



mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salud Sexual y Reproductiva y servicios de Aborto en Uruguay

En los Departamentos
de Río Negro, Soriano
y Paysandú.



**OBSERVATORIO
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

La información contenida en este material se basa en los resultados obtenidos por el Estudio "Estado de situación y desafíos en Salud sexual y reproductiva en Uruguay" que lleva adelante el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, con el apoyo de International Women Health Coalition (IWHC), Médicos del Mundo-Francia y Safe Abortion Action Fund (SAAF).

Presentación



El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (SNIS), desde el año 2010, ha incorporado la atención en Salud Sexual y Reproductiva reglamentando la implementación de la ley 18426 promulgada en el año 2008, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Posteriormente, con la aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en octubre de 2012, se incorporan a dichos servicios la realización de abortos legales.

MYSU, desde su programa institucional Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, monitorea estas políticas desde su aplicación. En este material se presentan los resultados del estudio *“Estado de situación y desafíos en Salud Sexual y Reproductiva y Aborto en los departamentos de Río Negro, Soriano y Paysandú”*, llevado adelante durante los años 2014 y 2015, que tiene como precedente la investigación exploratoria realizada en el departamento de Salto, en el año anterior. El estudio, en su primera fase, relevó información descriptiva sobre el funcionamiento de los servicios tanto en el sistema público como mutual, a través de un formulario de registro sobre cada una de las prestaciones en SSR, incluido aborto. En Soriano las instituciones públicas de salud negaron todo tipo de información aludiendo a una orden de ASSE a nivel central, lo que impidió contar con los datos descriptivos del funcionamiento de los servicios de SSR, en este departamento.

Para la segunda fase del estudio se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres entre 15 y 49 años con cobertura de salud en todos los departamentos estudiados con el objetivo de comprender los significados, prácticas y valores que potencian o debilitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en tanto usuarias de los servicios.

Se analizó la percepción de las mujeres entrevistadas sobre la atención en salud, el funcionamiento de los servicios y la actuación de los equipos profesionales, a partir de sus vivencias con el cometido de comprender como opera el estigma asociado a estas prácticas, en el acceso a las prestaciones y en el ejercicio de los derechos en la vida sexual y reproductiva.

Con la elaboración de este material MYSU cumple con su misión de difundir información y conocimiento basado en evidencia destinado a mejorar las intervenciones de los tomadores de decisión, organizaciones sociales, investigadoras/es, docentes, profesionales de la salud y ciudadanía en general. Con ello pretende aportar al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, en particular del litoral del país, así como hacer oír la voz de las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva. El informe completo se puede consultar en www.mysu.org.uy.

Sobre el estudio

Para la primer fase del estudio el equipo del Observatorio de MYSU elaboró un formulario para relevar la información necesaria que permitiese conocer el funcionamiento y organización de los servicios de salud sexual y reproductiva en las instituciones públicas y privadas habilitadas por el SNIS, en cada departamento. Se entrevistaron informantes claves (trabajadores del sistema de salud, integrantes de la sociedad civil, movimiento de usuarios) así como a las autoridades de los servicios estudiados.

Para la segunda fase se recurrió a la metodología cualitativa a través de una matriz de entrevista en profundidad, aplicada personalmente a 59 mujeres entre 15 y 49 años con cobertura de salud en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano.

La muestra es no probabilística pero se trató que fuese los más heterogénea posible de forma tal que las entrevistadas tuviesen distintos niveles socio-educativos, edades y con afiliación a prestadores de salud tanto público como privados. Las entrevistas fueron realizadas en febrero de 2015 en los tres departamentos.



SSR

Características de las mujeres entrevistadas

Variables	Valores	Soriano	Paysandú	Río Negro
Nivel Educativo	Ciclo Básico o menos	3	4	11
	Bachillerato	5	6	4
	Terciario	11	10	5
Total		19	20	20
Edad	15-24	4	6	4
	25-39	9	9	11
	40-49	6	5	5
Total		19	20	20
Tipo de prestador	Público	3	6	9
	Privado	16	14	11
Total		19	20	20

CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La conformación de equipos referenciales en SSR ha sido dispuesta por la normativa sanitaria que reglamenta la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (18426) promulgada en el año 2008 e incorporada al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el año 2010. A partir de allí es obligatorio para todos los prestadores de salud tanto públicos (ASSE) como de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Sin embargo la constitución de estos equipos no está disponible en todas las instituciones.

