimiento tiene como desventaja que un porcentaje alto de las consultadas puede no contestar algunas preguntas, para lo cual se instruyó a las encuestadoras en estimular a las usuarias para que dimensionaran la relevancia social de su respuesta. Ello repercutió positivamente en las tasas de respuesta finalmente obtenidas.

La entrevista a autoridades se centró en las políticas institucionales que se implementan con relación a los módulos descriptos para los profesionales y las usuarias. Para el análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad, se elaboraron definiciones de categorías para cada tema. Se codificaron segmentos del texto en forma independiente por parte de dos integrantes del equipo, utilizando las categorías definidas previamente y tomando en consideración temas emergentes que fueron categorizados a posteriori.

Diseño muestral y criterios utilizados para las mujeres

Se consideró inicialmente una muestra de 1500 mujeres (puérperas y usuarias de ginecología). El criterio seguido por el equipo técnico en virtud de los acuerdos alcanzados con las autoridades sanitarias correspondientes, fue considerar 4 departamentos del interior (Paysandú, Rivera, Soriano, Cerro Largo), algunas policlínicas de la red de

atención en salud de la IMM, algunos centros de salud de la RAP de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Hospital Canzani del BPS en Montevideo. Este aspecto determinó que la muestra probabilística finalmente llevada adelante no sea representativa del total de servicios de la IMM o de la RAP, así como tampoco del sistema público en el interior. Se trata de una muestra representativa de los servicios incluidos en el estudio. Este aspecto es fundamental para el posterior análisis y los alcances de los resultados. Se debe considerar que el procedimiento de muestreo seguido es como si se tuviesen muestras independientes en cada centro, lo que obviamente impacta en los márgenes de error que se pueden considerar en cada caso.

Por otra parte, el criterio de distribución realizado en cada servicio se hizo en forma proporcional al volumen de consultas. Con respecto a este último punto es fundamental hacer algunas aclaraciones que obligaron a manejar ciertos criterios técnicos. Se buscó disponer de la información de cada centro participante de forma exhaustiva, de manera de poder tener un marco muestral de lista, de donde poder construir el diseño muestral y sortear la muestra. Este procedimiento no se logró debido a las limitaciones y modalidades de registro en los servicios de salud, lo cual obligó a hacer la distribución por centro en función del volumen de consultas y no de las consultantes. Es de suponer que en cada servicio y según sea el perfil de la consultante (usuaria y/o puérpera) la cantidad de consultas de cada mujer es diferente, lo cual tiene un impacto directo en el tratamiento estadístico de la información. Por tratarse de una muestra probabilística los resultados luego deben ser expandidos a la población sobre la cual se quieren inferir los resultados encontrados, lo que se logra teniendo en cuenta el diseño muestral en uso. El peso muestral o factor de expansión de cada encuestada (es decir la importancia que se le da a la unidad muestreada) depende directamente de la probabilidad con que fue seleccionada, donde habitualmente para evitar cálculos engorrosos, se trata de tener un diseño "auto-ponderado", en la que cada encuestada tiene el mismo peso, lo que se hubiese logrado por ejemplo al disponer del marco de lista de usuarias de cada centro. La muestra se distribuyó en forma proporcional a la cantidad de policlínicas (horarios de atención) de cada centro para luego seleccionar las mujeres finalmente concurrentes en ese día y hora. Si una mujer encuestada consulta tres veces en el último trimestre porque está en control de embarazo tiene más probabilidades de ser seleccionada que una mujer que esta consultando una vez de rutina con su ginecólogo. Esta situación hace que al expandir los resultados, el peso muestral deba ser diferente, presentando una dificultad extra, que es su cálculo. Para ello se solicitó a la dirección del servicio la información de la cantidad de consultas de cada mujer encuestada en ese servicio y de ese modo ajustar los pesos muestrales pero casi en la totalidad de los centros no se logró conseguir esa información. Ello exigió considerar dos opciones posibles:

1. Ofrecer resultados a nivel de las consultas y no de usuarias.
2. Conseguir las tasas de consultas de cada usuaria a posteriori de la recogida del dato. Existen muchas formas de poder estimar esta información en forma indirecta, de las cuales se optó por una "ad hoc" que consiste en tomar una sub-muestra para luego poder estimar la distribución de la tasa de consultas que se considera asociada a características socio demográficas y del servicio considerado.

Se optó por la segunda alternativa, por lo cual el procedimiento seguido fue mediante una sub-muestra del 20% del total de mujeres encuestadas a través de un muestreo sistemático, habiendo previamente ordenado la muestra original por centro, por policlínica (horario de consulta) en cada centro y dentro de cada policlínica por número de documento, lo cual está más o menos asociado a la edad de la encuestada. De esta manera se recoge, lo mejor posible, la estructura de la muestra original.

Se debe subrayar que los pesos muestrales finalmente usados para usuarias y los usados para puérperas no se pueden combinar directamente (lo que equivale hacer un promedio simple) ya que eso supone pensar que los tamaños de las poblaciones son iguales y esto se desconoce, si bien a priori las magnitudes tienen que ser necesariamente diferentes. Teóricamente si se quisiese tener cuadros únicos se debería tener una idea de los tamaños poblacionales de usuarias y de puérperas, para incorporarlo al diseño muestral, lo que generaría los correctos expansores.

Se obtuvo una muestra de 1.396 casos de los cuales 301 fueron mujeres en puerperio inmediato y 1.095 usuarias de ginecología y de obstetricia. La muestra de puérperas (301 casos) se distribuyó de la siguiente manera en los servicios incluidos:

Cuadro 2: Distribución de Nro y % de encuestadas puérperas según servicio

Centro	Nº Encuestadas	(%)
Hospital Canzani, Montevideo	193	64
Hospital Paysandú	44	15
Hospital Mercedes	20	7
Hospital de Rivera	28	9
Hospital Melo	16	5
Total Resultado	301	100

Para el caso de las mujeres usuarias de ginecología y obstetricia (1095 casos), la distribución fue la siguiente:

Cuadro 3: Distribución de Nro y % encuestadas según centro de atención

Centro de atención	Nº Encuestas	(%)
C.S. Ciudad Vieja	53	5
C.S. Misurraco	67	6
C.S. Sayago	44	4
C.S. Giordano	119	11
Pol. Casabó	95	9
Pol. Inve16	67	6
Pol. Lavalleja	40	4
Pol. Pta. Rieles	58	5
Hospital Melo	217	20
Hospital Rivera	88	8
Hospital Mercedes	115	11
Hospital Paysandú	132	12
Total Resultado	1095	100

Finalmente señalar que la elaboración de muestras que permitan hacer un seguimiento de series anuales comparando resultados representa un esfuerzo gigantesco, que no sólo depende de recursos económicos y/o de la voluntad institucional de los servicios de participar en el estudio. En este caso se vio constreñido por las carencias en el sistema de registros de consultas de los servicios de salud, hecho que torna sumamente costosa la recolección de información representativa del universo real de usuarias de dichos servicios. El Observatorio resalta como un hecho negativo la carencia en la disponibilidad de un sistema íntegro de registro de usuarios/as de servicios de salud, pues su existencia no sólo mejoraría las condiciones para la investigación y el desarrollo, sino que – muy posiblemente – redundaría en sistemas más eficientes en el área de la gestión integral de dichos servicios. Debido a estas consideraciones debe quedar claro que la intención del estudio realizado por el Observatorio en el 2009, no consiste tanto en comparar los resultados con respecto al año anterior sino que más bien el esfuerzo se concentró en el perfeccionamiento del criterio técnico con el cual se instrumentó la recogida de la información producida de modo de obtener datos más consistentes.

Criterio muestral profesionales

Para el caso de los profesionales, se tomó como criterio de inclusión a médicos ginecotocólogos y parteras por considerar que estos profesionales ocupan un lugar central en la implementación de las normativas y guías clínicas vigentes en SSR. Se consideró la posibilidad de incluir otros integrantes de los equipos de salud: enfermería, psicología y trabajo social pero se valoró que ello exigía elaborar un diseño de otro tipo que ameritaba un estudio específico para cada tipo de profesión, lo cual se proyecta para el año 2010.

El formulario autoadministrado a profesionales fue distribuido en sobre cerrado a la totalidad de ginecotocólogos y parteras de cada servicio quienes recibían un nuevo sobre para la entrega del formulario una vez completado. Se distribuyó un total de 183 formularios y se obtuvo un 83 % de respuesta (152 profesionales). Esto representa el 68 % del total de profesionales actuantes en los servicios incluidos en el estudio.

Corresponde consignar que debido al cambio en el criterio de muestreo desarrollado – de una muestra de conveniencia utilizada en el 2008 se pasa a una de tipo probabilística en el 2009 –, los resultados no son comparables de un año al otro, pero sí se logran menores márgenes de error en el análisis de la realidad de cada centro participante del estudio.

Cuadro 4: Distribución de profesionales según servicio

Tabla con abordaje a profesionales				
	Realizado			
Centro	Si	No	Sin datos	Total Resultado
Hospital Canzani	54	20	30	104
C. S Ciudad vieja	5			5
C. S Giordano	5	1		6
Hospital de Melo	16	5		21
Hospital de Mercedes	11	1		12
Hospital de Paysandú	32	1		33
Hospital de Rivera	18			18
Policlínica Lavalleja	1			1
C. S Misurraco	9	4		13
Policlínica Punta de rieles	1			1
C. S Sayago			9	9
Policlínica INVE 16			1	1
Policlínica Casabó			1	1
Total Resultado	152	31	41	225

RESULTADOS



En este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos. Su presentación se realizará en función de cada uno de los temas (módulos) incluidos en los distintos instrumentos de las técnicas utilizadas. En la estrategia de análisis se buscó contrastar las distintas fuentes de información y colocarlas en diálogo a los efectos de obtener resultados más compactos para cada uno de los temas.

Los resultados se organizan de la siguiente manera: se presenta información sobre características de la población incluida, mujeres y profesionales y posteriormente se presentan los datos para los siguientes temas:

1. **Anticoncepción reversible y no reversible**
2. **Violencia doméstica y sexual**
3. **Atención del embarazo y parto**
4. **VIH-sida**
5. **Atención de pre y post aborto**
6. **Cáncer genito-mamario**
7. **Satisfacción y calidad en los servicios**

A su vez, los resultados se presentan para el caso de las mujeres distinguiendo entre las respuestas obtenidas en mujeres en puerperio y en mujeres en consulta de ginecología / obstetricia. Teniendo en cuenta lo ya consignando en la sección correspondiente al diseño muestral, para la elaboración de cuadros que corresponden a usuarias y puérperas se decide presentar los resultados considerando por separado ambas poblaciones. Ello responde a que se las debe tratar como muestras independientes y por ello no es posible unificar los totales poblacionales de cualquier variable que se quiera analizar.

Características de las mujeres encuestadas

Se realizó un total de 1.396 encuestas a mujeres: 1095 a mujeres en consulta de ginecología y obstetricia y 301 a mujeres internadas en el puerperio inmediato. De este total, 658 pertenecen a servicios del interior y 738 a servicios de Montevideo.

El siguiente cuadro ilustra la distribución de la muestra por edades, como podrá observarse bastante más de un tercio de las usuarias tienen 25 años o menos (40 %), mientras que en las puérperas este porcentaje se eleva al 61.8 %. Es interesante resaltar que cuando se analiza por separado la muestra de mujeres en situación de puerperio inmediato, un 29.2 % son menores de 20 años mientras que a nivel de usuarias este porcentaje se ubica en el 15.4 %.

Cuadro 5: Distribución de Nro y % encuestadas por tipo de usuaria según edad

Tramos de edad	Usuaris		Puérperas	
	Nº Encuestadas	(%)	Nº Encuestadas	(%)
Menos de 20	169	15,4	88	29,2
21 a 25	269	24,6	98	32,6
26 a 30	206	18,9	54	17,9
31 a 35	194	17,7	36	12
36 o mas	257	23,4	25	8,3
Total Resultado	1095	100	301	100

En cuanto a la autopercepción racial un 14.7 % de las usuarias y un 6.6 % de las puérperas declaró pertenecer a afro o negra. 79.5 % de usuarias y 85.4 % de puérperas, blanca. 3 % de usuarias y 1.7 % de puérperas, amarilla. Finalmente, 2.6 % de usuarias y 5.3 % de puérperas declaró ascendencia indígena. Esta distribución se desvía un poco de la tendencia general de la autopercepción étnica racial del país según el informe de INE (2006), donde las etnias no blancas no superan el 10 % del total de la población. En nuestro estudio, éstas representan el 20.3% de las usuarias y el 13.6% de las puérperas.

Para medir el nivel socioeconómico se utilizó el Índice de Nivel Socioeconómico (INSE), validado por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República en el año 2006. Este índice en su versión reducida incluye ocupación de la persona que aporta los mayores ingresos al hogar, presencia de personas con estudios universitarios en el hogar, número de perceptores de ingreso y la posesión de servicios y electrodomésticos así como de tarjeta de crédito internacional.

En cuanto al nivel socioeconómico, estas mujeres pertenecen en un porcentaje elevado al nivel bajo (58.2 %, usuarias y 62.8 % puérperas) y al medio – bajo (23.3 % usuarias y 20.3 % puérperas), lo cual debe considerarse en relación al perfil de mujeres usuarias de servicios públicos en el total del país.

Cuadro 6: Distribución de Nro y % encuestadas por tipo de usuaria según nivel socioeconómico

Estrato Socioeconómico	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Alto	1	1,7
Medio-Alto	4,3	2,7
Medio-Medio	13,2	12,6
Medio-Bajo	23,3	20,3
Bajo	58,2	62,8
Total Resultado	100	100

Características de la población profesional encuestada

Se encuestó un total de 152 profesionales. De ese total, 49 % pertenecen a Montevideo y 51 % restante a servicios del interior del país. En cuanto a la distribución por sexo, 75 % son mujeres y 25 % son varones.

El siguiente cuadro muestra la distribución por tipo de profesión:

Cuadro 7: Distribución de la muestra profesionales según tipo de profesión

Especialidad	Nº Encuestados	(%)
Médico/a Ginecólogo/a	66	43
Otra: Médico de familia	6	4
Partera	76	50
Residente	4	3
Total	152	100

Del total de la muestra, 50 % son médicos ginecólogos, de familia o residentes de medicina y 50 % parteras. Cuando se analiza por sexo, se puede observar que una amplia mayoría de profesionales ginecólogos son varones (87 %).

Cuadro 8: Distribución de muestra profesionales por sexo según tipo de profesión

Tipo de profesión Especialidad	Sexo Femenino (%)	Sexo Masculino (%)
Médico/a Ginecólogo/a	29	87
Otra: Médico de familia	4	3
Partera	67	0
Residente	0	11
Total Resultado	100	100

En cuanto a los años de ejercicio profesional, 19 % tenía hasta cinco años, 12 % entre 6 y 10 años y la amplia mayoría (69 %) más de 10 años de ejercicio.

Cuadro 9: Distribución de muestra profesionales según años de ejercicio profesional

Años de ejercicio	Nº Encuestados	(%)
Hasta 5	29	19
De 6 a 10	18	12
Mas de 10	105	69
Total Resultado	152	100

1. ANTICONCEPCIÓN

Desde la perspectiva de las mujeres

Conocimiento de las normas en anticoncepción

Uno de los objetivos del estudio fue indagar si las mujeres conocían las normativas vigentes en el país en SSR¹ incluidas en la Ley 18.426 (11/2008), las cuales garantizan el acceso a la atención y los derechos reproductivos. Entre estas normas se encuentran aquellas vinculadas al acceso a la anticoncepción reversible y no reversible. La pregunta incluida en el cuestionario permite una primera respuesta espontánea y en un segundo momento, de tipo inducida. Si analizamos las respuestas espontáneas, el porcentaje de mujeres usuarias de ginecología que mencionaron el derecho a acceder a MAC gratuitos fue el 17 % y del 6.3 % en puérperas. Esta diferencia se podría explicar por la propia situación de puerperio de las mujeres que podría sesgar el tipo de respuesta espontánea. Estos porcentajes se elevaron notablemente ante la pregunta directa sobre el conocimiento de este derecho, ubicándose en 79 % y 82,7 %, respectivamente.

Cuadro 10: Distribución por tipo de usuaria según conocimiento a acceso a MAC,s

	Usuaris	Puérperas
Mención espontánea	17	6,3
Reconocimiento del derecho ante la pregunta	79,1	82,7
Desconocimiento total	3,9	11
Total	100	100

El conocimiento del derecho al acceso a la ligadura tubaria por sola voluntad fue bajo en la respuesta espontánea (2.7 %) tanto en usuarias como en puérperas. Ante la pregunta inducida, estos porcentajes se elevaron 51.9 % en usuarias y 40.2 % en puérperas. Un elevado porcentaje no tiene conocimiento sobre este derecho (45.5 % y 57.1 %, respectivamente).

Cuadro 11: Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de ligadura tubaria por sola voluntad de la mujer

Conocimiento de ligadura tubaria por sola voluntad de la mujer	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Mención espontánea	2,7	2,7
Reconocimiento del derecho ante la pregunta	51,9	40,2
Desconocimiento total	45,5	57,1
Total	100	100

¹ Ver Anexos 2 y 3. Cuadros sobre el conocimiento de normativas en SSR; en mujeres.

O

El Observatorio llama la atención sobre el bajo conocimiento de las mujeres sobre el derecho a acceder a la ligadura tubaria por su sola voluntad.



Acceso y uso de métodos anticonceptivos regulares

Ante la pregunta sobre uso de MAC, los resultados obtenidos fueron interesantes en términos de que un porcentaje elevado tanto de usuarias como de puérperas manifestó utilizarlos habitualmente.

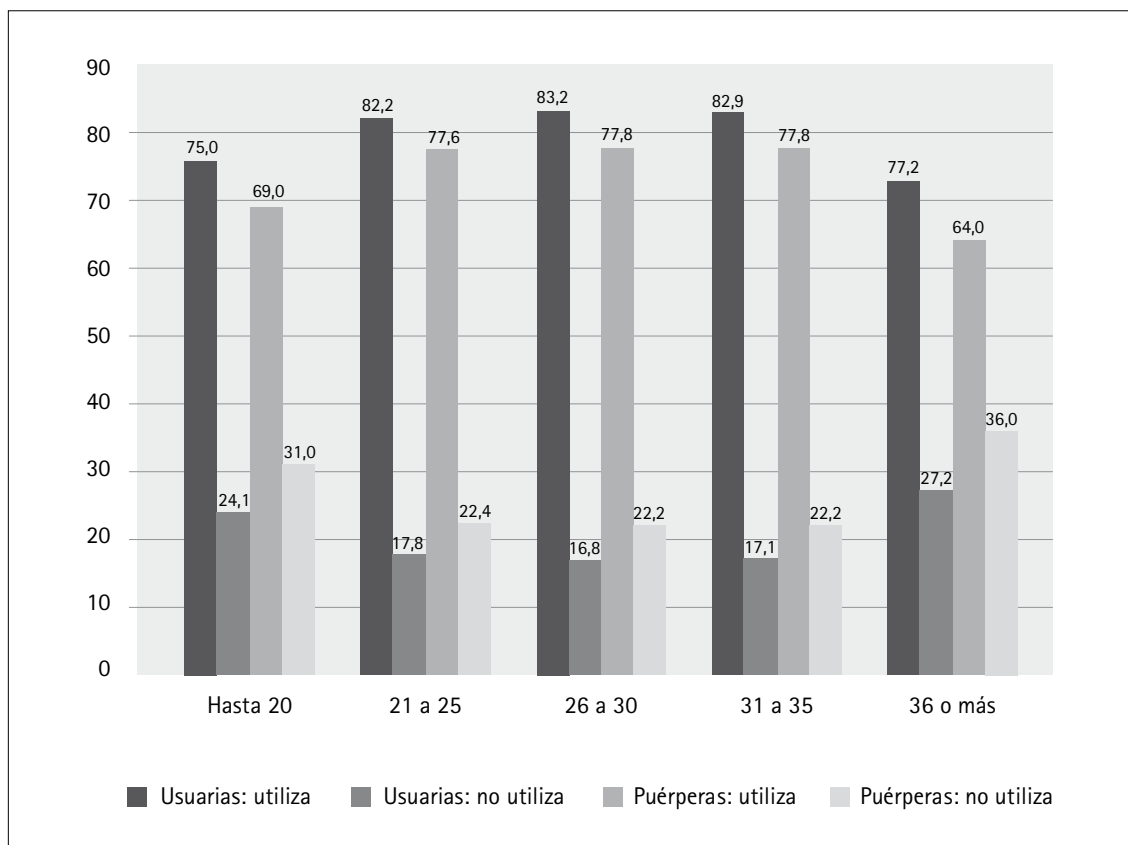
Cuadro 12: Distribución por tipo de usuaria según Utilización habitual de MAC en

Utilización habitual	Usuarias (%)	Puérperas (%)
Si	79,3	74
No	20,7	26
Total Resultado	100	100

Si bien las muestras obtenidas en 2008 y en este año no son estrictamente comparables, este dato marca una diferencia importante respecto a los resultados obtenidos en el 2008, donde aproximadamente el 60 % declaró utilizar métodos (MSYU, 2008) frente a más del 70% en el 2009 tanto en usuarias como en puérperas. Esta diferencia se podría explicar por el hecho de que el año pasado la muestra incluyó a mujeres del subsector público y del subsector privado. A su vez, en el 2009 hubo una mayor presencia de usuarias del primer nivel de atención con relación al año anterior donde la muestra se conformó con usuarias de nivel hospitalario y solamente dos del primer nivel. Otra hipótesis podría estar relacionada con una mayor difusión de los MAC, en particular respecto al acceso al DIU, el cual vio incrementado su uso en este año.

El gráfico siguiente ilustra la distribución por edades en el uso de métodos anticonceptivos, siendo los dos extremos de la escala (las adolescentes y las mayores de 36 años) quienes utilizan menos en comparación al resto de los tramos etáreos.

Grafico 1: Uso habitual de métodos anticonceptivos según edades



En cuanto al tipo de método utilizado por las mujeres que reportaron afirmativamente hacerlo, el más utilizado son los anticonceptivos orales (51 % en usuarias y 58 % en puérperas), seguido del preservativo masculino (28 % en ambas poblaciones) y por el DIU (22 % en usuarias y 14.4 % en puérperas).

Cuadro 13: Distribución por tipo de usuaria según Tipo de MAC utilizados por usuarias que refieren uso habitual

Métodos Anticonceptivos	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Condomes masculinos	27,9	27,5
Pastillas anticonceptivas	51,1	58,1
DIU	22,8	14,4
Anticoncepción de emergencia	1	1,4
Otros	4,2	2,3
Total	100	100


No se observaron diferencias notorias entre las usuarias de los servicios incluidos de Montevideo y del interior en cuanto al tipo de método utilizado.

Las mujeres que declararon utilizar MAC, más de la mitad de usuarias y de púerperas manifestaron que les fue indicado en el servicio de salud (65.4 % y 58.4 % respectivamente), mientras que aproximadamente 4 mujeres de cada 10 expresaron que no. Sin embargo, las autoridades sanitarias han garantizado, en el año 2009, la disponibilidad de métodos anticonceptivos para todos los servicios públicos de salud.


Cuadro 14: Distribución por tipo de usuaria según Indicación de MAC en el servicio de salud en usuarias que reportan uso habitual


Indicación en Centro	Usuarias (%)	Puerperas (%)
Si	65,4	58,4
No	34,6	41,63
Total	100	100

Respecto a quienes declararon no usar método alguno (o no hacerlo últimamente), los motivos aducidos fueron: deseo de embarazo (45.2 %), inactividad sexual (9 %), infertilidad (8.6 %), no deseo de uso por parte de la pareja (3 %).




El Observatorio celebra que un elevado porcentaje de mujeres declaran utilizar métodos anticonceptivos, si bien existe un porcentaje importante que manifiesta que el mismo no fue indicado en su servicio de salud.





El Observatorio llama la atención sobre la baja utilización del condón lo que permite suponer una reducida utilización de la doble protección para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)



Anticoncepción de emergencia (AE)

En cuanto a la AE, se indagó acerca de la información recibida por el profesional tratante respecto a este recurso. Ante la pregunta de si "¿Alguna vez su médico le habló sobre la AE?", un 69 % de usuarias de ginecología

y obstetricia y un 74 % de puérperas respondieron negativamente. Al analizar las respuestas por región, existe una diferencia de 10 puntos entre Montevideo e interior, siendo las mujeres de la capital quienes recibieron más información sobre este método.

El bajo conocimiento y acceso a la AE que manifestaron las mujeres se corresponde con las débiles estrategias institucionales para su adecuada difusión y entrega. Los directores de los servicios expresaron que para su acceso se solicita receta dada en el marco de la consulta ginecológica y que la misma no está habitualmente disponible en la emergencia de los hospitales. El bajo acceso a la AE no está relacionado con la falta de insumos ya que este recurso está disponible en los stocks de los servicios sino con los procedimientos institucionales para su distribución a las usuarias. Esto fue corroborado a través de la aplicación de la pauta de observación en los servicios. Por su parte, por los datos arrojados por la encuesta a mujeres, los profesionales no informan a las usuarias o lo hacen de manera muy parcial. También llama la atención que no haya diferencias de importancia en las respuestas según tramos etáreos, tomando en consideración que la AE es un recurso que debería ser recomendado, especialmente, hacia la población adolescente y joven.

Aquellas mujeres que declararon recibir información sobre AE conocen su utilización ante situaciones tales como sexo sin protección, ruptura de preservativo y olvido de ACO. Menos del 3 % refirió situaciones de violencia sexual.

O

El Observatorio llama la atención sobre el muy bajo porcentaje de mujeres que refirieron haber sido informadas sobre anticoncepción de emergencia en la consulta. Menos del 3 % de ellas hizo mención a la violencia sexual como una situación en la cual se puede utilizar AE.



Dispositivo Intra Uterino (DIU)

En cuanto al acceso a DIU, 34.6 % de usuarias y 21.3 % de puérperas solicitó su colocación en el centro de salud donde se atiende habitualmente. De ellas, al 81 % de usuarias se lo colocaron. Sin embargo, en puérperas ese porcentaje descendió notablemente, sólo el 58 % respondió afirmativamente. La distribución de las respuestas según Montevideo e interior no presenta diferencias de considerables magnitudes.

El siguiente cuadro muestra la distribución porcentual de solicitud de colocación de DIU por tramos etáreos en usuarias y en puérperas. Los porcentajes más elevados de demanda de DIU se ubican en mujeres mayores de 21 años, siendo las adolescentes las que menos lo han solicitado.

Cuadro 15: Distribución de solicitud de colocación de DIU en usuarias por edades

Solicitó	Usuaris (%)		Púérperas (%)	
	Si	No	Si	No
Hasta 20 años	14,1	85,9	8	92
21 a 25 años	32,6	67,4	21,4	78,6
26 a 30 años	38,7	61,3	31,5	68,5
31 a 35 años	46,8	53,2	36,1	63,9
36 o mas años	37,6	62,4	24	76

Los resultados sobre acceso al DIU no difieren significativamente respecto a 2008, si bien hay un mayor reporte del uso de este método. Sin embargo, hay un porcentaje importante de púérperas (42.2 %) que no lo obtuvo en su centro de salud. Se debe tomar en consideración que se trata de un MAC que está disponible en los servicios públicos de manera gratuita. Por lo cual su no colocación no puede adjudicarse a la falta de insumos para ello.



El Observatorio señala con preocupación el alto porcentaje de mujeres en puerperio que no obtuvo respuesta de su centro de salud para la colocación del DIU.



RESULTADOS

Ligadura Tubaria

Respecto a la ligadura tubaria el formulario indagó acerca del conocimiento de las mujeres de este procedimiento no reversible, de las normativas vigentes que protegen el derecho de la mujer a solicitar la ligadura por su sola voluntad siendo mayor de 21 años y el acceso a la misma en caso de haber optado por este método.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que 76.5 % de las usuarias y el 75.5 % de púérperas, independientemente de su edad, conocen el procedimiento de la ligadura tubaria. Como puede observarse en el siguiente cuadro en todos los tramos de edad, las mujeres manifestaron mayoritariamente conocer este método.

Cuadro 16: Distribución por tipo de usuaria y Conocimiento de ligadura tubaria en usuarias según tramos etarios

Conocimiento ligadura tubaria	Usuaris (%)		Puérperas (%)	
	Si	No	Si	No
Hasta 20 años	72,2	27,8	64,8	35,2
21 a 25 años	73	27	74,5	25,5
26 a 30 años	73,9	26,1	83	17
31 a 35 años	83,5	16,5	79,4	20,6
36 o más años	79,8	20,2	96	4
Total	76,5	23,5	75,5	24,5

Respecto a la pregunta acerca de si habían solicitado alguna vez el procedimiento, el siguiente cuadro ilustra la distribución por edades de las respuestas. En este caso, como puede observarse existen notorias diferencias según el tramo etáreo. Las mujeres adolescentes fueron quienes menos lo solicitaron. Es importante registrar que en todos los tramos etáreos las puérperas fueron quienes más solicitaron la ligadura tubaria. Así se puede observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 17: Distribución por tipo de usuaria y solicitud de ligadura tubaria según tramos de edad

Solicitud ligadura tubaria	Usuaris (%)		Puérperas (%)	
	Si	No	Si	No
Hasta 20 años	0,8	99,2	5,3	94,7
21 a 25 años	6,1	93,9	18,1	81,9
26 a 30 años	18,4	81,6	29,5	70,5
31 a 35 años	15,4	84,6	33,3	66,7
36 o más años	2	74	25	75
Total	14,3	85,7	25	75

Cuando se analiza la información recogida sobre el acceso a la ligadura, es decir, del total de usuarias (14.3 %) y de puérperas (25 %) que lo solicitaron que porcentaje de ellas accedieron efectivamente, los resultados muestran que 19.7% de usuarias y un 51.8 % de puérperas declararon no haber accedido.

Las respuestas obtenidas de las mujeres en puerperio deben llamar a la reflexión sobre las prácticas en los servicios de salud. Si estas mujeres solicitaron en algún momento ligadura tubaria y su pedido no fue resuelto por el sistema de salud, el reciente embarazo, ¿puede ser considerado como consecuencia de la falta de acceso al procedimiento?

En diciembre de 2006, el MSP lanzó el comunicado al cuerpo médico en el cual se establecen los requisitos para el acceso a la ligadura tubaria y la vasectomía. El comunicado establece que toda mujer o varón, de 21 años y más, con plenas capacidades intelectuales y psíquicas, tienen derecho al acceso a estos procedimientos por su sola voluntad y mediante la firma de un consentimiento informado.

Se preguntó a las mujeres que solicitaron la ligadura, cuales fueron los requisitos planteados por el servicio de salud: para la muestra de usuarias, 13 % declaró que se le pidió su sola firma, 17 % se le solicitó la firma de su pareja, 26 % que ambos firmen el consentimiento y 43.5 % no se le solicitó ningún requisito. Mientras que para la muestra de puérperas los resultados fueron, 76 % su sola firma y 20.7 % declaró que se le pidió la firma de su pareja.

Este dato es relevante a los efectos de conocer el grado de implementación del comunicado al cuerpo médico en las instituciones. Parecería que existe desconocimiento y/o resistencia por parte de los servicios de salud o del personal en reconocer el derecho de la mujer por su sola voluntad a tomar la decisión sobre la anticoncepción no reversible.

O

El Observatorio llama la atención sobre las barreras que persisten para la aplicación del decreto sobre ligadura tubaria, al identificar que un porcentaje de mujeres declara que el profesional tratante le ha solicitado la firma del consentimiento por parte de la pareja.

X

Desde la perspectiva de los profesionales

Se indagó en los profesionales sobre el grado de conocimiento de distintas normativas y guías clínicas en SSR.² Respecto a la anticoncepción se preguntó por dos normas en particular: 1) Normas en Anticoncepción: métodos reversibles (MSP, 2005) y 2) Comunicado al cuerpo médico sobre ligadura tubaria y vasectomía (MSP, 2006).

Esa información se analizó en función de los años de ejercicio profesional de los encuestados y según el tipo de profesión. En términos generales se pudo observar que los profesionales declaran conocer ambas normas en porcentajes superiores al 60 %. Para el primer caso, el análisis muestra que los profesionales con 5 años o menos de ejercicio declaran un mayor conocimiento (72.4 %), mientras que para la segunda, la ligadura tubaria, este porcentaje desciende al 55.6 %. No se observaron diferencias relevantes según el tipo de profesión.

2. Ver Anexos 4 y 5. Cuadro de conocimiento de normativas y guías clínicas en SSR, en profesionales.

Métodos reversibles

Cuadro 18: Distribución en profesionales por años de ejercicio según Conocimiento sobre Normas en Anticoncepción Reversible

Normas Anticoncepción Reversible	Hasta 5 años (%)	De 6 a 10 años (%)	Mas de 10 años (%)	Total general (%)
Muy conocida	72,4	66,7	63,8	65,8
Algo conocida	27,6	16,7	31,4	29
No conocida	0	5,6	2,9	5,2
Total	100	100	100	100

Se indagó acerca de las actitudes de los profesionales respecto a la colocación de DIU en el caso de mujeres que no presentan contraindicaciones de acuerdo a la Guía en SSR, Métodos reversibles. El siguiente cuadro muestra la distribución porcentual respecto a las actitudes entre quienes recomiendan su uso, según el tipo de profesión:

Cuadro 19: % de profesionales por tipo de profesión según Actitudes frente a la colocación de DIU

Se lo colocaría a mujeres ...					
	Médico/a ginecólogo/a (%)	Partera (%)	Residente (%)	Otra: médico de familia (%)	Total general (%)
Perimenopáusicas	92,4	71,1	75	83,3	80,9
Nulíparas	50,0	39,5	0	66,7	44,1
Menores de 20 años	68,2	69,7	100	66,7	69,7
Obesidad	87,9	78,9	75	83,3	82,9
Mujeres de 20 años o más	89,4	82,9	100	83,3	86,2
Ectopia cervical (LRPO)	65,2	31,6	75	16,7	46,7

La mitad de los profesionales manifestó que no colocaría DIU a mujeres nulíparas sin contraindicaciones aún cuando la OMS establece que puede utilizarse, siendo mayores las ventajas que los inconvenientes (MSP, 2005). Es importante subrayar la diferencia en las actitudes según el tipo de profesión, siendo las parteras quienes manifestaron una menor adhesión a las pautas establecidas por el MSP. Si bien las parteras no colocan DIU, la pregunta apuntaba a conocer las actitudes ante la posibilidad de hacerlo.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, un porcentaje elevado de profesionales declaró haber recibido el pedido de uso por parte de las mujeres. Entre tanto, un porcentaje menor, pero de todas formas mayor a la mitad (57,9%), refirió informar a las mujeres sobre este recurso. Se observa aquí una discordancia muy importante con lo que reportaron las mujeres en este mismo estudio, quienes en amplia mayoría indicaron no recibir información al respecto.

Cuadro 20: % de profesionales por años de ejercicio según de recepción de solicitud de AE

¿Alguna mujer le ha solicitado AE?				
	Hasta 5 años (%)	De 6 a 10 años (%)	Más de 10 años (%)	Total general (%)
Si	93.1	72.2	78	80.3
No	6.9	22.2	21	18.4
No contesta	0	5.6	1	1.3
Total	100	100	100	100

Cuadro 21: % de profesionales por años de ejercicio según información sobre AE a las usuarias

¿Brinda información sobre AE?				
	Hasta 5 años (%)	De 6 a 10 años (%)	Más de 10 años (%)	Total general (%)
Si, a la mayoría	79.3	50	53.3	57.9
Sí, a las que lo solicitan	20.7	27.8	36.2	32.2
No	0	11.1	8.6	7.2
No contesta	0	11.1	1.9	2.6
Total	100	100	100	100

El siguiente cuadro ilustra las situaciones reportadas por los profesionales en las cuales declararon indicar AE. Como podrá observarse en una amplísima mayoría (93.4 %) los profesionales manifestaron indicar AE ante un coito sin protección y no deseo de embarazo en la mujer. Este porcentaje desciende, si bien es elevado, ante situaciones de violencia sexual (85 %) y desciende nuevamente ante falla en el uso de otro MAC (70 %). Ningún profesional expresó estar en desacuerdo con indicar AE. No se registraron diferencias relevantes según años de ejercicio profesional. En discordancia con esta información, la amplia mayoría de las mujeres reportaron no recibir información sobre AE en la consulta.

Cuadro 22: % de profesionales por años de ejercicio según Indicación de AE

¿En qué situaciones indica anticoncepción de emergencia?	De 6 a 10 años (%)	Hasta 5 años (%)	Más de 10 años (%)	Total general (%)
En mujeres víctimas de violencia sexual	88,9	93,1	88,9	84,9
Si tuvo un coito sin protección y no desea embarazos	88,9	96,6	88,9	93,4
Si la mujer tuvo fallas con otro método anticonceptivo	61,1	82	61,1	69,7
No está de acuerdo con la anticoncepción de emergencia en ningún caso	0	0	0	0
No contesta	5,6	3,4	5,6	4,6
Total	100	100	100	100

Métodos no reversibles

La pauta a profesionales también incluyó una serie de preguntas acerca de la información, conocimiento y aplicación de los criterios establecidos desde las autoridades sanitarias para los métodos no reversibles.

Cuadro 23: % de profesionales por años de ejercicio según Conocimiento sobre Comunicado al cuerpo médico

Comunicado al cuerpo médico Ligadura tubaria	Hasta 5 años (%)	6 a 10 años (%)	Más de 10 años (%)	Total general (%)
Muy conocida	55,6	62,1	64,8	63,2
Algo conocida	27,8	34,5	26,7	18,3
No conocida	5,6	3,4	5,7	8,6
Total	100	100	100	100

Se preguntó a los profesionales si habían recibido solicitudes de ligadura tubaria por parte de las usuarias. Las diferencias según años de ejercicio son importantes a favor de aquellos con más años.

Cuadro 24: % de profesionales por años de ejercicio según reporte de solicitud de ligadura tubaria

¿Alguna mujer le ha solicitado ligadura?				
	Hasta 5 años (%)	De 6 a 10 años (%)	Más de 10 años (%)	Total general (%)
Si	62	50	71	67
No	34	33	25	28
No contesta	4	17	4	5
Total	100	100	100	100

Al ser preguntados por las situaciones en las cuales no indicarían ligadura tubaria, un tercio de los profesionales ginecólogos opinaron que si desconocen la voluntad de la pareja de la mujer no realizarían la ligadura. Este dato puede entenderse como una de las resistencias a reconocer el derecho a decidir de las mujeres por la anticoncepción no reversible por su propia voluntad. En segundo lugar, el personal de ginecología ubicó la edad de la mujer, cuando es menor de 30 años (27.3 %) como una situación en la que no indicaría la ligadura, siendo que el decreto establece 21 años o más. Dos de cada 10 ginecólogos no realizarían una ligadura tubaria si la pareja de la mujer no da su consentimiento, a pesar de que el decreto establece que con la sola firma de la mujer es suficiente para realizarlo.


Cuadro 25: % de profesionales por tipo de profesión según Casos en los cuales no realizaría ligadura tubaria

Casos	Médico/a ginecólogo/a (%)	Partera (%)	Residente (%)	Otra: médico de familia (%)	Total (%)
La mujer tiene hijos del mismo sexo	13,6	13,2	0	16,7	13,2
La mujer es menor de 30 años	27,3	19,7	0	16,7	22,4
La mujer tiene 2 hijos o menos	18,2	17,1	0	33,3	17,8
Su pareja no da su consentimiento	19,7	14,5	0	16,7	16,4
La mujer es soltera	13,6	18,4	0	50,0	17,1
Se desconoce la voluntad de la pareja de la mujer	34,8	21,1	0	33,3	27
Ninguna de las anteriores, porque si lo piden, lo hago	6,1	6,6	75	0	7,9
No lo puedo hacer, pero estoy de acuerdo	0	1,3	0	0	0,7
Otros	15,2	17,1	0	0	15,1
No contesta	7,6	21,1	25	0	14,5
Total	100	100	100	100	100

Las diferencias importantes se reportaron según el tipo de profesión cuando las parteras refirieron en un 93 % no haber recibido solicitud alguna de ligadura tubaria. Si bien éstas no están entrenadas para realizar el procedimiento, llama la atención que las mujeres usuarias no se dirijan a ellas para hacer llegar su planteo.

O

El Observatorio señala con preocupación la persistencia de prácticas en los profesionales de la salud en relación a los métodos no reversibles que no siguen las indicaciones del comunicado de las autoridades sanitarias en el que se establecen claramente los criterios y procedimientos. Comunicado que los profesionales manifiestan conocer en un alto porcentaje.



Los servicios de salud y la anticoncepción

Para conocer la opinión de las direcciones de los servicios de salud se realizó un total de 17 entrevistas en profundidad en Montevideo y el interior del país. La pauta de entrevista se centró en políticas institucionales en función de los módulos incluidos en el formulario de encuestas aplicado a profesionales y usuarias. La pauta de observación intentó dar una visión objetiva de las estrategias utilizadas en cuanto a la difusión de normativas en salas de espera y consultorios, así como identificar barreras, si las hubiera, en los mecanismos de acceso a los anticonceptivos.

Se indagó sobre:

1. Métodos anticonceptivos (incluida la anticoncepción de emergencia) disponibles en cada centro y mecanismo de acceso.
2. Control y reporte de los anticonceptivos entregados, tanto de las policlínicas periféricas al centro de salud como desde el servicio al MSP.
3. Programas de promoción anticonceptiva dirigidos a varones y programa de promoción de la participación del varón en el ejercicio de la paternidad.
4. Política del centro/hospital con respecto a la anticoncepción definitiva y requerimientos para realizar una ligadura tubaria o vasectomía. Consentimientos informados.

Sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud los directores y/o coordinadores de los mismos, reportaron disponer de una canasta básica de métodos: anticonceptivos orales comunes y diferenciales para lactancia, inyectables, preservativos masculinos y dispositivos intrauterinos. Algunos servicios reportaron disponer de AE y de condones femeninos en escaso número. En los servicios de ASSE, los MAC se entregan de manera gratuita a sus usuarias. En el caso de la IMM, son gratuitos para aquellas que tienen carné de asistencia y se entregan a costo de reposición a cualquier montevideana que lo solicite.

Los mecanismos de acceso son sensiblemente diferentes en cada servicio. En el caso de las policlínicas de la IMM, los coordinadores manifestaron que recientemente se habían incorporado cambios. Desde 1996 la distribución de los métodos anticonceptivos en las policlínicas de la IMM estaba a cargo del Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), que depende de la Secretaría de la Mujer de la IMM y de la Dirección de la Salud. Este programa cumplía la función, entre otras, de suministrar los métodos anticonceptivos a las usuarias a costo de reposición. Según lo referido por los/as coordinadores desde mediados de 2009, la IMM comenzó a proveer MAC de forma gratuita a sus usuarias. Los requisitos de acceso son tener carné de asistencia y contar con la receta del método anticonceptivo proporcionada por el profesional que la atendió en el servicio municipal. De esa manera la usuaria tiene la posibilidad de retirarse de la consulta con el método elegido. A su vez, el PAIM atiende a mujeres que teniendo cobertura mutua de salud, asisten a la policlínica y compran el método anticonceptivo a costo de reposición.