En el departamento de **Río Negro**, los servicios del sistema público presentan dificultades para conformar los equipos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Existen policlínicas para la atención de trabajadoras/es sexuales (generada a partir de fuertes demandas de la sociedad civil) y equipos para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), pero no para la atención integral de la SSR. Por lo tanto en la capital de Río Negro el prestador público no cumple con la normativa vigente en cuanto a la conformación del equipo referencial aunque brinda la atención, incluida la realización de abortos, para todas las localidades del departamento y también para usuarias derivadas de localidades limítrofes.

Una de las instituciones mutuales de dicho departamento, AMEDRIN que también funciona en la ciudad de Fray Bentos, conformó el equipo de SSR con ginecólogo, partera, asistente social y licenciado/a en enfermería, siguiendo la reglamentación de dicha ley, equipo que mantuvo sin cambios una vez aprobada la ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el año 2012. Dicho equipo realiza educación sexual, consejería sobre salud sexual y reproductiva, anticoncepción, aborto y prevención del cáncer génito-mamario.

En cuanto a la mutualista de la ciudad de Young, no existe equipo de salud sexual y reproductiva ya que se optó por una estrategia horizontal, donde en todas las policlínicas se realiza salud sexual y reproductiva. Pero no realizan abortos, derivando a las mujeres que lo requieren a Fray Bentos, para ser atendidas en AMEDRIN. Esto obedece, según el prestador, al bajo número de mujeres que consultan por IVE pero importa resaltar que todos los ginecólogos de la localidad, son objetores de conciencia. Por lo tanto la mayor parte de la atención en SSR en dicha institución es por anticoncepción, patologías de tracto genital inferior y prevención de cáncer.

En **Paysandú**, la Red de Atención Primaria de ASSE constituyó el equipo referencial en SSR en noviembre de 2011. En un comienzo, este equipo estuvo integrado por obstetra-partera, ginecóloga y psicóloga y luego integró una asistente social para cumplir con lo establecido en la ley IVE. Al inicio el equipo realizó mayormente tareas de asesoramiento pre y post aborto, y derivaba a otros profesionales de la ginecología y de la obstetricia de los servicios públicos todo lo referido a métodos anticonceptivos y a otras prestaciones en SSR. En el año 2012 incorporó la atención de la interrupción voluntaria del embarazo y el equipo se trasladó al Centro de Salud que es lugar de referencia para todas las policlínicas que integran la RAP en el departamento. Allí se realizan los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

La mutualista COMEPA constituyó su equipo multidisciplinario en enero de 2012 y realiza atención directa en IVE, anticoncepción y educación sexual.

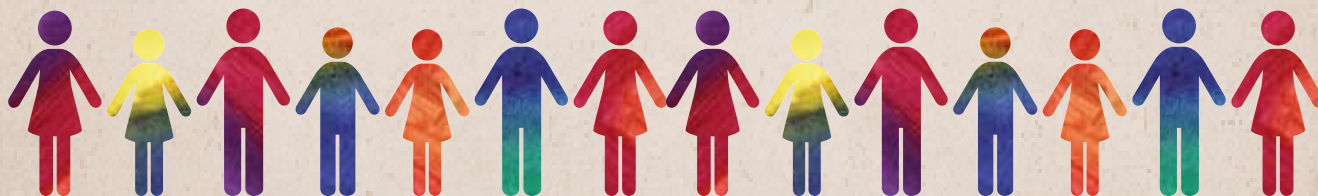
Importa señalar que estos servicios están disponibles sólo en la capital departamental.

La organización de los servicios de SSR varía en cada localidad y de acuerdo a cada prestador de salud lo cual podría entenderse como una estrategia virtuosa para dar cobertura y cumplir con los nuevos requerimientos prestacionales que satisfagan las necesidades de las usuarias en este campo.