“Durante mucho tiempo los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos estaban a cargo del Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), exclusivamente, a partir de hace cuatro o cinco meses la Intendencia empezó a tener anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos. Los preservativos siempre los tuvimos. Pero la condición que se puso para poder entregarlos es la de tener carné de asistencia. Que no era ese un requisito con el PAIM. En el PAIM podía venir cualquier persona y pagando un precio mínimo accede a cualquiera de ellos. Pero para los que vienen por parte de la Intendencia hay que tener carné de asistencia (...) Para mí es un programa muy bueno el PAIM que ha resuelto la vida de las personas que se atienden en el mutualismo y que no pueden acceder a la compra de anticonceptivos orales en farmacia, o a la colocación y compra de un DIU en la mutualista”.

El mecanismo de control de los métodos anticonceptivos gratuitos efectivamente entregados es común a todas las policlínicas de la IMM. Dicho control es llevado mediante una planilla periódica donde se anota la cantidad de recetas entregadas a las usuarias por el administrativo encargado de la farmacia. La policlínica cuenta con un stock de métodos que se van descontando a medida que son utilizados. Estos se reponen con una frecuencia semanal, a contra entrega de la receta médica a la farmacia central de la IMM, al igual que lo que sucede con otros tipos de medicamentos. De esta manera, queda un registro en la farmacia central de la IMM de la cantidad de métodos que son entregados en las policlínicas cada semana. No existe un procedimiento único que establezca la cantidad de ACO que se entrega a cada usuaria, esto depende del profesional tratante. Este puede recetar para un ciclo o para tres ciclos, lo cual depende de la valoración del estado de salud de la usuaria y si ha cumplido con los controles recomendados. La colocación del DIU se realiza en forma gratuita en todas las policlínicas, contemplando los requerimientos necesarios y tratando de evitar demoras. Los preservativos masculinos son entregados a demanda tanto a mujeres como a varones.

Por su parte, en los centros de salud de la RAP los mecanismos de acceso a los anticonceptivos orales es a través de receta médica previa consulta ginecológica. Para estos métodos existen dos tipos de receta: la de “agudos” en la que la receta médica tiene una validez de 30 días y que habilita un solo retiro y la receta de “crónicos” que tiene una validez de 90 días y que habilita tres retiros (uno por mes). En cuanto a los anticonceptivos de emergencia se entregan contra receta médica de “agudos” previa consulta ginecológica. Para el caso de los preservativos, el mecanismo es más flexible se entregan a través de la consulta con ginecólogo, con médico de familia, nurse o la partera. En el caso del dispositivo intrauterino (DIU) se coloca de manera gratuita previa coordinación con ginecología. En dos de los cuatro centros de salud de la RAP se dispone de preservativos femeninos, los cuales son entregados en el marco de un programa piloto.

La distribución de AE a través de receta médica y previa consulta constituye una barrera para el acceso a este MAC, tomando en cuenta sus características específicas. Así lo expresó uno de los directores:

“Sí, hay una limitante y es que se precisa receta, lo cual es un problema para centros como este que no cuentan con puerta de emergencia, porque justamente al ser de emergencia es algo que no se programa, ocurre nomás. Y hay plazo para que sea realmente efectivo...entonces se puede dar el problema de que le ocurra un accidente justo un día en el que no hay consulta ¿entonces quién le dispone la receta para que lo retire gratuitamente en farmacia?”

Los centros de la RAP disponen de un sistema informático mediante el cual se registra tanto el MAC que se entrega a cada usuaria así como la cantidad que se despacha de cada método. En cuanto a las policlínicas dependientes de estos centros cada técnico completa la receta pero los métodos son retirados en las farmacias de los centros RAP, exceptuando los preservativos que sí están disponibles en las policlínicas dependientes y cuyo retiro es registrado en una planilla. Este sistema informático realiza un reporte semanal al MSP y a ASSE de los métodos entregados y éste a su vez repone de modo tal que siempre haya en stock el doble de los que se entregó la semana anterior.

En el caso de los hospitales incluidos (interior y Montevideo) las usuarias deben contar con receta previa consulta con ginecólogo o en la policlínica de planificación familiar. En cuanto a los anticonceptivos orales en términos generales la cantidad que se le entrega a cada usuaria puede ser para un mes o para tres meses, dependiendo de la valoración que realiza el profesional que hace la indicación, en función del estado de salud de la usuaria y si ha cumplido con los controles recomendados. En cuanto a la colocación del DIU luego de optar por ese método en la consulta, se agenda el día para la colocación. La entrega de los métodos en algunos casos se realiza en la farmacia del hospital o centro de salud y en otros casos lo entrega una persona encargada (nurse o enfermera). Los hospitales y centros de salud departamentales tienen policlínicas dependientes a los que se les envía los MAC para la atención a sus usuarias/os y el mecanismo de acceso es el mismo. En algunos casos la entrega de anticonceptivos a las policlínicas se hace a través de una planilla que la nurse encargada entrega junto con el material. Esta planilla la retira con las anotaciones de entrega de anticonceptivos para después reponer el stock. El centro de salud o el hospital reportan al MSP la utilización de los MAC a través de las recetas de la indicación médica. El MSP repone al stock la cantidad de métodos utilizados. Como puede observarse el registro de distribución es manual y no se dispone de un sistema de información electrónico. En general expresaron no tener falta de stock de los distintos MAC. Si bien la discontinuidad en la disposición de algunos métodos generó trastornos importantes en el funcionamiento. Así lo expresó una entrevistada:

“P: Y siempre tiene stock en la policlínica

R: Ahora sí. Pero fue una tragedia y por eso nadie quería hacerse cargo porque venían incluso cambiaban las marcas entonces eso era un gran problema para los usuarios porque no era lo mismo usar los de doble, bueno no conozco mucho porque soy pediatra, pero de triple acción o de doble acción no se. Cambiaban unos por otro, los ginecólogos decían que había que tener cierto recaudo cuando se cambiaba de marca porque podía no ser efectivo. Era un bochinche aquello, ahora estamos más regularizados. Pero realmente era un dolor de cabeza por eso nadie quería la parte de anticoncepción, porque después nos caían páh llamaban de Montevideo bla bla bla, eran solo retos pero además no disponíamos de personal y realmente es complicado y hay que tener una persona sentada, es como una contabilidad que hay que llevar y no hay recursos para eso no destinaba un recurso para eso”.

O

El Observatorio alerta sobre la necesidad que los servicios de salud dispongan de un sistema de información, registro, procedimientos y mecanismos claros para la distribución de MAC a centros auxiliares y a la población usuaria, con el adecuado reporte a la autoridad sanitaria para su auditoría.



En cuanto a la anticoncepción no reversible, el abordaje varía según se trate de servicios del primer nivel de atención o de nivel hospitalario, ya que este procedimiento es un acto quirúrgico que requiere de internación. En el caso de las policlínicas de la IMM, se observó que la política consiste en atender la demanda de la usuaria, asesorar en cuanto a sus derechos, derivarla al Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR) e informarla sobre los requerimientos para su realización. No hay consultas de orientación para los casos de vasectomía.

“No nosotros lo que hacemos es asesorarlas en cuanto a los derechos que tiene y en cuanto a la decisión de solicitarlo. La reforzamos sobre todo en que la decisión que van a tomar es una decisión definitiva y que tienen que estar muy confiadas en lo que van hacer. Las mamás que se han ligado no hemos tenido un arrepentimiento” (...) *“Yo he tenido buenas y malas experiencias con eso (...)”* *“No ha habido receptividad del problema, no se han hecho cargo de la situación de las mujeres en el Pereira” (...)* *“Pero otras han venido ya ligadas o con fecha de ligadura coordinadas desde el parto”.*

En el caso de los hospitales del interior, se observaron opiniones dispares. En algunos casos no tienen una política definida y en éstos depende de la evaluación que sobre la usuaria realice el profesional tratante. Es interesante observar cómo a pesar de la existencia de una normativa que regula las condiciones para la realización de una ligadura tubaria, los directores de los servicios anteponen “sus condiciones” a las de la propia mujer. Desde esta perspectiva, parecería haber razones o motivos más “aceptables” que otros para aceptar la solicitud. Si bien los directores manifestaron conocer el Comunicado al cuerpo médico que recuerda la existencia del decreto sobre la anticoncepción no reversible, los criterios que guían el accionar de los servicios no necesariamente se ajustan al decreto, lo promueven o lo respetan.

“Eso es así, en la medida que no hay una ley que establezca la obligatoriedad del médico para operar no puedes obligar a un médico que considera que no, que no quiera y su interpretación por razones orgánicas, médicas, técnicas o por razones filosóficas, no podemos imponerles” (...) *“No podemos, no tenemos una norma que nos ampare para obligar”.*

“Acordarse de que en el gobierno anterior de Batlle, se promulgó un decreto ministerial en el cual toda mujer tiene derecho a solicitar la esterilización tubaria independientemente de la edad, solo que fuera mayor de 21 años. Nosotros hasta ese momento éramos bastante amplios en la esterilización pero nos manteníamos dentro de algunos requisitos internos nuestros (...) Hoy somos más amplios pero también tenemos que tener cuidado, tenemos una población con muchos requerimientos sociales y económicos y que si nosotros le damos rienda suelta a esto, terminamos de una cola acá al ... (enorme) de mujeres para esterilizar, entonces cuando nos solicitan la esterilización tratamos de orientarlas a los métodos no definitivos salvo que hubiera patología que ameritara una esterilización porque la idea es que la mujer use métodos que no

sean definitivos, salvo que hubiera un número de hijos que amerite la realización o que haya una patología, entonces ahí no se discute" (...)

"Es que no podemos dar respuesta, tratamos de ser bastante amplios pero la limitación que tenemos es no decir no, sino orientarla a métodos no definitivos de cualquier forma si la paciente insiste sobre la esterilización, esterilizamos también por supuesto" (...) "Te vuelvo a repetir, no negamos la esterilización sino que la asesoramos cuando no hay causal, nosotros consideramos que si no hay causal la asesoramos a que tengan un método de anticoncepción que no sea definitivo" (...)

"La mayoría de las causales de una paciente que pide a voluntad propia son sociales, socioeconómicas, nosotros no limitamos nunca por número de hijos y por patología, estas habitualmente las ponemos nosotros, están las razones socio económicas, esa es la que tratamos de limitarla un poco porque si nosotros le damos rienda suelta a esto, el caos que tendríamos, el colapso del block sería terrible".

Respecto a la disponibilidad de materiales educativos o de difusión para el desarrollo de estrategias de información y promoción de derechos a una maternidad elegida y a la anticoncepción, los servicios de salud presentan situaciones diferentes. Se pudo constatar mediante la observación de salas de espera y consultorios que los centros de la IMM cuentan con información sobre anticoncepción, tipos de anticonceptivos y los mecanismos para acceder a ellos. En cuanto a cartelera y folletería, se puede destacar la abundancia de materiales elaborados por el MSP y por laboratorios, en las salas de espera. Sin embargo, en los centros de la RAP la situación es diferente. Salvo en uno de ellos, no se dispone de folletería, cartelera u otro tipo de materiales de difusión.

El Observatorio celebra la disponibilidad y continuidad de insumos anticonceptivos en los servicios de salud y resalta la necesidad de que se desarrollen políticas activas para la difusión de este recurso de modo de universalizar el acceso.

Servicios para los varones

Los varones parecen continuar siendo invisibles en las estrategias y prestaciones en SSR de los servicios de salud. A pesar de los cambios que se han producido en los últimos quince años en la incorporación de la SSR en la atención sanitaria, el modelo hegemónico materno infantil continúa reinando en la mentalidad de los profesionales, usuarios/as y en la organización de los servicios. No se desarrollan acciones de promoción de uso de MAC dirigido a la población masculina. Tampoco las hay que promuevan la participación del varón en el ejercicio de la paternidad y la responsabilidad reproductiva y sexual. En todos los casos se fomenta la inclusión del varón en la consulta de control del embarazo de la pareja o en los controles del recién nacido. Pero no existe un programa específico que lo promueva de manera sostenida. En la mayoría de los servicios los preservativos pueden ser retirados por los varones. En algunos servicios de ASSE en Montevideo y en los departamentos del interior, la participación de los varones en la salud reproductiva se desarrolla desde el Espacio Adolescente, pero estas acciones incluyen exclusivamente a la población adolescente y joven.

O

El Observatorio llama la atención sobre el escaso o nulo desarrollo de acciones que realizan los servicios de salud dirigidas hacia la promoción de la responsabilidad reproductiva y sexual de los varones.



EN SUMA	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y conocimiento de normativas y guías clínicas para la anticoncepción reversible. • Existencia de criterios para la anticoncepción no reversible (decreto ministerial, comunicado al cuerpo médico) • Disponibilidad de preservativos masculinos • Disponibilidad de anticonceptivos orales e inyectables. • Disponibilidad de anticonceptivos diferenciales para lactancia • Disponibilidad de anticonceptivos de emergencia • Disponibilidad de dispositivos intrauterinos • Gratuidad de métodos anticonceptivos en los servicios públicos. • Existencia de consulta / orientación en anticoncepción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de criterios comunes para la entrega de MAC a usuarias. • Entrega de cantidad de preservativos masculinos según discrecionalidad del personal • Escasa disponibilidad y difusión del preservativo femenino • Entrega de un solo ciclo de anticoncepción oral al mes, comprometiendo la continuidad de los tratamientos en mujeres no asiduas a centros de salud • Exigencia de receta médica para la anticoncepción de emergencia (consulta ginecológica) y no disponibilidad de AE en las emergencias de los hospitales. • Reticencia médica a la realización de la ligadura tubaria, más allá de la voluntad de la usuaria. • Barreras para la colocación de DIU en los profesionales a mujeres sin contraindicaciones. • Escasa disponibilidad de información y materiales de divulgación en salas de espera y consultorios. • Baja difusión del uso del condón para la doble protección en la prevención de ITS. • Ausencia de estrategias y servicios para la promoción de paternidades responsables y de salud reproductiva para varones de todas las edades y condiciones

RESULTADOS

2. VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

Desde la perspectiva de las mujeres

Uno de los objetivos del estudio fue conocer el grado de conocimiento de las usuarias respecto a la normativa vigente en violencia doméstica y sexual (VDS) que aplica a los servicios de salud (MSP, 2008). En primera instancia se buscó una respuesta espontánea y los resultados fueron bajos: 3.1 % en mujeres usuarias y 3.3 % en puérperas. Ante la pregunta concreta, que busca la respuesta inducida, el porcentaje se elevó al 55.3 % en usuarias y 57.5 % en puérperas. El siguiente cuadro ilustra la distribución porcentual para cada una de las normativas que fueron indagadas. Como podrá observarse, aquellas normativas que refieren a componentes que no han tenido históricamente una respuesta institucional por parte del sistema de salud, son las que las mujeres menos conocen, aún ante la mención específica por parte de la encuestadora: VDS, aborto, ligadura tubaria son las que recogieron porcentajes más bajos de respuesta.

Cuadro 26: Conocimiento se servicio de normativa sobre VDS

Normativa	Usuaris Respuesta Espontánea (%)	Usuaris Respuesta Inducida (%)	Puérperas Respuesta Espontánea (%)	Puérperas Respuesta Inducida (%)
Que los médicos deben preguntar en la consulta si las mujeres viven situaciones de violencia doméstica.	3,1	59	3.3	57.5

Se preguntó a las mujeres si conocían la existencia en su centro de salud de un servicio para atender a mujeres en este tipo de situaciones. Las usuarias de ginecología y obstetricia, afirmaron en un 35 % que conocían de la existencia frente al 10, 8 % que manifestó que no lo había y un alto porcentaje, 53.3 %, desconocía su existencia. Estos porcentajes variaron para el caso de las mujeres internadas en puerperio inmediato, un 61 % afirmó conocer la existencia de un servicio frente a un 10, 3 % que manifestó que no lo había y un 28.6%, expresó que lo desconocía.

El grado de desconocimiento por parte de las mujeres, es sensiblemente elevado lo cual puede estar asociado a la escasa difusión de este tipo de prestaciones por parte de los centros de salud. Históricamente, la VDS no fue una problemática abordada desde los servicios de salud. Su incorporación es un proceso que implica, entre otras cuestiones, el desarrollo de acciones para difundir entre las usuarias el conocimiento de que ellas tienen derecho a ser atendidas y apoyadas ante estas situaciones, si así lo solicitan.

Cuadro 27: Distribución por tipo de usuarias según Conocimiento de un servicio de atención a VDS

¿Hay servicio?	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Si	35,10	61,12
No	10,78	10,29
No sabe	53,29	28,57
Total	100	100

También se preguntó a las mujeres si en la consulta, alguna vez, le habían realizado preguntas respecto a situaciones de VDS. Los resultados muestran que tanto las usuarias de ginecología y obstetricia como las mujeres en puerperio reportaron un bajo porcentaje de respuesta afirmativa. No se detectaron diferencias importantes entre servicios de Montevideo y del interior. Sí se observaron diferencias según los tramos etáreos en usuarias: a medida que se avanza en la edad, las mujeres reportan ser menos preguntadas.



Cuadro 28: Distribución por tipo de usuaria según preguntas por situaciones de VDS en consulta

¿Le realizaron preguntas?	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Si	31,9	58,1
No	64,1	40,9
No sabe	3,3	1
No Contesta	0,6	0
Total	100	100

Cuadro 29. Distribución por tipo de usuaria según y preguntas sobre situaciones de VDS en consulta, según edades

¿Le realizaron preguntas?	Usuarías (%)			Puérperas (%)		
	Si	No	NS/NC	Si	No	NS/NC
Hasta 20	43,5	52,9	3,5	63,6	36,4	0
21 a 25	37,4	58,1	4,4	56,1	42,9	1
26 a 30	33,5	63,6	2,9	48,1	51,9	0
31 a 35	28,7	64,6	6,7	61,1	36,1	2,8
36 o más	19,9	77,7	2,3	64	32	4

Los resultados obtenidos con las mujeres, son consistentes con los recogidos con los profesionales. La aplicación del formulario para diagnosticar situaciones de VDS resultó baja en comparación con otras normativas vigentes en los servicios de salud.

- O** El Observatorio saluda la inclusión de la capacitación en VDS entre las medidas prestacionales de observancia obligatoria en el Sistema Nacional Integrado de Salud. 
- O** El Observatorio llama la atención sobre el alto porcentaje de usuarias que desconocen la normativa vigente y la existencia de servicios de atención a mujeres en situación de VDS. 

Desde la perspectiva de los profesionales

Uno de los aspectos indagados fue el grado de conocimiento de los profesionales de la normativa vigente sobre VDS en los servicios de salud. Un 38 % declaró que el protocolo de intervención es muy conocido, un 26% algo conocido y un 31 % poco conocido. Si se analiza este resultado en comparación con los obtenidos en relación al conocimiento de otras guías de manejo clínico, el decreto 281/2006 sobre pautas para el abordaje de la VDS en los servicios de salud y la guía de procedimientos para el manejo en el primer nivel de atención resulta bajo. Aquellas guías clínicas sobre componentes "no tradicionales" de la salud reproductiva y sexual (ITS, cáncer gineco-mamario, VDS) son las que reportan más bajo conocimiento en comparación con aquellas relativas a la salud materna y la planificación familiar.

Este dato es importante porque podría estar indicando algunas de las tensiones existentes en los servicios de salud hacia el cambio de paradigma de atención integral de la SSR que incluya de manera interconectada sus distintos componentes y dimensiones. Todavía no se ha logrado desandar la lógica de programas verticales (salud materna, planificación familiar, VIH-sida, etc.) organizados en servicios específicos (policlínicas) a cargo de profesionales especialistas y transitar hacia la consolidación de equipos multiprofesionales entrenados en SSR.

Cuadro 30: Conocimiento de guías de manejo clínico en profesionales

Guías manejo clínico	Muy conocida (%)	Algo conocida (%)	Poco conocida (%)	Nada conocida (%)	No contesta (%)
Decreto 281/006. Las instituciones de salud deberán prestar atención y asistencia a usuarias en situación de violencia doméstica. Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención.	38	26	31	3	2

El bajo conocimiento de esta normativa y guía clínica se acompaña de su baja aplicación en la consulta. Casi la mitad de los profesionales declararon no aplicar el formulario (47.4 %).

Cuadro 31: Distribución de los profesionales según Aplicación del formulario de VDS

Aplicación formulario VD	(%)
SI	48
No	47,4
No contesta	4,6
Total	100

De aquellos que respondieron afirmativamente, menos de la mitad (43.8 %) manifestaron aplicarlo a todas las mujeres que le consultan.

Es interesante analizar los motivos aducidos por los profesionales para no aplicar el formulario en todos los casos, tal como se establece en la normativa vigente. El motivo que concentra el mayor porcentaje es "el tiempo escaso" (37.5 %), seguido de la ausencia de una política institucional para dar respuesta a este tipo de situaciones (27,1%). La no disponibilidad de formularios se ubicó en un 20.8 % y el sentirse no capacitado para aplicarlo en un 10.4 %. Se observaron diferencias muy importantes en las respuestas entre profesionales de Montevideo y del interior del país. Para los profesionales de Montevideo, el principal motivo para no aplicarlo a todas las mujeres es el tiempo insuficiente en la consulta (44.8 %) mientras que para los profesionales del interior es la ausencia de política institucional (42.9 %). La falta de formularios se ubicó como segundo motivo en Montevideo (31 %) mientras que el tiempo escaso (33.3 %) lo fue para el interior.