Sin embargo, estas diferencias no permiten establecer rutas claras de acceso a estas prestaciones lo que dificulta, además, su difusión para la mejor utilización de las mismas. También es una barrera para la evaluación adecuada de estas políticas en función de lo establecido en la normativa.

MYSU entiende como prioritario asegurar la atención directa en salud sexual y reproductiva a través de las consultas habituales de los profesionales, en todos los niveles de atención e instituciones del SNIS. La salud sexual y reproductiva debe dejar de ser materia de atención a través de equipos específicos y éstos deberían concentrarse en su función de coordinación y referencia.

Asegurar la atención integral de la SSR, en todos sus componentes incluido aborto, desafía a las instituciones y al Sistema de Salud a reducir las barreras de acceso y garantizar su universalidad para todas las mujeres de los departamentos.



ABORTO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Para entender el impacto del uso del recurso de objeción de conciencia por parte de los y las profesionales de ginecología, resulta crucial hacerlo desde un anclaje territorial. La cifra de objetores de conciencia a nivel nacional no da cuenta de las realidades departamentales dado que existen localidades donde la totalidad de los profesionales de la ginecología han hecho uso del recurso y por lo tanto los servicios de IVE no están disponibles. Las mujeres usuarias de esas localidades deben ser trasladadas para acceder a la prestación en función de los objetores existentes por departamento y por localidad. Situación que podría hacer colapsar los servicios por no poder atender la demanda.

En el departamento de **Paysandú** hay 16 profesionales de ginecología, de los cuales 14 figuran como objetores de conciencia, lo que constituye un 87,3% de los recursos profesionales habilitados por ley para proveer el servicio.

Pero además importa señalar que no todos los profesionales no objetores realizan abortos en los servicios. Se podría argumentar que esto ocurre por decisiones organizativas de la gestión institucional, donde por una división de tareas un solo profesional queda a cargo de la realización de IVE. Más allá de que esto es cuestionable en términos de la verticalidad de la atención (elemento que el SNIS busca evitar) y la recarga del estigma asociado al aborto en un solo profesional, la evidencia en ASSE en Paysandú muestra que cuando el profesional que hace abortos no está disponible (por licencia, por ejemplo) las usuarias son trasladadas a otros departamentos, por lo que los otros dos profesionales son, de hecho, objetores de conciencia. Así, en el prestador público la objeción de conciencia formalizada alcanza al 78,6%, pero los profesionales que no realizan abortos (por objeción de conciencia formal o de facto) son el 85,7% (12 de 14).

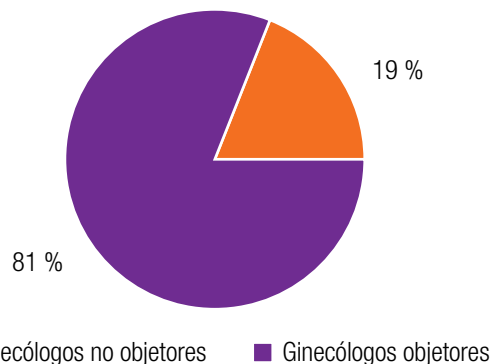
En el momento en que se realizó el trabajo de campo para este estudio, las usuarias eran derivadas al departamento de Salto. Antes de que hubiera un profesional no objetor en Salto (disponible desde setiembre de 2013) las usuarias eran trasladadas a Montevideo. Esto reafirma que, aún en departamentos que no tienen 100% de profesionales objetores, los traslados de usuarias para realizar IVE en otro departamento, también ocurren.

En el caso del prestador privado de Paysandú, la mutualista COMEPA, hay dos profesionales que figuran como no

Paysandú - Profesionales de Ginecología

	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	3	18,8%
Ginecólogos objetores	13	81,3%
Total:	16	100

Objeción de conciencia en Paysandú



objetores. En este prestador los profesionales objetores son el 83,3%.

En esta institución mutual los abortos son realizados por uno de los profesionales no objetores, mientras que el otro sólo los realiza cuando el primero no está disponible. Cabe desatacar que este profesional no objetor, sin embargo, figuraba como objetor de conciencia en el prestador público, al momento de relevar los datos para este estudio. Según el inciso tercero del artículo 11 de la ley 18987, la objeción de conciencia debería ser revocada

ASSE – Paysandú		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	3*	21,4
Ginecólogos objetores	11	78,6
Total:	14	100

*Sólo un profesional de ginecología hace abortos, de los tres no objetores existentes. Si dicho profesional no está disponible, las usuarias deben ser trasladadas a otro servicio.

COMEPA – Paysandú		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	2**	17,7
Ginecólogos objetores	10	83,3
Total:	12	100

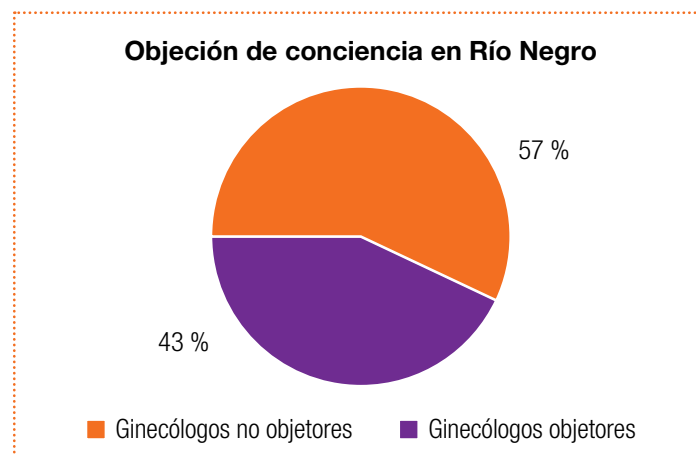
**Sólo un profesional no objetor hace abortos. En el caso que no pueda brindar el servicio, el otro no objetor lo cubre.

para este profesional, ya que la realización de abortos en cualquier servicio la revoca para todos los servicios en los que actúa.

En **Río Negro**, hay siete profesionales de la ginecología, de los cuales 3 son objetores de conciencia, lo que constituye un 42,9%.

Sin embargo cuando se analiza la situación interna del departamento, los porcentajes se modifican. Los profesionales no objetores de conciencia se concentran en la ciudad capital de Fray Bentos. En Young, que es la otra ciudad importante,

Río Negro – Profesionales de la Ginecología		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	4	57,1
Ginecólogos objetores	3	42,9
Total:	7	100



todos son objetores. Por lo tanto allí no se realizan abortos sino que las mujeres que lo demandan, luego de ser asesoradas, deben ser derivadas a Fray Bentos.

En el caso de los servicios de ASSE, se cuenta con siete profesionales de ginecología de los cuales tres son objetores y están ubicados en Young, mientras que los profesionales que realizan abortos son cuatro y están en Fray Bentos.

Las mujeres en situación de embarazo no deseado que viven en Young, son atendidas para corroborar tiempo de gestación y recibir el asesoramiento (IVE 1 y 2). Posteriormente son trasladadas a Fray Bentos para cumplir con la interrupción (IVE 3). Cuando Fray Bentos no tiene capacidad de sus recursos humanos para atender la demanda, se las traslada a Montevideo. El control post aborto (IVE 4) tampoco está disponible en los

ASSE – Río Negro		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	4	57,1
Ginecólogos objetores	3***	42,9
Total:	7	100

***Los tres son de Young, por lo tanto cuando en Fray Bentos no hay capacidad para atender la demanda, las mujeres deben ser derivadas a Montevideo.

servicios públicos de la ciudad de Young por lo tanto no se logró conocer cómo se resuelve esta parte de la atención prevista en el protocolo de implementación de los servicios de aborto.

En el caso de la mutualista privada AMEDRIN, todos los profesionales de ginecología tienen la disposición para realizar las interrupciones de embarazos por medicamentos. Resuelven las consultas de sus usuarias pero también atienden las que son derivadas de la otra mutualista CAMY ubicada en Young, dado que allí todos sus profesionales son objetores de conciencia.

CAMY, no cubre ningún costo por el traslado de las usuarias a Fray Bentos lo que contravendría lo dispuesto en la norma. Para el control post-aborto (IVE 4) la consulta la realiza el profesional de CAMY que haya atendido en el IVE 1 y 2 aunque sea objetor de conciencia.