Cuadro 32: Distribución de los profesionales según Motivos para la no aplicación del formulario en todos los casos

Motivos para no aplicarlo en todos los casos	(%)
No hay política institucional para dar respuesta a situación	27,1
No hay disponibilidad de formularios	20,8
El tiempo es escaso	37,5
No me siento capacitado para implementarlo	10,4
No contesta	4,2
Total	100

Cuadro 33: Distribución de los profesionales por región según motivos para la no aplicación del formulario en todos los casos

Motivos para no aplicarlo en todos los casos	Montevideo (%)	Interior (%)
No hay política institucional para dar respuesta a situación	13,8	42,9
No hay disponibilidad de formularios	31	4,8
El tiempo es escaso	44,8	33,3
No me siento capacitado para implementarlo	6,9	14,3
No contesta	3,4	4,8
Total	100	100

El análisis de los resultados en función del tipo de profesión no arroja diferencias importantes. Sin embargo, se observaron diferencias al analizar las respuestas en función de los años de ejercicio. Los profesionales con menos de cinco años de ejercicio y los que tienen más de 10 años, fueron quienes identificaron como principal motivo el escaso tiempo en la consulta para no aplicar el formulario a todas las mujeres. Aquellos que tienen entre 6 y 10 años de ejercicio fueron quienes señalaron, en un porcentaje elevadamente mayor, no sentirse capacitados para aplicarlo (40 %) frente a un 8 % en profesionales con menos de 5 años y con más de 10 años de ejercicio.

O

El Observatorio alerta sobre la baja incorporación por parte de los profesionales del cuestionario de VDS en la consulta. Uno de los motivos indicados es la falta de tiempo en la consulta así como la ausencia de respuestas institucionales para atender la problemática.



Los servicios de salud ante la violencia doméstica y sexual

Con relación a la prevención y detección de la VDS se buscó conocer desde la perspectiva de directores/as de los servicios y mediante la observación directa de salas de espera y consultorios, el conocimiento e implementación de la normativa vigente a nivel de los servicios de salud. Se indagó sobre el desarrollo de actividades de capacitación dirigidas al personal de salud relativas al abordaje y detección de situaciones de VDS y la aplicación en el servicio del protocolo vigente .

Los centros de atención primaria de Montevideo (IMM y RAP) reportaron haber realizado diversas instancias de capacitación y/o sensibilización del personal de salud en VDS. Estas actividades fueron organizadas e implementadas por la institucionalidad con sus recursos o bien ofrecidas por organizaciones no gubernamentales que trabajan en la temática. Se han realizado capacitaciones dirigidas a profesionales de la salud y a funcionarios no técnicos.

En cuanto a la atención en violencia doméstica, la realidad difiere según se trate de la RAP o de la IMM.

En los centros de salud de la RAP existen equipos de referencia en VDS. Estos equipos generalmente están integrados por profesionales médicos, de enfermería, de la salud mental y de trabajo social. Han sido capacitados por ASSE, en algunos casos por la URMA (Unidad de Reconversión del Modelo de Atención) y son quienes capacitan y sensibilizan, a su vez, a los demás técnicos de los centros de salud (capacitación en cascada). En general, las capacitaciones se realizan a través de talleres no sistemáticos y de concurrencia voluntaria. Otras formas de capacitación dependen del interés personal de los profesionales que lo hacen por su cuenta o cuando el centro de salud recibe alguna invitación para capacitaciones externas e incentiva la participación de sus profesionales.

En cuanto a la atención se trata de que todos los técnicos identifiquen situaciones de VDS, realicen un primer asesoramiento y habiliten una derivación. Para los casos que superan esta posibilidad, está disponible el equipo de referencia que a su vez coordina con actores sociales de la zona y que forman parte de redes sociales de lucha contra la VDS.

Si bien se puso en marcha la incorporación del formulario para la detección y atención de la VDS en la consulta, de las entrevistas con los directores se identifican ciertas dificultades. Una de las principales barreras es la resistencia del personal asociada al temor frente a las situaciones de violencia y el no saber cómo proceder.

"Sin duda que hay resistencias y es una lucha a brazo partido para que lo hagan. Hay gente que me dice que es una olla que uno destapa y después no se sabe qué sale de ahí y que no están capacitados. Muchos dicen que es tarea de la asistente social. Lleva un proceso de tiempo que se lo incorpore a la práctica diaria y no se consigue sólo con la norma legal, de que se decreta que se debe hacer esto y lo otro, es un proceso de sensibilización."

En el caso de la IMM; las policlínicas incluidas en el estudio no disponen de un servicio específico de referencia y asesoramiento ni tampoco un equipo de profesionales asignado específicamente a esta problemática. Este tema es abordado en el marco de la consulta médica o psicológica y se intenta que el equipo en general esté sensibilizado y que la usuaria pueda realizar la consulta al profesional de su confianza dentro del equipo. Frente a la pregunta sobre la incorporación de la detección de VDS, en su mayoría, los coordinadores respondieron no

disponer de una estrategia pautada. En coherencia con ello, el formulario de detección de VDS en la consulta aún no se ha implementado. Los principales motivos referidos fueron no contar con el formulario y la dificultad de los profesionales para dar una respuesta a la usuaria ante un planteo de estas características. En este sentido, las resistencias del personal son similares a las planteadas por las direcciones de los centros de la RAP.

"...el formulario de salud pública violeta por parte de los equipos no se está en beneplácito, porque también justamente es eso lo que se plantea. Tú comenzás hacer ese formulario y en realidad lo que estas haciendo es abrir una cantidad de aspectos emocionales de la persona que el médico de repente o no puede o no tiene por qué o no tiene elementos como para sostener lo que esta tocando".

Otra de las barreras mencionadas fue la falta de tiempo en el momento de la consulta para su aplicación.

"No. No porque ya te digo, no nos da mucho espacio como para poder hacer una consulta muy prolongada con los usuarios tampoco en las condiciones que estamos, estamos muy limitados".

Las autoridades de las policlínicas reconocen que la VDS es un tema complejo y que si bien no han implementado una estrategia para su adecuado abordaje en la consulta, en algunos centros cuentan con material de apoyo que se entrega a las/os usuarias/os en la sala de espera.

"...a nosotros nos habían llevado algunos posters y algunos trípticos elaborados por la Intendencia que se entregan en el mostrador y se dan sobre todo con los números en la sala de espera para que se lean ahí y se conversen entre ellos".

Con respecto a la política a seguir al detectar casos de violencia doméstica y al procedimiento de referencia y contrarreferencia utilizado, las policlínicas de la IMM comparten el criterio de derivar a la usuaria a un equipo especializado tanto de la Comuna Mujer como de organizaciones de referencia de la zona. Sobre ello mencionaron que habitualmente no reciben ninguna información por parte del servicio al cual derivaron a la usuaria para continuar su atención, más allá de lo que pueda transmitir la propia mujer cuando vuelve a atenderse al centro de salud. En este sentido, no se registraron procedimientos claros que le permita a la policlínica realizar un seguimiento de cada usuaria referida a un servicio externo.

"Nosotros no tenemos asistente social acá en la policlínica, tenemos en el comunal 13. Y podemos derivar ahí en el comunal que ahí tienen consulta los martes de tarde, y ahí se puede derivar".

La no aplicación del formulario en las consultas hace que los casos detectados de VDS no se reporten a las autoridades del MSP. Cuentan con mecanismos internos de registro en la historia de la usuaria pero no codificado como motivo de consulta.



"No. Como motivo de consulta, es como un plus en alguna consulta pero no es un motivo de consulta que hayamos tenido".

"Reporte no, lo que ocurre es que la IMM después, nosotros mandamos toda esta información después hay una Unidad Central de Información en la Intendencia que hace una síntesis anual, pero este ítem sinceramente no sé si se toma en cuenta, me parece que no..."

Con relación a la existencia de materiales de difusión en salas de espera y consultorios, la realidad es compartida en los centros de la RAP y de la IMM: el material es escaso o nulo. En los centros donde se pudo observar la presencia de materiales, éstos eran de elaboración del MSP sobre VD y violencia en general, en cantidad insuficiente.

En el caso de los hospitales y sus centros de salud auxiliares, se han realizado instancias de sensibilización y capacitación, si bien con modalidades y criterios de inclusión diferentes respecto a los destinatarios de la capacitación. En algunos, se capacitó a todos los profesionales y en otros, no se incluyó a profesionales de ginecología y obstetricia. En uno de los hospitales se capacitó únicamente a los médicos de familia y a los psiquiatras. En algunos hospitales la capacitación fue obligatoria tanto para los profesionales del área urbana como rural. Estas instancias fueron realizadas por organizaciones no gubernamentales y por el Instituto Nacional de las Mujeres.

Las direcciones señalaron una dificultad en cuanto a que los médicos de emergencia no hayan recibido este tipo de capacitación, siendo la puerta de emergencia uno de los lugares frecuentes de recepción de situaciones de VDS. En general, suele haber un referente dentro del servicio y en algún caso un comité, que es quien se capacita y luego intenta sensibilizar al resto del equipo para que integren este tema a las consultas.

O	El Observatorio celebra la implementación de capacitaciones y sensibilizaciones en violencia doméstica y sexual dirigidas al personal de salud de los centros de atención primaria y hospitales.	
O	El Observatorio llama la atención sobre la falta de controles para garantizar la aplicación del protocolo para la detección de VDS tanto en servicios del MSP como de la IMM.	

RESULTADOS

Uno de los hospitales cuenta con una policlínica para atender situaciones de VDS en un horario específico así como con una línea telefónica de referencia. En los otros, mencionaron que la detección de VDS está integrada a la consulta. En los centros en donde no cuentan con horario diferencial para la atención de la VDS, se han formado equipos de referencia hacia dónde son derivadas las/os usuarias/os que consulten por este tema.

"Primero se comunican o por teléfono o vienen las usuarias. Y ahí la ven de a dos, es decir dos especialidades y de ahí la derivan de acuerdo a que ellas decidan, o vean cual es la temática. Ellas lo que plantean de verla entre dos para tener dos visiones, en el mismo momento del problema".

Uno de los hospitales refiere que, al no haber un servicio especializado en VDS, los casos que se detectan van a consulta con profesional de la salud mental. En otro señalaron que cuentan con un médico asesor en VDS que

a su vez se vincula a través del MSP con la Comisión Nacional de Lucha contra la VDS. Además del médico, este hospital cuenta con un equipo integrado por asistente social y psicólogos.

Según donde esté localizado el hospital son sus posibilidades de derivar los casos detectados para su atención por parte de organizaciones no gubernamentales. No todos los departamentos del país cuentan con servicios gubernamentales o no gubernamentales o con redes sociales con capacidad para atender los casos que se presentan.

"...Aquí la violencia doméstica se trata a través de una mesa temática de coordinación interinstitucional, tenemos una vez por mes una coordinación interinstitucional donde van la cabezas de distintas instituciones y a partir de allí se organizan diferentes mesas temáticas en violencia doméstica".

"Nosotros retrocedimos porque había una ONG que se había encargado de trabajar sobre las cosas puntuales pero por distintas cosas, se murió eso y quedó una cosa light que es una Comisión que recibe las denuncias pero no actúa como ese otro espacio que había, que actuaba e intervenía".

En cuanto a la incorporación de la VDS en la consulta los criterios son variables.

"Con violencia doméstica lo que hemos avanzado y lo que pedimos es que pongan la famosa hojita violeta, el asunto es que cuando esta en la entrevista el médico si ve alguna cosa tiene la hoja para escribir. No hemos avanzado".

"Si, cuando surgió lo de la hoja lila aquella, porque cuando al principio se planteó que esa hoja iba en todas las historias. Después se habló de que esa hoja no iba en todas las historias, sino que en algún paciente o alguna usuaria que se sospechaba violencia doméstica, bueno, ahí se tenía que tener en cuenta algo que hiciera sospechar que... Pero no poner esa hoja para ya ponerle el rótulo de violencia doméstica. Entonces en ese caso derivarla a la policlínica de violencia doméstica. Eso fue lo que se trató con algunos, pero hay mucho rechazo por parte de, hay algunos que no, pero hay mucho rechazo que todavía "ah esta es una loca".

En algunos centros, el formulario se aplica y se agrega a la historia clínica de las usuarias, pero en la mayoría no se utiliza de manera sistemática. Asimismo, en todos los servicios se observó que no hay certeza sobre el reporte al MSP respecto a la cantidad de casos detectados. En uno de los hospitales señalaron que se encuentran en la obligación de preguntar a la usuaria ya que deben completar el SIP (Sistema Informático Perinatal). De todos modos perciben que lo más importante para que se puedan desplegar este tipo de consultas es la confianza que se pueda generar entre la usuaria y el técnico, más allá de la obligatoriedad de la pregunta para el llenado de un formulario. En cuanto a las denuncias judiciales realizadas por los centros, se han realizado en algunos casos puntuales.

Mediante observación se pudo constatar que en dos de los cinco centros no hay material alusivo a VDS. En los tres restantes hay en general una cantidad suficiente de posters elaborados tanto por el MSP, OPS, MIDES y diversas organizaciones no gubernamentales.

EN SUMA	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de la detección de VDS y de la capacitación del personal entre las medidas prestacionales de observancia obligatoria del SNIS. • Realización de instancias de capacitación y/o sensibilización dirigidas al personal de salud. • Formación de equipos de referencia en algunos de los centros de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo conocimiento por parte de las usuarias de las normativas y servicios de atención en VDS. • Escaso conocimiento de las guías de procedimiento en el primer nivel de atención en VDS por parte de los profesionales. • Baja incorporación del cuestionario de VDS en la consulta. Una de las razones más importantes es el escaso tiempo en la consulta para la aplicación del formulario. • Ausencia de mecanismos de control en la implementación del protocolo de detección de VDS. • Dificultades del personal para dar respuestas a las usuarias ante el planteo de VDS. • Cantidad insuficiente de materiales de difusión. • No reporte al MSP sobre la cantidad de casos atendidos en VDS.

3. ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO

Desde la perspectiva de las mujeres

Conocimiento de las normativas

Al igual que en otros ítems, se buscó en primer lugar la respuesta espontánea y posteriormente se preguntó específicamente por cada una de las normativas. Como puede observarse en el siguiente cuadro, las mujeres (tanto usuarias como puérperas) mayoritariamente conocen las normativas, en porcentajes superiores al 70 %, con excepción de aquella que establece que se requieren de condiciones adecuadas para que se pueda concretar el acompañamiento, conocimiento que se ubicó entre un 50 y 60%. De todas formas, en el análisis comparado de estas normativas con relación a aquellas que refieren a otros aspectos de la SSR, estos porcentajes son notablemente superiores.

Cuadro 34: Distribución de respuestas en mujeres, sobre Conocimiento de normativas y guías sobre embarazo y parto

Normativas	Usuaris Respuesta Espontánea (%)	Usuaris Respuesta Inducida (%)	Puérperas Respuesta Espontánea (%)	Puérperas Respuesta Inducida (%)
Estar acompañada durante trabajo de parto	15,1	72,2	9,6	76,7
Estar acompañada durante el parto	15,1	70,7	9,6	78,4
Que estén dadas las condiciones adecuadas para el acompañamiento.	8,6	55,3	6,6	57,1
Que es obligatorio que le pidan el test de VIH a las embarazadas.	4,4	80,6	4,7	81,1



El Observatorio celebra el elevado porcentaje de mujeres que declara conocer las normativas sobre embarazo y parto.



Frecuencia de uso de prácticas recomendadas durante el embarazo

Se exploró la frecuencia de uso de prácticas recomendadas por las guías clínicas del MSP en la atención del embarazo. Las prácticas relevadas fueron: realización del VDRL durante el tercer trimestre del embarazo, realización de detección sistemática de estreptococo B en el hisopado vaginal (35 a 37 semanas de gestación) y la

prueba de antígenos de la Hepatitis B. Esta información se indagó exclusivamente en la muestra de puérperas y se obtuvo a través del carné obstétrico y/o historias clínicas, previo consentimiento de la mujer para el acceso a la información.

Asimismo se indagó, en ambas muestras (usuarias y puérperas) sobre la indicación de ácido fólico (para la prevención de malformaciones fetales del tubo neural) en la primera consulta cuando ésta se realizó antes de las 13 semanas de gestación.

Cuadro 35: Distribución de Realización de prácticas beneficiosas durante el embarazo, en muestra de puérperas

Tipo de prácticas	Si (%)	No (%)
VDRL en el 3er trimestre	93	6,99
Hisopado para estreptococo B	54,2	45,8
Antígenos de hepatitis B	83,2	16,8
Oxitocina en el pre-alumbramiento	49	51

Se observa una fuerte adhesión a la solicitud del VDRL en el tercer trimestre (93 %). También resultó elevada la frecuencia de antígenos de hepatitis B (83 %). Menor adhesión presentó la realización del hisopado vaginal para estreptococo B (54 %) y la oxitocina pre - alumbramiento (49 %).

En cuanto a la indicación de ácido fólico en aquellas mujeres cuyo primer control tuvo lugar antes de las 13 semanas de gestación, los resultados muestran que, en el caso de las usuarias fue del 54 %. Al analizar este dato por región, en Montevideo fue el 70 % y en las del interior, descendió al 35 %. En el caso de la muestra de puérperas, los resultados totales se acercan a las usuarias del interior (39%). Si bien estos indicadores muestran una tendencia creciente a la adhesión a esta práctica (un estudio del 2004 mostraba una adhesión inferior al 5 %, Colomar et al, 2004), sin embargo se está lejos del óptimo. Especialmente debe analizarse esta realidad en el interior del país y dar seguimiento a los bajos porcentajes obtenidos en la totalidad de la muestra de puérperas recientes.

O

El Observatorio celebra la implementación de las prácticas beneficiosas durante el embarazo y observa con preocupación la baja adhesión a la indicación del ácido fólico en los servicios del interior del país.



Prácticas durante el parto

En el caso del parto, se indagó sobre la forma de culminación del parto y acerca de la realización de un conjunto de prácticas beneficiosas y no beneficiosas. Las de probada ineficacia durante el parto: rasurado perineal, rea-

lización de enema y la realización de episiotomía de rutina. Las beneficiosas: manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia mediante la utilización de oxitocina a la salida del hombro fetal, la orientación para el amamantamiento y el acompañamiento durante el parto.

Para la terminación del parto, la Organización Mundial de la Salud establece que la frecuencia esperable de cesárea es de 15 % (OMS, 1985). Sin embargo las mujeres que participaron en el estudio, reportaron un porcentaje bastante más elevado (39,7%), en especial las mujeres puérperas cuyo parto había tenido lugar pocos días antes de haberse realizado esta encuesta.

Cuadro 36: Distribución por tipo de usuarias según Forma de terminación del parto

Terminación del parto	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Parto Natural	75,6	60,3
Cesárea	24,4	39,7
Total	100	100

Al analizar los totales por región, los resultados no muestran diferencias importantes entre las respuestas de mujeres de Montevideo y del interior. En el análisis por tramo de edad, hay una tendencia creciente de parto natural a medida que desciende la edad.

En cuanto a las prácticas no recomendadas: rasurado, episiotomía y enema, se indagó con las mujeres en puerperio inmediato la realización de éstas prácticas. Los resultados muestran que persiste la realización de prácticas no beneficiosas, en particular la episiotomía está lejos de ubicarse en los óptimos.

Cuadro 37: Realización de prácticas no recomendadas en el parto en muestra de puérperas

Práctica	Episiotomía (%)	Rasurado (%)	Enema (%)
Si	35,2	13,0	8,3
No	60,5	83,1	87,7
No sabe	4	4	4
Total	100	100	100

Sobre la consejería en amamantamiento, la amplia mayoría de las mujeres fueron aconsejadas en los beneficios del amamantamiento, en porcentajes superiores al 85 % tanto en usuarias como en puérperas.

En cuanto al uso de oxitocina para el alumbramiento activo, casi la mitad de las mujeres en puerperio inmediato (49 %) declararon que sí lo habían recibido frente a un 51 % que respondió negativamente.

O

El Observatorio señala con preocupación la persistencia de la realización de episiotomía y el alto porcentaje de cesáreas que supera las recomendaciones de OMS.



Acompañamiento en el trabajo de parto y parto.

Se indagó en las mujeres que tuvieron algún parto luego del año 2001, acerca del ofrecimiento por parte del servicio de salud, de estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto. Cuando no se les ofreció, se les preguntó si lo habían solicitado. Finalmente, se indagó si efectivamente habían estado acompañadas. En el caso de las puérperas, se les preguntó sobre el último parto.

Para las usuarias, los resultados totales indican que aproximadamente seis de cada diez mujeres no estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto y parto (56 %). En las puérperas, este porcentaje se ubica en el 47,8 %. Es decir casi la mitad de las puérperas que tuvieron su parto en el 2009 de las instituciones incluidas en el estudio no estuvieron acompañadas durante el parto.

Cuadro 38: Distribución por tipo de usuaria según Acompañamiento en el parto

Acompañamiento en el parto.	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Si	44	52,2
No	56	47,8
Total	100	100

RESULTADOS

Al analizar los datos por región, las diferencias son importantes. Las usuarias de Montevideo reportaron haber estado acompañadas más que las mujeres del interior. Si los datos se analizan por tramos de edad, las mujeres mayores de 31 años reportaron haber estado acompañadas en menor proporción que las más jóvenes. Estos resultados difieren notablemente de la percepción que tienen los profesionales sobre el cumplimiento del acompañamiento, tal como se analiza en el próximo apartado.

O

El Observatorio llama la atención sobre el alto número de mujeres que no estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto y parto.