AMEDRIN – Río Negro		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	3	100
Ginecólogos objetores	0	0
Total:	3	100

CAMY – Río Negro		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	0	0
Ginecólogos objetores	3	100
Total:	3	100



MYSU ve con enorme preocupación el número de objetores de conciencia a nivel territorial. Esto trae aparejado una falta importante de recursos humanos disponibles para la prescripción de la medicación utilizada para la interrupción del embarazo. Esto ocasiona una falta importante de profesionales disponibles para la prestación de los servicios generando un obstáculo de acceso a la atención para las mujeres de esas localidades pero también una sobrecarga para los profesionales y los centros de salud que sí prestan el servicio.

MYSU considera de alta prioridad la revisión y control de las razones para recurrir a la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la ginecología así como la necesidad de mejorar la organización de los



servicios y la distribución de los recursos humanos de manera de garantizar el acceso a la prestación, para reducir las barreras y complicaciones que ello ocasiona a las usuarias. De lo contrario, y de continuarse esta situación, se podría llegar a generar un colapso de los servicios tanto en las localidades que tienen la totalidad de profesionales objetores como en aquellas donde sí se brinda la atención.

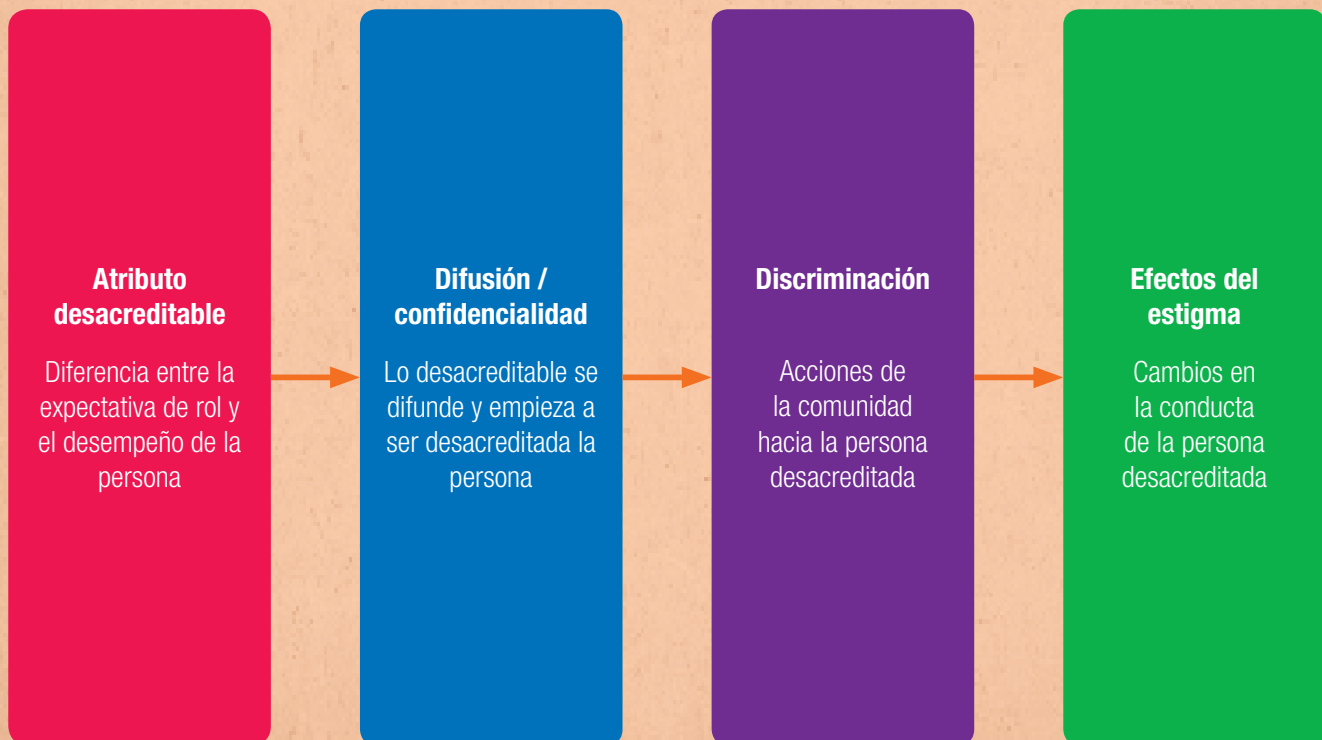
Debería incrementarse el control del cumplimiento de la normativa procurando la adecuada optimización de los traslados, la redistribución de profesionales dispuestos a brindar la atención y el adecuado reconocimiento y respaldo a aquellos que cumplen con lo dispuesto en la ley y en las normas de reglamentación.