Desde la perspectiva de los profesionales

En el caso de los profesionales que atendían partos en las instituciones donde se realizó el estudio, más de la mitad expresó que tenían la percepción de que casi la totalidad de las mujeres estuvieron acompañadas durante el parto. Sólo un 6 % manifestó que el acompañamiento fue en menos del 10 % de las mujeres. Estos datos difieren con la realidad declarada por las mujeres.

Cuadro 39: Distribución de la percepción de los profesionales sobre % de acompañamiento que reciben las mujeres en el parto

Estimación de mujeres acompañadas	(%)
Hasta 10 % acompañamiento	6,2
Entre 50 y 89 % acompañamiento	16,2
Entre 90 y 99% acompañamiento	53,1
100% acompañamiento	24,6
Total	100

Se les pidió que indicaran los principales motivos que impedirían que las mujeres estuvieran acompañadas. Como puede observarse en el siguiente cuadro, éstos refieren fundamentalmente a la voluntad de las mujeres o de sus acompañantes. El porcentaje de motivos referidos a barreras institucionales o a la voluntad del profesional tratante es bajo.

Cuadro 40: Distribución de profesionales según Motivos expresados por ellos, impedirían el acompañamiento en el parto

Motivos	(%)
La infraestructura es inadecuada / no hay vestimenta disponible	15,8
Por decisión de las mujeres	45,2
Por decisión de sus acompañantes	26
Por decisión del médico	6,8
Otros	4,1
No contesta	2,1
Total	100

En cuanto al conocimiento de los profesionales sobre las normativas y guías clínicas vigentes para la atención del embarazo y el parto, los resultados fueron positivos, ubicándose en el entorno del 70 %. Este porcentaje, al igual que sucedió con las mujeres fue superior al recogido con relación a otras normativas y guías clínicas en SSR.

Los servicios de salud y la atención del embarazo y parto

En relación a la atención del embarazo y el parto en las entrevistas con directores/as de los servicios y en las observaciones a consultorios e instalaciones para la atención del parto, se buscó conocer la existencia de espacios que contribuyan a la educación y orientación de la mujer embarazada. Se indagaron distintas prácticas saludables y no exclusivamente el control del estado de salud de ella y del futuro hijo. Por otra parte, se buscó conocer la infraestructura existente para garantizar el acompañamiento a la mujer en el trabajo de parto y parto y la difusión que desde el equipo de salud se realiza sobre esta normativa.

En cuanto a la existencia de un espacio de educación/orientación a la mujer embarazada con los recursos humanos y materiales para llevar estos espacios adelante, la realidad es diferente según se trate de servicios de la RAP o de la IMM. Los servicios municipales no cuentan con espacios específicos para desarrollar este tipo de actividades ya que manifiestan no tener los insumos necesarios. No hay espacio físico adecuado ni equipo interdisciplinario con horas de trabajo asignadas a esta tarea, más allá de la consulta individual. Sólo cuentan con un profesional de cada especialidad.

"No, acá el problema con la educación es que estamos con recursos humanos muy acotados. Y lo único que podemos es atender la demanda asistencial. Hubo épocas en las cuales nos dedicábamos a hacer prevención, educación, información a la población. Ahora estamos más acotado a lo asistencial" (...) "Es imposible dejar de atender y salir hacer prevención".

Estas policlínicas si bien no cuentan con recursos humanos estables para organizar espacios de estas características, eventualmente cuentan con pasantes de enfermería o ginecología que dentro de las funciones asesoran a las mujeres sobre temas relacionados con el embarazo.

En el caso de la RAP, los directores entrevistados de estos centros señalaron que se dispone de suficiente espacio físico, recursos materiales y humanos para trabajar con las embarazadas. Más allá de las consultas individuales todos los centros cuentan con una instancia semanal de trabajo grupal de preparación para el parto. En general, esta instancia está a cargo de un equipo multidisciplinario integrado por partera, nurse y nutricionista.

Todos los centros de salud de primer nivel cuentan con la participación de distintos actores. Dependiendo de las zonas en donde se localice el centro de salud se pueden encontrar promotores barriales, agentes comunitarios o las vecinas integrantes de las comisiones de apoyo al PAIM. Se destacan las coordinaciones con los centros CAIF y los SOCAT de Infamilia (MIDES). La participación se entiende especialmente relevante en la captación de embarazos no controlados. En algún caso se señaló la existencia de las Comisiones Participativas integradas por equipos de gestión, funcionarios y usuarios aunque las mismas tienen grandes dificultades para su conformación. De todos modos la participación en el seguimiento de las embarazadas surge como una debilidad en casi todos los centros de salud.

"Existían, ¿pero sabes que nos pasó con los promotores? se envejecieron con los años, no hubo renovación" (...) "Pero no ha habido nuevos ingresos de gente y ahora te encontrás que esa gente que se formó ya está con 60 y pico de años, ya tiene otras responsabilidades, otra disponibilidad y no ha habido nuevos".

Sólo tres de las direcciones entrevistadas mencionaron la existencia de personas u organizaciones que contribuyen al seguimiento de embarazadas en situación de vulnerabilidad.

En las entrevistas a directores de las policlínicas de primer nivel se indagó sobre cuáles eran las acciones o estrategias para difundir la ley vigente. Las respuestas coinciden en que no existe una estrategia específica y que esta información se proporciona dentro de la consulta y en los espacios de educación para el parto en los centros que cuentan con dichos espacios. Agregan que la difusión también está a cargo de los agentes comunitarios, sobre todo para aquellos embarazos que no ingresan a control. Es un tema que se trabaja directamente con la usuaria embarazada y eventualmente se apoya con materiales como folletería o cartelera que se encuentre disponible.

Mediante la observación, se constató que los centros de la IMM presentan suficiente información sobre esta ley a través de cartelera tanto en las salas de espera como en consultorios, a su vez cuentan con información sobre el parto en los diferentes espacios que transita la usuaria. En los centros de la RAP, por el contrario, en general no cuentan con información gráfica sobre la ley ni dentro del consultorio ni en la sala de espera. Se destaca que todos los servicios cuentan con abundante información sobre parto en general y lactancia a través de cartelera, posters y folletería.

A nivel de los Hospitales incluidos en el estudio, la infraestructura para garantizar el acompañamiento de las mujeres durante el trabajo de parto y parto es adecuada, en la mayoría de los casos se cuentan con las condiciones necesarias. Sin embargo, en algunos hospitales se identificaron otras barreras para el cumplimiento de la ley, como la falta de ropa adecuada para entrar a la sala de parto, así como la no disposición del profesional que atiende el parto para habilitar el acompañamiento. Las direcciones de algunos de los hospitales señalaron que el personal es muy reticente al ingreso de acompañantes al block quirúrgico.

“Eso generalmente es a discrecionalidad de la partera o el médico que esté”.

La mayoría de los hospitales, tanto en Montevideo como en el interior del país mencionan que es una práctica que realizan desde hace algunos años.

“A partir del decreto del gobierno anterior, lo mismo, toda paciente tiene derecho a estar acompañada por su pareja o por quien ella decida, no tenemos limitaciones, un acompañante por persona”.

“Estamos acostumbrados a eso, diferente hace unos años en el cual los médicos a veces no queríamos que hubieran testigos en sala, pero a partir del decreto ministerial nos vimos obligados, y hoy los médicos estamos todos habituados a tener acompañantes en sala y creo que es hasta beneficioso para nosotros mismos”.

La información sobre el derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto y el parto se proporciona en el marco de la consulta de control del embarazo y mediante la entrega de folletería. Los directores entrevistados sostuvieron que en la medida que lo establecido en la ley es una práctica habitual en su servicio no ha sido necesario planificar una estrategia específica para su difusión. Mediante la observación directa pudo constatarse que - aunque en cantidad insuficiente -, en la mayoría de los hospitales existe cartelera relativa a esta ley, mayormente de elaboración del MSP. Sin embargo, no se cuenta con folletería referente.

En los centros de la RAP y la IMM a todas las mujeres embarazadas se les realiza el test de VIH entre los análisis de rutina solicitados por el profesional en el primer control. Si bien en algunos centros hay disponibilidad del kit de test rápido o está próximo a implementarse, en la mayoría no está disponible. Varias direcciones entrevistadas señalaron la importancia de contar con el test rápido pero también remarcaron los desafíos que representan.

“Ahora el test de VIH rápido va a determinar un cambio de estrategia, porque cuando se haga un test de VIH y le de positivo a alguna mujer va a ser todo un tema informarle con las consecuencias que tiene avisar una cosa que es tan temida, que genera una angustia importante y todavía decirle que estamos sujetos a otro test confirmatorio”.

En cuanto a la serología del VIH, según los directores, se realiza el test a todas las embarazadas que concurren a la consulta en los centros de salud como a las usuarias que llegan al hospital para el momento del parto. Este test forma parte de los análisis de rutina indicados durante el embarazo. Si la usuaria no llega al parto con los análisis de rutina realizados, en algunos de los hospitales cuentan con el test rápido para detección.

EN SUMA	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de prácticas beneficiosas durante el embarazo. • Alto porcentaje de consejería en el amamantamiento. • Disposición de los profesionales al acompañamiento en el parto. • Alto porcentaje de profesionales conocen las normativas y guías clínicas vigentes para la atención del embarazo y parto. • Existencia de material de difusión sobre parto y lactancia y en menor medida de material sobre el acompañamiento en el parto. • Serología de VIH a todas las embarazadas e incorporación en algunos casos, del test rápido de detección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja adhesión, aunque en crecimiento, de la indicación de ácido fólico. • Realización de prácticas no recomendadas como la episiotomía durante el parto. • Persistencia de porcentaje de cesáreas que superan los promedios internacionales . • Escasa participación de actores comunitarios. • No existencia de una estrategia para la difusión de la ley de acompañamiento del trabajo de parto y parto. • Algunos de los hospitales no cuentan con infraestructura adecuada para el cumplimiento de la ley de trabajo de parto y parto.

4. VIH-sida

Desde la perspectiva de las mujeres

Se indagó en las mujeres que tuvieron embarazos atendidos en el sistema de salud si les fue indicada la realización del test de VIH. Los siguientes cuadros presentan los resultados desagregados por tramos de edad para usuarias de ginecología y obstetricia y para mujeres en puerperio inmediato. Como podrá observarse, para el caso de las usuarias, éstas reportan positivamente un 88,2 % para la totalidad de los embarazos y 5,2 % señaló que no se le solicitó el test en ninguno de ellos. Un porcentaje similar no sabe o no contesta la pregunta.

Cuadro 41: Distribución respuestas en usuarias por tramos de edad según Nro de embarazos controlados donde se realizó test de VIH

Nº de embarazos	Hasta 20 años (%)	De 21 a 25 (%)	De 26 a 30 (%)	De 31 a 35 (%)	36 o más (%)	Total general (%)
En todos	82,5	91,6	91,5	89,6	80,3	88,2
En algunos	1,8	1,7	0	2,4	2,8	1,7
En ninguno	7,0	2,2	5,6	5,5	7,0	5,2
No sabe / no contesta	8,8	4,5	2,8	2,4	9,9	5
Total	100	100	100	100	100	100

Para el caso de las púerperas, como detalla el siguiente cuadro, el porcentaje se eleva a 92.7 % para el total de embarazos y un 4 % no responde. El porcentaje para ninguno de los embarazos, desciende al 1.7 %.

No se observan mayores diferencias por tramos etáreos con excepción de la no respuesta que es sensiblemente mayor en mujeres de menor edad.

Cuadro 42: Distribución respuestas en púerperas por tramos de edad según Nro de embarazos controlados donde se realizó test de VIH

Nº de embarazos	Tramos edad					Total general (%)
	Hasta 20 (%)	21 a 25 (%)	26 a 30 (%)	31 a 35 (%)	36 o más (%)	
En todos	85,2	95,9	94,4	97,2	96	92,7
En algunos	2,3	0	3,7	0	4	1,7
En ninguno	4,5	0	0	2,8	0	1,7
No sabe/ No contesta	8	4,1	1,9	0	0	4
Total	100	100	100	100	100	100

En cuanto al nivel de conocimiento sobre las normativas vigentes se preguntó a las mujeres acerca del decreto que establece la obligatoriedad de ofrecer a toda mujer embarazada la realización del test de VIH y sobre el derecho a recibir información y atención ante ITS, incluyendo sífilis y VIH.

Los resultados muestran que estas normativas son de las más conocidas por las mujeres, tanto usuarias como puérperas, ubicándose en porcentajes cercanos o superiores al 80%.

Cuadro 43: Conocimiento de las usuarias de las normativas sobre la realización de test de VIH

Normativas	Usuaris Respuesta Espontánea (%)	Usuaris Respuesta Inducida (%)	Puérperas Respuesta Espontánea (%)	Puérperas Respuesta Inducida (%)
Que es obligatorio que le pidan el test de VIH a las embarazadas.	4,4	80,6	4,7	81,1
El derecho de las mujeres a recibir información y atención ante ITS, incluyendo Sífilis y VIH-sida	4,8	80,7	4,7	75,1

Desde la perspectiva de los profesionales

Se indagó en los profesionales, el grado de conocimiento sobre el conjunto de normativas y guías clínicas vigentes en materia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-sida.

Los resultados enseñan que en el caso del Decreto 158/97 y 295/97 que establece el ofrecimiento de la prueba de VIH a toda mujer embarazada previo a su consentimiento informado, los profesionales declararon conocerlo mucho en un 67 %, bastante conocido en un 19 % y poco conocido en un 12 %. Un 3 % manifestó no conocerlo.

Respecto a la resolución ministerial 171/97 que incluye la cobertura universal de medicamentos antirretrovirales a todas las personas con sida, tanto en el sector público como privado, los resultados fueron menos alentadores: 44 % declaró que le es muy conocido, 27 % bastante conocido y un 26 % manifestó conocerlo poco. Para el 3 % le resultó nada conocida. Los porcentajes de conocimiento sobre esta normativa fueron menores en comparación con otras sobre las cuales se indagó.



El Observatorio celebra la alta realización de test de VIH en el control del embarazo.



O

El Observatorio alerta sobre el porcentaje de profesionales que no conocen la resolución sobre la cobertura universal de antirretrovirales.



En materia de Guías de manejo clínico, elaboradas por el MSP, se indagó sobre:

1. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de infecciones de transmisión sexual.
2. Directrices básicas para la realización de consejería / orientación en VIH-sida.
3. Guías para diagnóstico y tratamiento antirretroviral y monitorización en adultos y embarazadas con VIH.

Los resultados permiten afirmar que estas guías son menos conocidas que otras acerca de las cuales se preguntó. Los profesionales manifestaron que le son muy conocidas en un 55 %, 40 % y 31 %, respectivamente. Aproximadamente a un 27 % le resultan bastante conocidas y a un 17 %, 29 % y 35 %, le resultaron poco conocidas. De las tres guías consultadas, la primera de ella fue la que obtuvo niveles de conocimiento más elevado, pero inferiores a los resultados obtenidos con otras guías clínicas. Los profesionales con entre 6 y 10 años de ejercicio profesional son quienes, claramente, conocen menos las guías clínicas referidas.

Estas tres guías clínicas focalizan dimensiones de la salud sexual de las personas. Su bajo conocimiento entre los profesionales refuerza la necesidad de orientar acciones para el desarrollo de servicios integrales en SSR que efectivamente incorporen la prevención y tratamiento de ITS y de VIH-sida en particular.

Se indagó también sobre el conocimiento respecto a los insumos que dispone el servicio de salud sobre reactivos para el test rápido de VIH y de tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical. Los siguientes cuadros ilustran los resultados obtenidos:

Cuadro 44: Distribución de respuestas en profesionales según Disponibilidad de reactivos para Test rápido de VIH en el servicio de salud

Dispone el servicio de reactivos	(%)
Si	54,6
No	27,6
No sabe	13,8
No contesta	3,9
Total	100

Cuadro 45: Distribución de respuestas en profesionales según Disponibilidad de tratamiento antirretroviral para prevención de transmisión vertical de VIH

Dispone de TARV	(%)
Si	61,8
No	16,4
No sabe	16,4
No contesta	5,3
Total	100

Las respuestas obtenidas muestran que poco más de la mitad de los profesionales declaró conocer la disponibilidad de estos recursos en el servicio de salud y un porcentaje superior al 10 %, para ambos casos, no sabe.

O

El Observatorio llama la atención sobre el escaso conocimiento de las guías de manejo clínico en especial las directrices para la realización de consejería/ orientación en VIH y las guías para diagnóstico y tratamiento antirretroviral.

X

Los servicios de salud y la atención del VIH-sida

En relación a la atención de personas con VIH se buscó conocer en qué consiste la atención y el tratamiento que se brinda en los servicios. También se incluyó en las entrevistas y en la observación de los servicios, la consejería en el proceso de diagnóstico y los mecanismos para garantizar la privacidad y confidencialidad de los resultados de los análisis realizados, tal como establecen las normativas vigentes.

En relación al tratamiento de las personas con VIH los centros de primer nivel no proporcionan este tipo de prestación sino que los pacientes con diagnóstico positivo son derivados para su tratamiento al Instituto de Higiene u otro hospital de referencia. En algunas policlínicas manifiestan haber tenido casos de pacientes con VIH y en otras ninguno. En algunos centros mencionan que no ha sido necesario contar con estrictos mecanismos de referencia y contrarreferencia ya que, mas allá que los pacientes realicen el tratamiento en el hospital de referencia, continúan siendo atendidos en la policlínica y se encuentran en contacto permanente con los profesionales. En otros casos, la derivación es apoyada por alguna llamada telefónica desde la dirección del centro para que el paciente sea recibido y en otros casos la asistente social realiza un seguimiento para asegurarse que el paciente llegue al hospital que fue derivado. Según palabras de algunos directores, los mecanismos de referencia y contrarreferencia no están del todo ajustados y en muchas ocasiones el centro de salud no recibe ninguna información de la evolución y tratamiento de los pacientes, aunque el nivel de atención primaria debería continuar realizando la atención integral.

“Hay un sistema de referencia y contrarreferencia...donde el paciente sale del primer nivel que es la policlínica de menor complejidad y a la que recurre en primera instancia y va a sitios de mayor complejidad como el Instituto de Higiene donde ve a un técnico más específico. Está mal dicha la palabra pero es como que el especialista se “adueña” de ese paciente...cuando el que lo tiene que tratar es el médico del primer nivel que atiende a cuatro cuadras de su casa. Es una gran debilidad del sistema de salud de Uruguay...”

En cuanto a la consejería en el proceso diagnóstico de VIH se pudieron identificar distintas realidades. En algunos casos no se cuenta con consejería y solamente se realiza la derivación correspondiente y en otros, la consejería es realizada en la consulta por el profesional o si se considera necesario, conjuntamente con la psicóloga/o o el coordinador/a de la policlínica. En los casos en los que existe algún profesional de la salud mental, se le pide su intervención pero la mayoría de los centros no tienen un equipo multidisciplinario disponible para esta tarea. Se señala la necesidad de profundizar en la consejería y de ofrecer capacitación y sostén emocional a los propios técnicos encargados de informar a los pacientes sobre un resultado positivo.

Cuando se indagó sobre los mecanismos de confidencialidad y privacidad de los resultados se pudo identificar un procedimiento común. Los resultados llegan del laboratorio en un sobre cerrado dirigido al coordinador/a o director/a del centro de salud. Luego es entregado al profesional y se cita a la persona en la policlínica para transmitirle el resultado personalmente. En algunas situaciones, esta instancia puede desarrollarse conjuntamente con el/la director/a del centro.

En cuanto a material de difusión se pudo observar que en dos de los centros no había ninguna referencia al VIH, mientras que en el resto de los centros se dispone de posters y carteleras en las salas de espera, elaboradas por el MSP o por ONG. En la mayoría de los centros la cantidad es insuficiente.

Tanto en los hospitales como en los centros de salud del interior en donde se realizaron las entrevistas, existen policlínicas específicas para el tratamiento del VIH. Vale decir que todas las personas pueden atenderse en el centro o en el hospital departamental sin necesidad de ser derivados a la capital del país. En casos complejos o cuando es médicamente necesario que el paciente se traslade al Instituto de Higiene, se trata de facilitar el transporte. En cuanto al hospital relevado en Montevideo, disponen de una policlínica de alto riesgo en donde son derivados todos los casos de patologías infecciosas que ocurran en el embarazo. Cuentan con la posibilidad de realizar los análisis necesarios a la usuaria y proporcionarle la medicación correspondiente. Al mismo tiempo la encargada de la policlínica es quien reporta los casos al MSP. Como se ha mencionado anteriormente este hospital brinda el tratamiento a la usuaria hasta los 40 días posteriores al parto. Luego de esa fecha la usuaria es derivada al hospital de referencia del MSP.

Algunos centros mencionan tener todavía algunas dificultades en cuanto a la infraestructura de la policlínica.

“Hay una policlínica y la dermatóloga está en el centro de Salud y es la que hace el seguimiento. Nosotros presentamos un proyecto sobre embarazo, parto y niñez, y a su vez la dermatóloga con el médico general que forman un equipo y con la psicóloga que está allí presentaron un proyecto al MIDES para que les repararan un garaje que tiene el centro de salud y lo equipara. El MIDES lo que dio fue el equipamiento, pero no reparó la sala. Entonces tenemos todas las cosas apiladas y estamos buscando y haciendo marketing para ver quien nos arregla el local. Pero hay un equipo que trabaja con VIH. Es un equipo con psicólogo, médico general y dermatólogo”.

La consejería durante el diagnóstico es realizada por los profesionales de la policlínica especializada. Esta policlínica es un área independiente y acondicionada para guardar la reserva sobre los casos. En cuanto a los mecanismos para garantizar la confidencialidad de los resultados, tanto los centros de salud como los hospitales utilizan el mismo criterio. Los resultados son manejados por los profesionales del servicio y el análisis viene a la policlínica con un número sin involucrar la identidad de paciente. El resultado se le comunica al paciente en forma privada.

En cuanto a material de difusión sobre VIH, la situación es variable, en algunos hospitales no se dispone de material alguno, en otros lo hay en cantidad insuficiente y en algunos hay abundante cantidad de posters, elaborados por el MSP.

EN SUMA	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de test de VIH en el control del embarazo. • Confidencialidad y privacidad de los resultados de análisis de VIH. • Atención para el tratamiento de VIH en todos los departamentos entrevistados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento regular por parte de los profesionales sobre las guías de manejo clínico. • Solamente algo más de la mitad de los profesionales declara conocer la disponibilidad en el servicio de reactivos para test rápido de VIH y tratamiento antirretroviral. • Desajustes en los mecanismos de referencia y contrarreferencia en la derivación de pacientes con VIH. • Dificultades en la implementación de la consejería en el proceso de diagnóstico de VIH tal como lo establece la Guía. • Material de difusión insuficiente en los centros.

5. ATENCIÓN PRE Y POST ABORTO

Desde la perspectiva de las mujeres

El conocimiento de las mujeres sobre el contenido incluido en las "Medidas sanitarias para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo" (ordenanza 369) es bajo. Los porcentajes se ubican en 48% y 38% (usuarias y puérperas, respectivamente) para asesoramiento ante un embarazo no deseado y en 59% y 42% (usuarias y puérperas, respectivamente) para atención post aborto. Los resultados obtenidos en la muestra de puérperas son más bajos que en usuarias de ginecología/obstetricia. Al analizar los datos por región, no se observan diferencias importantes en las respuestas obtenidas a través de ambas muestras.

Cuadro 46: Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de normativa sobre prevención de aborto inseguro y atención post aborto

Normativas	Usuaris Respuesta Espontánea (%)	Usuaris Respuesta Inducida (%)	Puérperas Respuesta Espontánea (%)	Puérperas Respuesta Inducida (%)
El derecho a recibir atención ante un embarazo no deseado y recibir información sobre cómo interrumpir un embarazo en forma segura	2,8	48,3	2,0	38,2
El derecho a recibir atención si tiene complicaciones después de realizarse un aborto	1,8	59,2	2,7	42,2

Se indagó también acerca del conocimiento sobre la disponibilidad de un espacio de asesoramiento ante un embarazo no deseado en su centro de salud. La gran mayoría desconoce si existe o no un espacio de asesoramiento. Un porcentaje inferior al 30 % de las mujeres encuestadas (tanto usuarias como puérperas) respondió afirmativamente y menos del 20 % manifestó que no existe. El marcado grado de desconocimiento es consistente con las débiles estrategias de difusión de la normativa sanitaria y su implementación en los servicios, tal como se muestra en los siguientes apartados de este capítulo.

Cuadro 47: Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de servicio de asesoramiento ante embarazo no deseados

¿Hay asesoramiento?	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Si	20,7	28,6
No	12,1	17,9
No sabe	66,1	53,2
No contesta	1	0,3
Total	100	100

La muestra de usuarias no presenta diferencias de relevancia al realizar una lectura de datos según área geográfica, mientras que los obtenidos a través de las puérperas sí presenta una leve diferencia; 23,1 % de las puérperas del interior aseveran que no existe dicho servicio, contra 15 % de las de Montevideo, en tanto que 30,6% de las puérperas de Montevideo afirma conocer este servicio, contra 25 % de las puérperas del interior. Si bien los niveles de conocimiento siguen siendo bajos, los datos parecen indicar una leve tendencia hacia mayores niveles de conocimiento de dicho servicio a favor de las puérperas de Montevideo.

Similares resultados se obtuvieron ante la pregunta acerca de la existencia de atención post aborto en el centro de salud, tal como lo ilustra el siguiente cuadro.

Cuadro 48: Distribución por tipo de usuaria según Conocimiento de la existencia de atención post aborto en el servicio de salud

¿Hay en su centro atención para mujeres que se hayan practicado un aborto y quieran consultar para controlarse?		
Hay atención	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Si	22	20,4
No	8,3	11,4
No sabe	68,4	67,6
No contesta	1,3	0,7
Total	100	100

En cuanto a los niveles de conocimiento de servicios de atención post aborto, según región, la muestra de usuarias sigue sin presentar mayores diferencias entre Montevideo e interior. Mientras tanto, en la de puérperas, sí se observan. Para este último caso, los mayores niveles de desconocimiento total del servicio se dan en Montevideo, con un 73,1 % de las respuestas, en tanto que en el Interior bajan a un 57,5 %. Por el contrario, en el interior 23,6% de las encuestadas afirma conocer dicho servicio, contra 18,7 % de respuesta positiva en Montevideo.



El Observatorio alerta y señala con preocupación el bajo conocimiento por parte de las usuarias de la normativa 369 y de la existencia de un servicio de asesoramiento pre y post aborto.



Desde la perspectiva de los profesionales

En relación al conocimiento de la normativa 369 y de las guías clínicas asociadas, el 58% de los profesionales respondieron a la opción muy conocida, 30% entre bastante y algo conocida y el 12% la conoce poco o nada. No

se registran diferencias notorias entre profesionales de Montevideo y del interior del país. En cuanto a los años de ejercicio de la profesión, así como en relación a otras normativas, quienes tienen menos de 5 años y más de 10 años de ejercicio profesional son los que reportan mayor conocimiento.

Un elevado porcentaje de profesionales respondió haber recibido consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado (71 %). En el interior ese porcentaje se ubicó en 75.3 % frente a un 66.7 % de Montevideo. Los profesionales con menos de 5 años de ejercicio y aquellos con más de 10, fueron quienes reportaron en mayor porcentaje el haber recibido consultas (3 de cada 4 profesionales).

En cuanto al número de consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado, el 73 % manifestó recibir entre una y diez y un 22 % entre once y treinta. Cuando se analizan los datos por región, los profesionales del interior declararon recibir más volumen de consultas que sus colegas de Montevideo.



Cuadro 49: Distribución por región según Cantidad de consultas por embarazo no deseado estimadas en un año

Cantidad de consultas	Montevideo (%)	Interior (%)
Entre 1 y 10	84	63,8
Entre 11 y 30	10	32,8
Más de 31	6	1,7
No contesta	0	1,7
Total	100	100

La pregunta acerca de cómo se resolvieron esas consultas, muestra una tendencia a implementar las indicaciones contenidas en la normativa vigente y sus guías clínicas. Es bajo el porcentaje de profesionales que declaró no contar con herramientas para atender adecuadamente la situación (5.8 %). Sin embargo, un 16.8 % manifestó que estimula a las mujeres a continuar con el embarazo. Este porcentaje es significativamente mayor en los profesionales del interior si se lo compara con los de Montevideo (22 % vs. 10 %).

Cuadro 50: Distribución de respuestas por región según Resolución de la consulta de embarazo no deseado

Cómo ha resuelto estas consultas	Total (%)	Montevideo (%)	Interior (%)
La derivé a otro profesional	11,9	10,7	13
La asesoré sobre métodos seguros para la interrupción del embarazo	23	26,2	20,3
Sentí que me faltaban herramientas para atenderla adecuadamente	5,8	5,8	5,7
La estimulé para que vuelva a consultar después de interrumpir	22,1	27,2	17,9
La estimulé a que continuara con el embarazo	16,8	10,7	22
Le sugerí que podía dar el hijo en adopción	14,6	11,7	17,1
No contesta	2,7	1,9	3,3
Otro	3,1	5,8	0,8
Total	100	100	100

- O** El Observatorio celebra una creciente adhesión a la implementación de las indicaciones contenidas en la normativa, por parte de los profesionales, si bien alerta acerca del déficit en la realización de instancias de capacitación en este tema para su adecuado abordaje en los servicios de salud. 
- O** El Observatorio señala que un porcentaje de profesionales realizan indicaciones que no cumplen con el contenido de la normativa. 

En materia de entrenamiento para el abordaje de mujeres en estas situaciones, cuatro de cada diez profesionales manifestaron no haber participado en instancias de capacitación. Se pudieron observar importantes diferencias en el acceso a la capacitación entre profesionales de Montevideo y del interior, siendo éstos últimos los menos capacitados en el tema.

Cuadro 51: Distribución de profesionales por región según Entrenamiento para la atención de mujeres en situación de aborto

Ha recibido algún tipo de entrenamiento	Total (%)	Interior (%)	Montevideo (%)
Si	55,3	44,2	66,7
No	42,1	53,2	30,7
No contesta	2,6	2,6	2,7
Total	100	100	100


Al analizar los resultados por tipo de profesión, los médicos fueron quienes reportaron un mayor acceso a la capacitación (65 %) en comparación con las parteras (45 %). La totalidad de los residentes declararon haber tenido instancias de capacitación, lo cual podría estar asociado a un cambio en la formación de los ginecólogos en el país.


En cuanto a la atención de mujeres con complicaciones post aborto, un porcentaje menor declaró haber recibido consultas (44.7 %) frente a un 50 % que se expresó negativamente.

Es interesante observar que la mitad de los profesionales declaró haber recibido consultas de control post aborto. Las acciones realizadas por los profesionales que respondieron afirmativamente se concentran mayoritariamente en la orientación anticonceptiva (42 %), realización de un chequeo general de salud (36 %) y un bajo porcentaje declaró derivarla a otro profesional. También un porcentaje menor expresó hacer el reporte epidemiológico correspondiente. El siguiente cuadro presenta la distribución porcentual de las respuestas.

Cuadro 52: Resolución de las consultas post aborto en aquellos profesionales que declararon haber atendido a mujeres en esa situación

Acciones implementadas	(%)
Le hice un chequeo de su estado de salud	35,9
La derivé a otro profesional	6,3
Hice el reporte epidemiológico	4,2
La asesoré sobre métodos anticonceptivos	42,3
No contesta	11,3
Total	100

O El Observatorio celebra el aumento en el número de consultas para la atención post-aborto que realizan los profesionales cumpliendo con el chequeo sobre estado de salud y asesoramiento en anticoncepción. 

O El Observatorio alerta sobre el bajo porcentaje de profesionales que realizan el reporte epidemiológico indicado para las consultas de atención pre y post-aborto. 

Se preguntó a los profesionales acerca de sus reacciones emocionales ante la atención a mujeres en situación de aborto. En cuanto a los sentimientos de incomodidad, las opiniones de los profesionales están divididas. Poco más de la mitad parecería no sentirse muy incómodo mientras que a un bajo porcentaje sí reportó ese sentimiento (aproximadamente el 14 %)

La valoración respecto a la formación profesional para atender de manera integral este tipo de situaciones arrojó opiniones divididas. Al analizar cómo se sienten al atender este tipo de situaciones en función de las herramientas que disponen, cerca de la mitad declaró "sentirse bien" (muy de acuerdo, 32.4 %; de acuerdo 19.1 %) frente a un 14.7 % que manifestó estar muy en desacuerdo y un 7.4 % en desacuerdo con la afirmación planteada. Los porcentajes de no respuesta superan el 10 % ante las tres afirmaciones.

Cuadro 53: Opinión de profesionales de la salud frente a situaciones de aborto

Opinión	Muy de acuerdo (%)	De acuerdo (%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	Muy en desacuerdo (%)	No contesta (%)
Me he sentido muy incómodo/a atendiendo a mujeres que se han practicado un aborto porque los profesionales de la salud tenemos como fin defender la vida	11,8	2,9	20,6	29,4	22,1	13,2
Sentí que no contaba con las herramientas necesarias como para atender integralmente a estas mujeres más allá de su problema puramente médico	10,3	29,4	7,4	23,5	17,6	11,8
Me sentí bien en estas consultas dado que poseo las herramientas necesarias para brindar una atención respetuosa y completa	32,4	19,1	14,7	14,7	7,4	11,8

Los servicios de salud y el asesoramiento pre y post aborto

En relación a los servicios de asesoramiento pre y post aborto se buscó conocer el grado de implementación de la ordenanza N° 369 del MSP y la normativa sanitaria por ella creada. Se indagó sobre las características que tienen estos servicios en cada centro seleccionado, así como la realización de instancias de capacitación y sensibilización dirigidas hacia los profesionales y personal de salud sobre la atención a mujeres en situación de embarazo no planificado y aborto voluntario.

En relación a la existencia de un servicio que brinde asesoramiento pre y post aborto, ninguno de los centros de salud de la RAP o de la IMM lo han implementado. Estas demandas son atendidas por los profesionales en el marco de la consulta y queda a libre opción del médico general o ginecólogo la posibilidad de brindar el asesoramiento. Cabe destacar que en dos de los centros existen profesionales capacitados para abordar este tema.

También coinciden en afirmar que en este tipo de consultas no se realiza un registro específico y solamente en uno de los centros se incluye en el parte diario y en la historia de la usuaria. En las demás policlínicas no se registra como un motivo de consulta, por lo tanto no es posible identificar la cantidad de consultas recibidas.

"En la consulta ginecológica debe de estar, no sé si como amenorrea por ejemplo o si con algún otro diagnóstico o pauta"

"Nunca vi escrito consulta post aborto. Sé que la justificación existe porque viste que nosotros ponemos los diagnósticos que tienen un número, y este no se si tiene un número".

"De cantidades no. Porque no es un dato que se registre aislado".

"O que te cuente en ese momento que tuvo un aborto y que ahora quiere cuidarse queda como indicación de ACO".

El registro de consultas pre y post aborto no se reporta al MSP. En una de las policlínicas se estima que este tipo de consultas se presentan unas cinco veces al mes, pero en ninguna se cuenta con información sistematizada.

A nivel de los hospitales indagados por el estudio, en general, no se dispone de un servicio específico y es el profesional tratante el que realiza o no el asesoramiento. En tal sentido, se constató que si bien se trata de una normativa ministerial que establece claramente los procedimientos que los profesionales deben seguir a la hora de la consulta, aún continúa estando atravesada por cuestiones ideológicas y de valoración personal por parte de los profesionales.

"Eso queda sujeto a cada uno de los ginecólogos. Supongo que consultan al ginecólogo o al médico general".

"En este hospital el jefe es el Dr. XX y el Dr. XX, están en contra de esta disposición, entonces por más que la tratemos de aplicar, no puedo obligarlos a ellos".

En uno de los casos la dirección del hospital se manifestó expresamente en contra de la normativa y su aplicación.

"Te doy una opinión como médico, como padre de familia y como ser humano: no debemos llegar nunca al aborto. Tenemos que hablar más con nuestras hijas y también con los varones para evitar eso tan desgraciado que marca a fuego a la madre que se lo practica y ni que hablar que ponemos en riesgo la vida de dos personas, hay tantos métodos anticonceptivos hoy por hoy que eso tendríamos que sacarlo de la faz de la Tierra, es muy personal lo que te digo."

En ninguno de los centros hospitalarios se observó la existencia de material de difusión sobre la normativa ni para la prevención del aborto inseguro y sus consecuencias.

En cuanto a las actividades de capacitación los responsables de los servicios entrevistados, señalaron que si bien conocen la normativa, la mayoría de los equipos no han recibido capacitaciones específicas sobre el tema, en los últimos dos años. Algunos centros de salud han contado con instancias de capacitación sobre la temática a cargo de ONG y otros refieren haber tenido algunas instancias internas de reflexión sobre el tema. En términos generales, la ausencia o debilidad de las estrategias de capacitación hacen que el asesoramiento que puedan recibir las usuarias dependa de la formación particular que posea el personal de salud. En algunos de los centros, aunque no cuentan con un servicio específico de asesoramiento, disponen de personal capacitado para atender estas situaciones.

Sin embargo, los centros que no han recibido capacitación alguna, coinciden en una forma de procedimiento que es la de derivar a la usuaria al servicio del Hospital Pereira Rossell. Procedimiento que no tiene base en indicación alguna dado que las usuarias podrían recibir las mismas indicaciones y asesoramiento en su centro habitual de consulta, que la que recibirá en el Hospital dado que éste no realiza otra atención más que la que indica la norma y las guías clínicas.

"Tuvimos algunas charlas internas, internas a nivel del servicio de atención a la salud, en la cual como siempre hay opiniones encontradas. Y un poco quedó al libre albedrío de cada uno ofrecer la posibilidad o no. Hemos tenido casos de violaciones por ejemplo que se han resultado bien. Hemos tenido madres que han venido y te dicen doctora estoy embarazada y no quiero tenerlo y las derivamos al Pereira".

"Digamos que cada uno lo hace en el momento de la consulta pero no hay un espacio para esto".

"Hasta lo que yo sé, se deriva al Pereira Rossell pero no sé si la ginecóloga en consulta también puede hacerlo".

En los centros que se realizaron instancias de sensibilización y capacitación, se señala la importancia de que todo el personal de salud participe de los mismos. Si bien lo más frecuente es que las mujeres planteen su demanda en la consulta ginecológica o a la partera, también existen otras circunstancias en las que la usuaria se vincula - en primera instancia - con personas que desempeñan otro tipo de roles en el centro. Por tal motivo todo el personal del servicios debería ser sensibilizado y capacitado para tener las herramientas necesarias a efectos de que no se produzcan reacciones adversas y se eviten respuestas contradictorias.

"La capacitación no se circunscribía solo a la práctica médica, era desde la recepción que recibe a esa usuaria, el guardia de seguridad que conversa con ella en el pasillo previo que entre a la consulta, la auxiliar de enfermería, la partera, el ginecólogo y la dirección. Estoy tratando de seguir la lógica de todos los puntos con los que tiene contacto una usuaria que viene sin norte con un problema puntual."

Un aspecto central referido por las direcciones es la contradicción implícita que existe entre la normativa que habilita la consejería pre aborto y las dificultades en el acceso a la práctica del aborto y en particular al aborto con medicamento. En la medida que el aborto es un delito en la legislación vigente (Ley N° 9763, 1938), la medicación (misoprostol) no puede ser recetada ni provista por el centro de salud. Las mujeres que deciden abortar, deben recurrir al circuito clandestino para acceder a este recurso.

"Uno hace la consejería e informa que hay tal mecanismos para interrumpir el embarazo. Pero nosotros no contamos con la medicación y muchas veces claro, hay mujeres que no tienen forma de acceder a ella, eso genera mucha angustia tanto en la mujer como en la ginecóloga...hay mujeres que no tienen ni para un boleto."

Esta situación, según las direcciones, ameritaría la incorporación de profesionales de la salud mental en los equipos para el apoyo a usuarias como al personal que realiza las consejerías.

Sólo en una de las policlínicas se constató la existencia de un poster alusivo a la prevención del aborto inseguro, elaborado por una ONG.


Por su parte la situación en los hospitales del interior respecto a la capacitación no es muy diferente que lo reportado por los centros de salud de Montevideo.

“¿Quién va hacer la capacitación? Tienen que venir desde Montevideo para ayudarnos. Se da el asesoramiento que se hace en el consultorio persona a persona. Pero en este tema como en el de violencia doméstica no se convoca a todo el personal del servicio. Como estamos hablando ahora de las buenas prácticas de alimentación que nos reunimos entre todos y sacamos las políticas”

“Vienen a veces, pero no son una cosa sistemática, que quede algo como resultado no”.


O

El Observatorio celebra el incremento en el conocimiento de la normativa 369 por parte de profesionales de los equipos de salud y de las direcciones de los servicios.



O

El Observatorio alerta sobre la debilidad de las acciones para la difusión de la normativa 369 en los servicios de salud y sobre la ausencia de mecanismos de control para su correcta aplicación.



EN SUMA	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Incremento en el conocimiento de la normativa y guías clínicas por parte de los equipos de salud y de las direcciones de los servicios Tendencia a la implementación de los contenidos de las normativas por parte de los profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Escaso conocimiento de las usuarias sobre la existencia de servicios de atención pre y atención post aborto. Dificultad de acceso a capacitaciones para abordaje del embarazo no deseado. Escasas instancias de capacitación a los profesionales. Asesoramiento en el marco de la consulta librado a las posibilidades del profesional de brindar el asesoramiento. Sub registro de la cantidad de consultas por este tema y no reporte al MSP. Falta de material de difusión. Falta de mecanismos para control de implementación de la normativa y las guías clínicas.

6. PREVENCIÓN DE CÁNCER GENITO – MAMARIO

Desde la perspectiva de las mujeres

La licencia especial paga para la realización de Papanicolau (PAP) y mamografía es conocida en respuesta espontánea por el 7,6 % de las usuarias entrevistadas, ocupando el cuarto lugar en la lista de conocimiento de normativas. En la respuesta inducida el conocimiento asciende al 66,3%. En las mujeres en puerperio, espontáneamente lo conoce 2,3% y 49,5% en respuesta inducida, lo que señala la no información obtenida sobre esta dimensión de la prevención, durante el proceso de control de embarazo. No hubo diferencias relevantes por edad ni en relación a Montevideo e interior.

Realización de exámenes preventivos

Ante la pregunta de la realización de PAP en los últimos dos años se obtuvieron los resultados ilustrados en el siguiente cuadro:

Cuadro 54: Distribución de respuestas por tipo de usuaria según Realización de PAP en los dos últimos años

	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Si	63,1	51,2
No	36,7	48,1
No sabe / No contesta	0,2	0,7
Total	100	100

Resulta importante observar que casi 37 % de las usuarias no se realizó este estudio y el 48 % de las puérperas tampoco. Vuelve a llamar la atención que casi la mitad de las mujeres puérperas encuestadas no se haya realizado el PAP a pesar de haber sido atendida en los servicios de salud para el control de embarazo. Los resultados no arrojan diferencias relevantes para Montevideo e interior.