ABORTO Y ESTIGMA

El estigma vinculado a prácticas y decisiones en la vida sexual y reproductiva de las personas aparece como una de las principales barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Es una barrera difícil de medir porque es imperceptible, está muchas veces naturalizada y, por lo tanto, no es tangible a diferencia, por ejemplo, de la objeción de conciencia o el diseño institucional de un prestador.

El estigma se podría definir como un atributo (una característica física, una conducta o una acción) que desacreditaría a la persona. Este descrédito surge de la contradicción entre aquello que se espera de la persona y como efectivamente es o se comporta, donde el atributo funciona como indicador de ese comportamiento distinto a lo socialmente esperable.

El *Ciclo del estigma*, incluye:



ATRIBUTO DESACREDITABLE

En tanto el atributo desacreditable es la base del estigma, en el discurso de las mujeres entrevistadas por este estudio se identifican tres tipos de desajustes entre la conducta esperable y la realizada en relación al aborto.

Desajustes entre expectativa de rol y acciones	
Expectativa de rol	Aborto como...
No matarás	Crimen
La mujer debe ser madre	No cumplimiento del mandato social
Responsabilidad en la prevención	Indicador de irresponsabilidad

El primer desajuste refiere a la asimilación del aborto a un homicidio, tal como se traduce en las opiniones de algunas entrevistadas:

“Lo llamemos como lo llamemos, está interrumpiendo una vida”

“Es matar a alguien, porque por más que se lo saques a tiempo, que digas que no esté formado ni nada, es una vida”

En segundo lugar, aparece el desajuste entre el deber de ser madre y el aborto como indicador del no cumplimiento de ese rol.

“A veces se piensa que si no puede tener hijos la mujer deja de ser mujer”

“Lo más digno que puede haber es tener hijos”

“Me parece que para una mujer, las mujeres estamos preparadas física y psicológicamente para ser madres. El tomar la decisión... Que ya somos madres y decidir no serlo es como que ya es ir en contra de uno, es ir en contra de nuestra biología. Entonces me parece que una quedaría traumatizada por tomar esa decisión antinatural”

La expectativa de rol aparece nombrada como lo “natural”, una de las formas típicas de referirse a lo que socialmente no puede tener alternativas. Lo biológico, aparece, a su vez, como fundamento indiscutible para el cumplimiento estricto de ese deber ser.

Los dos discursos anteriores vinculados a la diferencia entre el deber ser y el aborto, son parte de lo habitual en relación a la construcción del estigma vinculado al aborto. Pero llama la atención el tercer tipo de discurso que aparece con fuerza en las entrevistadas donde la responsabilidad para el ejercicio de la vida sexual es el deber ser y el aborto es el indicador de irresponsabilidad en la medida que el embarazo aparece como totalmente evitable. Esto da cuenta de la generación del estigma en la sociedad uruguaya, avanzada en términos del debate social en torno al aborto.

“No fue, ponele, por violación. Y lo hizo porque quiso. Tenés miles de formas de no engendrar un hijo”

“¿Y por qué no se cuidó antes? ¿Y por qué no tomó las precauciones antes?”

“¿Qué estaba pensando? Porque hoy en día hay muchas prevenciones”

“Pudiste pensar antes de concebirlo, te podías haber cuidado o hacer cuidar a tu pareja”

“Me da rabia a veces con la madre que no la hizo tomar pastillas”

La culpabilización de las mujeres que abortan está necesariamente fundada en la idea de que actualmente están dadas todas las condiciones para un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Así, aquella mujer que llega a un embarazo no deseado, es una mujer irresponsable.