Analizando los datos según las edades, llama poderosamente la atención que el tramo de las mujeres que va de los 21 a los 25 años es el que menos prevalencia de realización de PAP reporta luego del tramo que va hasta los 20 años. Importa señalar que la ordenanza 402 del MSP establece la obligatoriedad de la realización del PAP cada tres años, a partir de los 21 años de edad.

Cuadro 55: Distribución de respuestas por tramo de edad según Realización de PAP en los dos últimos años

	Usuarías (%)		Puérperas (%)	
	si	no	si	no
Hasta 20	36,9	63,1	39,1	59,8
21 a 25	58	42	48	52
26 a 30	70	29,5	61,5	38,5
31 a 35	69,1	30,4	74,3	22,9
36 o más	75,4	24,6	52	48

Se indagó sobre las razones de no realización del estudio y para los cortes de edad, región y nivel socioeconómico, la principal razón es la no indicación de dicho estudio por parte del médico tratante. En este sentido, las mayores diferencias en cuanto a la responsabilidad de los profesionales de la salud se dan entre Montevideo e Interior, duplicando la no indicación por parte del médico en el interior del país. A continuación se muestra en el cuadro los resultados obtenidos.

Cuadro 56: Distribución de respuestas por región y tipo de usuaria según Motivos para la no realización del PAP

Razones	Usuarías (%)		Puérperas (%)	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Porque el médico no lo indicó	22,2	40	18,1	44,8
Porque consideré que no es necesario	21,1	15,3	37,5	28,4
Porque no tuve tiempo	18,9	16,7	15,3	10,4
Porque no me gusta	18,9	6,5	6,9	0
Porque tengo miedo del resultado	1,1	3,7	0	3
No sabe / No contesta	3,8	10,7	2,8	4,5
Otras	14,1	7	19,4	9
Total	100	100	100	100

Como se puede apreciar la categoría otras adquiere un porcentaje llamativamente elevado, pero al indagar a su interior se descubre una gran dispersión de respuestas, sobre todo para las puérperas de Montevideo, cuyo tratamiento por separado adquiere un carácter sumamente residual y no aportaría nada sustantivo desagregar dicha categoría para su descripción dados los objetivos de este estudio. Eliminando el peso porcentual la categoría otras, se aprecia que tanto para usuarias como para puérperas la razón de no indicación por parte del médico es la que sobresale en los argumentos de no realización de dicho examen, elevándose de forma importante su mención en las muestras obtenidas en el Interior del país.

En cuanto a la realización de mamografías en los últimos dos años, los resultados continúan con la tendencia de la relativa baja prevalencia de realización de tales exámenes. Además, la muestra de puérperas recoge los menores niveles de realización sobre dicho estudio. El siguiente cuadro recoge estas apreciaciones.

Cuadro 57: Distribución de respuestas por tipo de usuaria según realización de mamografía

	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Si	17,5	6,5
No	82,4	93,1
No sabe / No contesta	0,2	0,3
Total	100	100

El análisis por región no arroja diferencias notorias en ninguna de las dos muestras. Sí es importante mostrar los resultados obtenidos a través de la desagregación por tramos etáreos, donde se observa que en el tramo de mujeres encuestadas mayores de 36 años, para las dos muestras, hay niveles que no llegan al 50% de realización de dicho examen, dato que se dimensiona en su valor al subrayar la importancia de este tipo de examen para las mujeres mayores de 41 años.

Cuadro 58: Distribución de respuestas por tipo de usuaria y Realización de mamografía, según tramos etáreos

	Usuaris (%)			Puérperas (%)		
	si	no	ns /nc	si	no	ns /nc
Hasta 20	6	94	0	2,4	96,5	1,2
21 a 25	8,2	91,8	0	3,2	96,8	0
26 a 30	8,7	90,8	0,5	7,4	92,6	0
31 a 35	12,9	86,6	0,5	14,3	85,7	0
36 o más	45,1	54,9	0	21,7	78,3	0

Como se puede observar, en la muestra de puérperas se acentúa la baja prevalencia de este tipo de examen.

O

El Observatorio advierte sobre la aplicación de la ordenanza 402 sobre PAP y Mamografía, dado que las mujeres reportan porcentajes bajos de realización de estos estudios según las indicaciones recomendadas.

X

O

El Observatorio señala con preocupación que la principal razón que las mujeres encuestadas refieren para la no realización de los exámenes preventivos, es la no indicación por parte del médico tratante.



Desde la perspectiva de los profesionales

Al indagar el conocimiento de los profesionales sobre la ordenanza 402, se obtiene un porcentaje del 76 % de los profesionales que responden conocerla bastante o mucho. Mientras que es importante el porcentaje de profesionales cuyo nivel de conocimiento va desde poco hacia nada (21 %). Tomando en cuenta el instrumento que se utilizó para medir dicho conocimiento, es llamativo que algo más del 20 % no conozcan bien esta normativa, teniendo en cuenta la alta incidencia de este tipo de cáncer (particularmente mamario) en el país. Estos resultados podrían relacionarse, de forma indirecta, con las razones de la baja prevalencia de realización de los exámenes de PAP y mamografía expresadas por las mujeres encuestadas analizados en el anterior apartado.

Cuadro 59: Conocimiento de ordenanza 402 sobre PAP y Mamografía en profesionales

Normativas	Muy conocida	Bastante conocida	Poco conocida	Nada conocida	No contesta
Ordenanza 402. Exoneración de copago en estudios de PAP y mamografía en servicios privados de la salud	60 %	16 %	18 %	3 %	2 %

O

El Observatorio llama la atención sobre el porcentaje de profesionales que manifiestan tener un bajo conocimiento sobre la ordenanza 402 (realización PAP y Mamografía).



7. SATISFACCIÓN Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS

El presente capítulo toma insumos de dos fuentes principales: observación directa de servicios por parte del equipo del Observatorio y el procesamiento de los formularios auto-administrados completados por usuarias y puérperas. En esta sección se procura profundizar en aspectos tanto de infraestructura, accesibilidad, calidad y calidez en la atención, privacidad, relevancia otorgada a las diferentes temáticas en SSR, entre otros.

Condiciones locativas de los servicios

Se pudo observar que todos los centros de salud relevados se encuentran ubicados cerca de vías principales de circulación y todos en zonas densamente pobladas, lo cual favorece la accesibilidad geográfica a los mismos.

En cuanto al aspecto locativo se pudo constatar que sólo el 28 % de las salas de espera poseen capacidad suficiente, en las restantes había personas de pie y fuera de la misma. Se observó que el 21 % de las salas cuenta con el mobiliario suficiente, 28 % están en buen estado de mantenimiento y 57 % cuenta con papeleras. En el 36 % de las salas la señalización es adecuada, en el 50 % escasa y en 14 % inexistente. La mitad de las salas de espera observadas están bien iluminadas y ventiladas mientras que, en la otra mitad, luz y ventilación se presentan en forma insuficiente. Desde el punto de vista térmico nueve de las catorce salas son confortables. Solo en el 21 % de los casos se encontraron baños en buen estado con agua, jabón, cisternas en funcionamiento, higienizados, papel, ventilación e iluminación adecuada.

La mayoría de las usuarias que se hallaban en la sala de espera estaban acompañadas mayoritariamente por niños y sólo en algunos casos por sus parejas. En la mitad de los casos los varones deben aguardar fuera del servicio. Salvo en dos de los centros, en la mayoría de las salas de espera no se desarrollan actividades educativas.

Respecto a los consultorios ginecológicos se halló que 78 % de los observados poseen capacidad suficiente, 71 % están bien iluminados, 78 % están bien ventilados y 57 % están térmicamente bien acondicionados. Sólo la mitad de los consultorios cuenta con baño en buen estado. El 100 % de los consultorios cuenta con camilla con papel para cada usuaria y 43 % de los mismos cuenta con sabanillas. En el 78 % de los casos, hay disposición de material descartable para la colocación de DIU y 86 % cuenta con espéculos de tres tamaños, descartables o esterilizados. En el 93 % de los centros se encontró que el sistema de recolección de residuos es adecuado. Se observó que en el 64 % de los consultorios existe posibilidad de privacidad ya que cuentan con un espacio reservado para que la usuaria se prepare para el examen ginecológico mientras que en el 36 % restante esta posibilidad es escasa. El 93 % de los consultorios cuentan con silla para acompañante. Aunque en el 71 % de los consultorios se constató la presencia de material educativo, en su gran mayoría éste es escaso o no hace referencia a la SSR.



El Observatorio llama la atención sobre aspectos sustantivos de la infraestructura de los servicios que deberían estar garantizados como la higiene y disponibilidad de sanitarios y condiciones adecuadas para las salas de espera.



Satisfacción y calidad de la atención

Mediante el formulario autoadministrado aplicado a usuarias y puérperas, se pudieron explorar diferentes aspectos que hacen a la satisfacción y calidad de la atención.

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, el nivel de satisfacción respecto a la atención recibida en el último año es alto, ubicándose la mayoría de las repuestas en "satisfecha y muy satisfecha". Siendo más alto en mujeres puérperas que en las usuarias.


Cuadro 60: Distribución de respuestas por tipo de usuaria según Nivel de satisfacción con la atención recibida

Nivel de satisfacción	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Muy satisfecha	15,3	17,6
Satisfecha	64,2	71,1
Ni satisfecha ni insatisfecha	11,1	7
Insatisfecha	4,7	1,7
Muy insatisfecha	4	2
No contesta	0,8	0,7
Total	100	100

En cuanto al trato médico percibido por las mujeres, se encontró que 67 % de las usuarias y 75 % de las puérperas refieren que el médico siempre las saluda al llegar y 6 % y 2 % respectivamente refieren que nunca lo hace. El ser llamadas por su nombre, 75 % de las usuarias y 66 % de las puérperas refieren que esto siempre sucede mientras que el 8 % y el 12 %, respectivamente, señalan que esto nunca sucede. Usuarías y puérperas por igual (74 %) señalan percibir que el médico las escucha con atención y el 85 % de usuarias y 87 % de puérperas sienten que son tratadas con respeto por éste. El nivel de insatisfacción en estos dos últimos ítems se ubica en el entorno del 2% promedialmente. En general, hubo una leve superioridad de satisfacción en Montevideo que en el interior del país.

O

El Observatorio saluda la satisfacción de las usuarias sobre el trato recibido por los profesionales de la salud en los servicios.



En cuanto al tiempo de espera que transcurre entre la solicitud o coordinación y la consulta, las diferencias van desde la atención en el mismo día de solicitada hasta los dos meses de espera. En promedio transcurren 17 días entre el pedido de la hora y la consulta. En líneas generales la mayoría de los centros de salud se manejan con cita previa, salvo algunos que atienden por orden de llegada o dando números en el día. La modalidad de coordi-

nación de cita en forma telefónica sólo se encuentra disponible en un hospital del interior del país y en un centro de salud de la RAP.

En el siguiente cuadro, se observa que la gran mayoría de las mujeres refirió tener que solicitar día y hora para la consulta, en mayor porcentaje las puérperas que las usuarias. Para las mujeres en puerperio inmediato no se registraron diferencias entre las de Montevideo y en el interior del país. Sin embargo en las usuarias si hay variaciones, las de Montevideo en un 65 % respondieron que deben solicitar día y hora mientras que en el interior del país dicen hacerlo en un 94 % de los casos .

Cuadro 61: Distribución de respuestas por tipo de usuaria según Solicitud de día y hora para la consulta

	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Si	79,7	87,7
No	20,3	12
No contesta	0	0,3
Total	100	100

Según los formularios autoadministrados, los días que transcurren entre que es coordinada la fecha para la consulta y el día en que la usuaria es atendida son en promedio 17, coincidentemente con lo registrado a través de la observación directa del funcionamiento de los servicios. Estos 17 días promedio, varían entre Montevideo y el interior del país, siendo mayor el tiempo de espera en el interior. En el caso de las puérperas el promedio es de 13 días de espera, revirtiéndose la situación Montevideo - interior.

Cuadro 62: Tiempo de espera Promedio entre la solicitud de la consulta y la concreción de la misma en días, por tipo de usuaria

	Usuarías	Puérperas
Montevideo	14	13
Interior	19	12
Total	17	13

El día de la consulta, el tiempo de espera en el centro de salud promedia los 38 minutos, de acuerdo a lo registrado con la observación directa, y en algunos centros a las mujeres que concurren con recién nacidos no se les hace esperar.

Los tiempos promedios de espera percibidos por las mujeres desde que llegan al servicio hasta que ingresan a la consulta oscilan entre los 69 y los 80 minutos, siendo menores en las puérperas. Se identificaron diferencias entre la percepción de tiempo de espera de las mujeres a través del formulario autoadministrado y lo relevado en

la observación directa donde el registro de tiempo de espera es de la mitad. La discordancia podría estar dada en una percepción subjetiva de la espera por parte de las mujeres.

Cuadro 63: Tiempo de espera Promedio en el servicio para ser atendida en minutos, por tipo de usuaria

	Usuarías	Puérperas
Montevideo	73.30	64.71
Interior	86.71	77.24
Total	80.04	69.22

En cuanto a la duración de la consulta, no existen diferencias relevantes entre Montevideo e interior y existe un plus de dos minutos y medio en la duración de las consultas de las puérperas respecto a las de las usuarias.

Cuadro 64: Promedio de duración de la consulta en minutos, por tipo de usuaria

	Usuarías	Puérperas
Montevideo	16.44	18.47
Interior	16.18	18.78
Total	16.31	18.58

Al observar la privacidad en la consulta ginecológica, 66% de las usuarias y 70% de las puérperas señalaron que nunca entraba y salía gente del consultorio durante la consulta mientras que 6,5% y 5,6% respectivamente, señalan que esta situación siempre se da. El 60% de las usuarias y 59% de las puérperas refieren que el consultorio posee siempre espacio para desvestirse en privado mientras que el 26% y 29%, respectivamente, señalan que nunca existe esta posibilidad. Aproximadamente 70% de las mujeres señalan que nunca se escuchan las conversaciones de otros médicos con sus pacientes. En líneas generales las condiciones de privacidad parecen ser sensiblemente mejores en Montevideo que en el interior del país.

En cuanto a la información que se les brinda en la consulta, a continuación se presentan cuadros relativos a la información general que ofrece el profesional a la mujer en relación a procedimientos, tratamientos, etc.

Cuadro 65: Información general que ofrece el profesional a la mujer por tipo de usuaria

Le explicaron lo que le iban a hacer	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Nunca	5,8	4
A veces	22,2	19,9
Siempre	70,2	72,8
No contesta	1,8	3,3
Total	100	100

Le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Nunca	15	7,6
A veces	21,5	16,6
Siempre	62,2	73,8
No contesta	1,4	2
Total	100	100

Evacuaron claramente sus dudas	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Nunca	5,1	5,6
A veces	27,2	23,3
Siempre	65,4	68,8
No contesta	2,3	2,3
Total	100	100

Recibió información clara sobre recetas de tratamientos	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Nunca	18	15,6
A veces	16,1	9,6
Siempre	62,6	68,4
No contesta	3,3	6
Total	100	100

Se va de la consulta tranquila, sintiendo que resuelve lo que necesita resolver	Usuaris (%)	Puérperas (%)
Nunca	4,5	3,7
A veces	26,2	26,9
Siempre	68,1	67,4
No contesta	1,2	2
Total	100	100


Como puede observarse en un alto porcentaje las mujeres consideran haber recibido información por parte del médico/a sobre tratamiento y evacuación de dudas, un 70 % tanto en usuarias como puérperas. Sin embargo es de destacar que esto es más frecuente en Montevideo (75 % en usuarias y en puérperas) y menos acentuado en el interior del país (66 % y 68 % en usuarias y puérperas respectivamente).

Sin embargo, el 18 % de las usuarias y casi 16 % de las puérperas señalan que nunca recibieron información clara sobre recetas ni tratamientos. Este porcentaje segmentado por región resulta ser más alto en mujeres del interior (20 % en usuarias y 18 % en puérperas) que en mujeres de la capital (16 % en usuarias y 14 % en puérperas).

Si bien como puede apreciarse el porcentaje de mujeres que siempre se van con una sensación de tranquilidad de la consulta, sintiendo que resolvieron su demanda de atención, es cercano al 68 % en usuarias y puérperas, se vuelven a registrar importantes diferencias entre Montevideo e interior del país. Las diferencias a favor de las mujeres encuestadas en Montevideo son de 8 puntos porcentuales en usuarias y 4 puntos porcentuales en puérperas.

O

El Observatorio celebra el grado de satisfacción que manifiestan las mujeres en relación a la información general que ofrece el profesional en la consulta y sobre la atención recibida.



Se preguntó también a las mujeres si en el servicio de salud habían recibido información en torno a quince temas relacionados a la SSR. Se preguntó si cada uno de estos temas había sido tratado en la consulta, y también si había visto carteleros, afiches, folletos u otro tipo de material sobre esta temática, en el servicio.

A continuación se presenta un cuadro con los porcentajes de mujeres que contestaron afirmativamente a la pregunta.

Cuadro 66: Temas tratados en la consulta ginecológica, por tipo de usuaria que respondieron afirmativamente

Porcentaje de mujeres que refieren temas tratados en la consulta	Usuarias (%)	Puérperas (%)
Uso del preservativo	49,1	38,5
Dispositivo Intrauterino (DIU)	50,5	41,9
Pastillas anticonceptivas	65,4	53,2
VIH-sida	43,7	35,9
Aborto	20,7	18,9
Ligadura de trompas	26,4	30,6
Lactancia materna	55,9	56,1
Infertilidad y esterilidad	14	12,6
Anticoncepción de emergencia	26,1	20,6
Enfermedades de transmisión sexual	45,6	43,9
Papanicolau (PAP)	73,2	61,8
Violencia	30,5	44,2
Reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva	25,5	24,3
Derecho a conocer la propia historia clínica	31,5	31,9
Prevención de la Sífilis	25,8	24,8

Como puede observarse, en el caso de las usuarias los temas más tratados en la consulta son en primer lugar el PAP, luego la lactancia materna seguida por pastillas anticonceptivas. Los temas menos tratados en el caso de las usuarias son infertilidad y esterilidad, seguido por aborto y reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva. Para las puérperas los temas más y menos tratados en la consulta son los mismos, con la única variante de que en los más tratados aparece primero la lactancia materna y luego las pastillas anticonceptivas.

Respecto a los materiales informativos y de divulgación relativos a las diferentes temáticas, usuarias y puérperas coinciden en las tres temáticas que más difusión gráfica parecen poseer: VIH-sida, uso del preservativo y lactancia materna, en este orden para usuarias y en el caso de las puérperas: uso del preservativo, VIH-sida y lactancia materna. Las temáticas que menor difusión parecen tener son para usuarias y puérperas las mismas y en el mismo orden: derecho a conocer la propia historia clínica, infertilidad y esterilidad y ligadura de trompas.

Cuadro 67: Porcentaje de mujeres que visualizaron material de difusión por tipo de usuaria

Porcentaje de mujeres que visualizaron carteles, posters, folletos, etc. relativos a estos temas en el centro de salud	Usuarías (%)	Puérperas (%)
Uso del preservativo	68,8	72,4
Dispositivo intrauterino (DIU)	48,7	50,7
Pastillas anticonceptivas	45,9	58,8
VIH-sida	69,9	63,5
Aborto	40,3	38,5
Ligadura de trompas	22,2	22,9
Lactancia materna	61,8	59,8
Infertilidad y esterilidad	20,2	21,3
Anticoncepción de emergencia	27,6	28,6
Enfermedades de transmisión sexual	59,1	51,5
Papanicolau	40,2	34,9
Violencia	52,8	56,5
Reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva	41	43,5
Derecho a conocer la propia historia clínica	14,9	16,3
Prevención de la Sífilis	31,3	28,2

Tanto para usuarias como para puérperas el tema sobre el cual se les ha proporcionado menos información, tanto en el ámbito de la consulta como a nivel de material de difusión, es el de la infertilidad y esterilidad. Seguido por el derecho a conocer la propia historia clínica, anticoncepción de emergencia, ligadura tubaria y aborto.

En el cuestionario autoadministrado, finalmente se pidió a las mujeres que puntuaran de 1 a 5 su satisfacción con respecto a diferentes elementos que hacen a la atención en el servicio de salud. En este caso se presentan los resultados en dos cuadros sobre las respuestas brindadas por usuarias y puérperas, por separado.

Cuadro 68: Promedio de Calificación de satisfacción de las usuarias en ítems de atención en el servicio de salud usuarias

USUARIAS	
Ítems evaluados	Total
Trato del personal médico	4.34
Trato del personal administrativo	3.70
Tiempo de espera	2.89
Claridad de la información dada por los médicos/as	4.18
Limpieza del consultorio	4.61
Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas	4.38
Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades	4.32
Entrega de turnos	3.64
Limpieza de los baños	3.97
Información sobre trámites	3.84
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	4.49
Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas	3.57

En el cuadro de usuarias puede observarse que a nivel general los ítems mejor puntuados son: limpieza del consultorio, tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos y la voluntad de los médico/as para contestar dudas o preguntas. Los peores puntuados son en primer lugar el tiempo de espera, la posibilidad de expresar sus necesidades y quejas y la entrega de turnos. No se observaron diferencias importantes entre Montevideo e interior.

En el cuadro de puérperas, puede observarse que a nivel general los ítems mejor puntuados son: limpieza del consultorio, voluntad de los médico/as para contestar dudas o preguntas y el trato del personal médico. Los peores puntuados son en primer lugar el tiempo de espera, la posibilidad de expresar sus necesidades y el trato del personal administrativo.

Cuadro 69: Promedio de Calificación de satisfacción de las usuarias en ítems de atención en el servicio de salud púerperas

PUÉRPERAS	
Ítems evaluados	Total
Trato del personal médico	4.39
Trato del personal administrativo	3.96
Tiempo de espera	3.23
Claridad de la información dada por los médicos/as	4.27
Limpieza del consultorio	4.59
Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas	4.42
Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades	4.31
Entrega de turnos	4.02
Limpieza de los baños	4.10
Información sobre trámites	4.06
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	4.28
Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas	3.89

En líneas generales, las mayores debilidades se ubican en la respuesta del sistema de salud para habilitar con mayor rapidez el acceso a la consulta; en la humanización de la atención (administrativa, infraestructural y técnica) y en la consideración de la población usuaria en tanto portadora de derechos.

De lo analizado también se desprende el claro déficit que existe aún en relación a las reglamentaciones y leyes relativas a la salud sexual y reproductiva, al derecho a conocer la propia historia clínica, la escasa información sobre tratamiento de la infertilidad y esterilidad, la prevención del aborto en condiciones de riesgo y la anticoncepción de emergencia. Asimismo es llamativa la baja relevancia otorgada a la ligadura tubaria.

O

El Observatorio llama la atención sobre la escasa información proporcionada en los servicios, tanto en la consulta como a través de materiales de difusión, particularmente sobre algunos componentes de la salud sexual y reproductiva como: infertilidad, ligadura tubaria, anticoncepción de emergencia y prevención de aborto en condiciones de riesgo.

X

CONCLUSIONES



"Las regulaciones y las políticas pueden restringir o propiciar la mejora de la SSR. Los marcos restrictivos pueden prohibir la educación sexual para los jóvenes, limitar la adopción fundamentada de decisiones acerca de la regulación de la fecundidad y reducir la financiación pública destinada a la planificación familiar y a la atención de la maternidad. Los entornos propicios garantizan una licencia adecuada de maternidad (y paternidad), promueven la divulgación de información sobre la disponibilidad de servicios de SSR y reconocen la autonomía de la mujer para decidir sobre su propia fecundidad. Estas influencias deberían tenerse en cuenta al examinar el uso variable de la atención sanitaria, así como al intentar lograr la equidad en la atención de la salud reproductiva." (OMS/UNFPA, 2009: pp.10)

El Observatorio 2009 se implementó en un año clave para la salud sexual y reproductiva a nivel mundial al conmemorarse los 15 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994)¹. En tal sentido, UNFPA encomendó la elaboración de un documento que identificara los avances nacionales en la implementación del Programa de Acción de la CIPD.²

Así mismo el 2010 será el momento donde los Estados deberán informar sobre el grado de cumplimiento de las metas definidas en los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) donde Uruguay es uno de los tres países (junto a Perú y El Salvador) de América Latina y el Caribe, que han sido incluidos en el proceso de revisión para la Cumbre de ODM que tendrá lugar en el mes de setiembre en las Naciones Unidas. Información que deberá ser elaborada por nuevas autoridades que asumen la Administración del gobierno nacional para el periodo 2010-2014, dando continuidad a la gestión del Frente Amplio como fuerza política reelecta, pero con cambios en las autoridades a cargo de las secretarías de Estado, como es el caso del Ministerio de Salud Pública.

La discusión de los resultados del Observatorio 2009 toma especialmente en cuenta las prioridades establecidas en la Estrategia Mundial sobre Salud Reproductiva de la OMS adoptadas por la 57ª. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004 (WHA 57.12) la cual se elaboró mediante una amplia consulta en todas las regiones de la OMS con participación de los Ministerios de Salud, ONG, organismos asociados de las Naciones Unidas y otras partes interesadas. En ella "se reconoce el papel crucial que desempeña la salud sexual y reproductiva en el desarrollo social y económico de todas las comunidades" y tiene como finalidad mejorar el acceso universal a la SSR para lo cual se definen medidas necesarias para acelerar el avance hacia los ODM así como las metas establecidas en la CIPD y CIPD+5.

Mediante este estudio el Observatorio se propuso como principal cometido generar conocimiento sobre la implementación de las normas y guías clínicas en SSR y el acceso a las prestaciones en áreas sensibles tales como: atención del embarazo, parto y puerperio; prevención del aborto de riesgo; prevención de ITS/sida; violencia doméstica y sexual; cáncer genito-mamario; anticoncepción y satisfacción y calidad de los servicios.

Los resultados para el año 2009 muestran, en términos generales, un alto conocimiento por parte de los profesionales de las normas y guías clínicas vigentes en SSR. No se puede afirmar lo mismo respecto a las mujeres encues-

1 El 7 y 8 de octubre de 2009 tuvo lugar el Seminario Regional "Avances y acciones clave en la implementación del Programa de Acción de El Cairo a 15 años de su aprobación" organizado por CEPAL y UNFPA.

2 López Gómez, A.; Abracinskis, L; Furtado, M. (2009) "Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción." Cuadernos de UNFPA, Año 2, N° 4, Serie Divulgación. UNFPA, Montevideo.

tadas quienes manifiestan un alto conocimiento de algunas normas y un muy bajo conocimiento de otras. Esto podría responder a que los servicios de salud han desarrollado escasas o insuficientes acciones de promoción en SSR que incluyan información a la población usuaria sobre sus derechos y las prestaciones que se brindan.

Es de resaltar que una de las normativas menos conocidas por las mujeres es la ordenanza 369 *“Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”*, a pesar de que ha sido uno de los temas que más ha estado en el debate público, con mayor presencia en los últimos años. Este resultado abre varias hipótesis de trabajo: a- las mujeres declararían menos de lo que efectivamente conocen porque el delito de aborto continuaría operando como un inhibidor para hablar del tema; b- el cambio de la práctica del aborto mediante el uso de medicamentos (misoprostol) generaría una menor expectativa en relación a la respuesta desde los servicios para las mujeres en esa situación; c- a pesar de que se han desarrollado acciones para promover e implementar la mencionada normativa, éstas no habrían incidido en la incorporación de esta problemática en los servicios de salud.

En contraste con lo que sucede con el aborto, todas las normas referidas a embarazo y parto son altamente conocidas por parte de las mujeres y de los profesionales, aunque esto no siempre está acompañado de su aplicación o de su uso y/o exigibilidad. Por ello resulta tan importante identificar y conocer las barreras de accesibilidad generadas desde el propio sistema de salud como aquellas que refieren al conjunto de determinantes sociales, incluidas en ellos las desigualdades de género y su intervencionalidad con otras tales como condición socio-económica, edad, raza-etnia y orientación/identidad sexual.

Para analizar el acceso a la SSR es importante distinguir los factores inherentes al sistema de salud y sus servicios (capacitación de sus recursos humanos, infraestructura, cobertura, insumos, entre otros) y aquellos ajenos al mismo tales como: los factores conductuales y subjetivos, socio-culturales, políticos y económicos que cumplen un papel primordial en los resultados de salud y en la capacidad para brindar los servicios necesarios.

Los resultados del Observatorio 2009 identifican factores que son inherentes al sistema como por ejemplo: la falta de criterios claros para la distribución de los métodos anticonceptivos; las razones explicitadas por profesionales y/o directores de servicios para no instrumentar la ley de acompañamiento al parto o para no realizar la ligadura tubaria; la baja indicación del PAP; la no disponibilidad del test rápido de VIH; la ausencia de mecanismos de control en la aplicación del protocolo de detección de violencia doméstica y sexual (VDS); bajo reporte epidemiológico de las consultas por aborto y por VDS, por mencionar algunos de los más significativos.

Pero también ofrece insumos para considerar los factores conductuales, subjetivos y socio-culturales. En particular la alta satisfacción de las mujeres con la atención recibida contrasta con las condiciones infraestructurales y de funcionamiento observadas directamente en los servicios (tiempos de espera, información disponible, explicación sobre tratamientos y medicación, higiene de las instalaciones, entre otros).

El conocimiento y aplicación de las normas sanitarias en SSR puede ser considerado como un indicador relevante para la medición del acceso a los servicios de salud. Este puede ser definido como *“la igualdad de posibilidades de todas las personas, según sus necesidades, de recibir información, someterse a pruebas de detección y recibir tratamiento y asistencia apropiados de forma oportuna, a lo largo de su vida reproductiva y con independencia de su edad, sexo, clase social, lugar de habitación u origen étnico”* (OMS/UNFPA, 2009, pp. 43). Por lo tanto la medición sobre acceso debería articular indicadores sobre estos múltiples componentes. Aunque éstos pueden

medirse por separado, por sí mismos no podrán dar cuenta de las complejidades implicadas en el acceso a la SSR. Los mayores esfuerzos se han concentrado en la realización de estudios para medir el uso de los servicios como forma de estimar el acceso. Pero, son menos aquellos que analizan los factores que lo promueven u obstaculizan.

Si bien el estudio del Observatorio no buscó medir uso de los servicios, sí ofrece evidencias que permiten identificar algunas de las barreras que limitan la implementación de las normas en SSR y la calidad de atención brindada. Una de ellas refiere a la débil integralidad de las prestaciones ya sea tanto en la intervencionalidad de los distintos componentes de la SSR (verticalidad de las acciones³) como en un enfoque predominantemente biomédico que reduce las posibilidades de un abordaje profesional de carácter holístico. En consonancia con esto, si bien un mayor uso de los servicios es un indicador de acceso a la atención en SSR, no necesariamente refleja empoderamiento de las mujeres, capacidad de tomar decisiones informadas y libres sobre sexualidad y reproducción, involucramiento de los varones, maternidades y paternidades responsables y capacidad de exigibilidad ciudadana. Tampoco significa que las prestaciones sean necesariamente de buena calidad y adecuadas a las necesidades de las personas según sus circunstancias vitales. Para ello se deberán generar nuevos estudios que ayuden a mejorar y adecuar la respuesta sanitaria.

En el contexto de la asunción de nuevas autoridades en el Ministerio de Salud Pública y dada la necesidad de definir la salud sexual y reproductiva como una prioridad de las políticas de salud, el Observatorio entiende que esta es una excelente oportunidad para definir una Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva 2010-2015 en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La misma debería recoger los avances y las lecciones aprendidas en materia de políticas, programas y servicios en SSR desarrollados en el país desde 1996⁴, así como los lineamientos de la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS y los compromisos asumidos por el estado uruguayo ante el sistema de Naciones Unidas.

Un buen camino para definir una estrategia nacional sería la discusión de las áreas de acción y la utilización de los indicadores recomendados para el monitoreo y evaluación⁵ del acceso universal (y equitativo) a la SSR planteados por OMS. Estas áreas refieren básicamente a:

- **fortalecer la capacidad de los sistemas de salud** para poner la SSR en el centro de los procesos nacionales de planificación y elaboración de estrategias;
- **mejorar la información para el establecimiento de las prioridades** desarrollando la capacidad nacional para recabar y analizar datos relativos a la situación de la SSR y sus determinantes así como el funcionamiento de los servicios de atención de la SSR;
- **movilizar la voluntad política** consolidando un firme apoyo en la inversión en SSR;
- **crear marcos legislativos y reglamentarios** mediante la revisión de leyes y políticas y, cuando sea necesario, su modificación.

3 En otros estudios realizados por MYSU se ha consignado que el diseño e implementación de programas verticales dificulta su traducción en prácticas de atención integral que superen los tradicionales modelos de atención materno-infantil.

4 Ampliamente documentadas a través de numerosos estudios realizados desde organizaciones de la sociedad civil, organismos gubernamentales y el ámbito académico.

5 "Estos indicadores se clasifican como básicos, adicionales y ampliados según su importancia relativa, la facilidad de la recopilación de datos y la pertinencia contextual. Los básicos son aquellos sobre los que todos los países deberían informar; los indicadores adicionales son aquellos sobre los que los países podrían informar con arreglo a sus necesidades especiales, características contextuales y capacidad y los indicadores ampliados pueden ser pertinentes para los países en que prevalezcan problemas particulares." (OMS/UNFPA, 2009: pp. 14)

Estas áreas de acción deberían incorporarse en el marco del proyecto país orientado a revertir las inequidades sociales y promover la igualdad de oportunidades y derechos para toda la población.

En función de ello el Observatorio recomienda que la autoridad sanitaria, mediante una amplia consulta, elabore una Estrategia Nacional en SSR y convoque a un grupo técnico de trabajo para definir indicadores básicos, ampliados y adicionales pertinentes al contexto nacional, que permitan dar un adecuado seguimiento a esa estrategia.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Don de Savigny y Taghreed Adam (eds.) (2009). Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud. OMS, Ginebra.

López Gómez, A.; Abracinskas, L.; Furtado, M. (2009) Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción. Cuadernos de UNFPA, Año 3, N° 4, Serie Divulgación. Montevideo.

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

OMS (2009) Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados. OMS/UNFPA, Ginebra.

OMS (2007) Aceleración del avance hacia los objetivos internacionales en salud reproductiva. Marco de aplicación de la estrategia mundial OMS de salud reproductiva. OMS/SHR, Ginebra.

UNFPA (2005) Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: tendencias e interrelaciones-una revisión. EAT/UNFPA, México.

ANEXOS



Anexo 1

Normativas nacionales y guías clínicas en salud sexual y reproductiva vigentes.

	Normativa – guías clínicas	Año de creación
Embarazo, parto y puerperio	Decreto 195/2005 (Poder Ejecutivo), Decreto 52/2006. Exoneración de co-pago en estudios para clínicos de embarazo de bajo riesgo	Poder Ejecutivo, MSP 2005 – 2006
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el embarazo	MSP, 2007
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el parto	MSP, 2008
	Decreto 295. Test de VIH. Ofrecimiento del test a toda mujer embarazada en el primer control obstétrico y de resultar positivo, ofrecimiento de TARV.	MSP, 1997
	Ley 17386. Acompañamiento en el trabajo de parto y parto. Decreto 52/2006. Reglamentación	Poder Ejecutivo, 2001 MSP, 2006
ITS, VIH-sida	Guías clínicas de profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría.	MSP, 2006
	Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico.	MSP, 2005
	VIH. Guías para diagnóstico y tratamiento Antirretroviral y monitorización en adultos y embarazadas.	MSP, 2006
	Directrices Básicas para la realización de consejería/ orientación en VIH-sida.	MSP, 2007
	Fluograma de la conducta a seguir en el caso de la exposición a sangre y fluidos potencialmente contaminantes.	MSP, 2007
	Ordenanza 821/2008. Obligatoriedad de la notificación de sífilis al sistema de vigilancia epidemiológica nacional.	MSP, 2005, 2008
PAP y mamografía	Ordenanza 402. Exoneración de copago en estudios de PAP y mamografía en servicios privados de la salud.	MSP, 2006
	Cáncer de Mama Primario. Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento.	MSP, 2002
	Cáncer de Mama Metastásico. Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento.	MSP, 2003
	Pautas de Diagnóstico y Tratamiento Administración de Citostáticos.	MSP, 2003
Aborto, aborto inseguro	Ordenanza 369. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.	MSP, 2004
Anticoncepción	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Anticoncepción. Métodos reversibles	MSP, 2005
	Comunicado al cuerpo médico sobre decreto vigente 258/1992 sobre consentimiento informado para esterilización femenina y masculina	MSP, 1992 MSP, 2006
Violencia contra las mujeres	Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención.	MSP, 2006

Anexo 2

Cuadro: Conocimiento sobre normativas vigentes en SSR, según usuarias.

Normativas en SSR	Respuesta Espontánea (%)	Respuesta Inducida (%)
Estar acompañada durante trabajo de parto.	15,1	72,2
Estar acompañada durante el parto.	15,1	70,7
Que estén dadas las condiciones adecuadas para el acompañamiento.	8,6	55,3
Que los médicos deben preguntar en la consulta si las mujeres viven situaciones de violencia doméstica.	3,1	59,0
El derecho de las mujeres a acceder a Métodos Anticonceptivos en el servicio de salud en forma gratuita.	17,0	79,1
El derecho de las mujeres a recibir información y atención ante ITS, incluyendo Sífilis y VIH-sida.	4,8	80,7
El derecho a recibir atención ante un embarazo no deseado y recibir información sobre cómo interrumpir un embarazo en forma segura.	2,8	48,3
El derecho a recibir atención si tiene complicaciones después de realizarse un aborto.	1,8	59,2
El derecho a recibir orientación anticonceptiva para evitar futuros embarazos.	6,1	85,9
El derecho a solicitar una ligadura tubaria por sola voluntad de la mujer.	2,7	51,9
El derecho de las mujeres a solicitar licencia especial paga para la realización de exámenes de Papanicolau y Mamografía.	7,6	66,3
Que es obligatorio que le pidan el test de VIH a las embarazadas.	4,4	80,6

Anexo 3

Cuadro: Conocimiento sobre normativas vigentes en SSR, en puérperas.

Normativas en SSR	Respuesta Espontánea (%)	Respuesta Inducida (%)
Estar acompañada durante trabajo de parto.	9,6	76,7
Estar acompañada durante el parto.	9,6	78,4
Que estén dadas las condiciones adecuadas para el acompañamiento.	6,6	57,1
Que los médicos deben preguntar en la consulta si las mujeres viven situaciones de violencia doméstica.	3,3	57,5
El derecho de las mujeres a acceder a Métodos Anticonceptivos en el servicio de salud. En forma gratuita.	6,3	82,7
El derecho de las mujeres a recibir información y atención ante ITS, incluyendo Sífilis y VIH-sida.	4,7	75,1
El derecho a recibir atención ante un embarazo no deseado y recibir información sobre cómo interrumpir un embarazo en forma segura.	2,0	38,2
El derecho a recibir atención si tiene complicaciones después de realizarse un aborto.	2,7	42,2
El derecho a recibir orientación anticonceptiva para evitar futuros embarazos.	5,0	77,4
El derecho a solicitar una ligadura tubaria por sola voluntad de la mujer.	2,7	40,2
El derecho de las mujeres a solicitar licencia especial paga para la realización de exámenes de Papanicolau y Mamografía.	2,3	49,5
Que es obligatorio que le pidan el test de VIH a las embarazadas.	4,7	81,1

Anexo 4

Cuadro: Conocimiento sobre normativas vigentes en SSR, en profesionales.

Normativas en SSR	Muy conocida %	Bastante conocida %	Algo/poco conocida %	Nada conocida %
Decreto 195/2005 (Poder Ejecutivo), Decreto 562/2006. Exoneración de co-pago en estudios paraclínicos de embarazo de bajo riesgo.	44	19	26	11
Decreto 295/1997. Test de VIH. Ofrecimiento del test a toda mujer embarazada en el primer control obstétrico y de resultar positivo, ofrecimiento de Tratamiento Antirretroviral.	72	19	10	0
Ordenanza 821/ 2008. Notificación de casos de sífilis.	68	25	4	3
Ley 17386. Acompañamiento en el trabajo de parto y parto. Decreto 67/006. Reglamentación.	90	7	3	1
Decreto 158/97 y 295/97. Establece el ofrecimiento de la prueba de VIH a toda mujer embarazada previo a su consentimiento informado. Dicho consentimiento deberá ser realizado para su tratamiento en caso que la mujer resulte VIH positiva.	67	19	12	3
Resolución ministerial 171/97. Incluye la cobertura universal de medicamentos antirretrovirales a todas las personas con sida, tanto en el sector público como privado.	44	27	26	3
Ordenanza 402. Exoneración de copago en estudios de PAP y mamografía en servicios privados de la salud.	61	17	19	3
Ordenanza 369. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.	58	18	19	5
Comunicado al cuerpo médico sobre decreto vigente 258/1992 sobre consentimiento informado para esterilización femenina y masculina	38	27	31	3

Anexo 5

Cuadro: Conocimiento sobre guías clínicas en SSR, en profesionales.

Guías manejo clínico en SSR	Muy conocida %	Bastante conocida %	Algo/poco conocida %	Nada conocida %
Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el embarazo.	72	24	4	0
Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el parto y puerperio.	74	21	4	1
Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico de Infecciones de Transmisión Sexual.	55	27	17	1
Directrices básicas para la realización de consejería / orientación en VIH-sida.	40	30	29	1
Guías para diagnóstico y tratamiento antirretroviral y monitorización en adultos y embarazadas con VIH.	31	29	35	5
Cáncer de Mama Primario. Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento.	36	21	36	7
Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Anticoncepción Reversible.	68	18	12	1
Decreto 281/006. Las instituciones de salud deberán prestar atención y asistencia a usuarias en situación de violencia doméstica. Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención.	38	27	31	3

El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva 2009, contiene información estadística y cualitativa sobre la implementación en los servicios públicos de salud en Uruguay, de normativas y guías clínicas en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva. Normativas contenidas en la Ley N° 18426 de "Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva", aprobada en noviembre de 2008. El estudio incluyó la realización de encuestas a mujeres usuarias de ginecología y obstetricia y a mujeres en puerperio inmediato; encuestas autoadministradas a profesionales de los servicios; entrevistas a las direcciones de los centros monitoreados y observaciones directas de consultorios y salas de espera.

El informe 2009 ofrece nueva evidencia sobre conocimiento, implementación y calidad de la atención en los servicios sobre anticoncepción reversible y no reversible, embarazo, parto y puerperio, atención pre y post aborto, VIH-sida, violencia doméstica y sexual y cáncer génito mamario. Los resultados alcanzados permiten identificar fortalezas y barreras para garantizar el pleno acceso a la salud sexual y reproductiva en los servicios públicos de salud, siendo un insumo insoslayable para la (re) definición y orientación de políticas públicas integrales en salud sexual y reproductiva basadas en una perspectiva de género y derechos.

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Esta publicación fue realizada con el apoyo de



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

El análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, su Junta Directiva y los Estados miembros.