“Porque posibilidades tenés un montón, porque si no tenés dinero para una pastilla podés ir al hospital, así que con

esa no me venga, lo mismo con el preservativo y si bueno miya querida. (...) Porque es muy fácil abrir las piernas, pero para abrir las piernas tenés que ser muy responsable, tenés que tener la cabeza centrada allá abajo”

“Y el tema del aborto para mi es para una persona que es un caso especial, me parece a mí. Porque hoy se previene, hoy como están las cosas hay mucho avance, muchas pastillas, se puede prevenir un embarazo. Y hay que ver que se habla mucho hoy en día de eso”

“Yo veo cantidad de chiquilines, que tenés información, educación, tanto en los colegios, como en el liceo, como la escuela, te hablan de la pastilla, de los preservativos, de las enfermedades, de los embarazos. Yo que se, tenés información... Y quedan embarazadas (...) Por eso te digo, no se si es terquedad o inmadurez, o no se qué es. Porque más de lo que uno les habla”

El discurso de las entrevistadas permite, a su vez, identificar la intersección que refuerza el atributo desacreditable entre la irresponsabilidad y la juventud. Si en este caso el haber tenido un embarazo no deseado es por irresponsabilidad, ¿quiénes son las más irresponsables? Según muchos discursos, las jóvenes y adolescentes.

“El aborto es algo que se hacen las adolescentes que andan por la vida descarriadas, manteniendo relaciones con cualquiera, eso dice la gente del aborto. (...) [La gente] piensa que, por qué no se cuidó antes, por qué no evitó el embarazo. Que piensa como que es cualquiera, como que no tiene valores”

“Hoy en día hay gente que lo toma como que es algo normal. Por ejemplo, la juventud, quedan embarazadas y van y se hacen un aborto y chau”

Existe además la idea de que las mujeres que piensan practicarse un aborto están equivocadas, o que necesitan recapacitar.

Esta idea coincide con el diseño de los servicios al que obliga la Ley de IVE, donde la mujer tiene que transitar varios pasos vinculados al tiempo de reflexión y a dotarla de herramientas, partiendo de la base de que a priori no las tiene.

“Si esa persona está totalmente decidida, vos que le vas a hablar a una persona que tiene la cabeza totalmente cerrada y está decidida a eso, ¿qué podés hacer? (...) Lo que haría es hablarle y aconsejarle que vaya a un psicólogo”

“Que se informe. Creo que primero se informe. Creo que lo primero que le diría es que piense bien si realmente lo quiere hacer, ¿por qué lo quiere hacer? Si está segura”

En síntesis, para estos discursos, la mujer que quiere abortar es irresponsable, adolescente o joven, no lo pensó cabalmente y, por tanto, está equivocada.

DIFUSIÓN / CONFIDENCIALIDAD

Este segundo componente del ciclo del estigma resulta clave en dos sentidos: en primer lugar, si el atributo desacreditable no es visible (por ejemplo, una acción) y además no es conocido por la comunidad, nunca pasará a ser desacreditada la persona. Por lo tanto, la difusión sobre la existencia del atributo desacreditable es condición para que haya discriminación. En segundo lugar, la difusión ocurre justamente porque el atributo es desacreditable. Consultadas las entrevistadas sobre su percepción en cuanto a la difusión, respondieron lo siguiente:

*“Creo que sí, las cosas malas se difunden rápido”
“Sí, acá se entera todo el mundo en seguida”*

“Si se hace un aborto, no se. Hablan. La gente habla mal y sin saber”

“Sí se difunde, obvio, ay viste fulana que se hizo un aborto”

“Sí, sin duda. Más acá (...), en ciudades chicas, te enterás. De las cosas malas siempre te enterás. Bueno malas, por decir malas”

Es importante diferenciar la difusión por parte de la comunidad de lo referido a los servicios de salud. Aparecen discursos que confían en la confidencialidad de los médicos por el secreto profesional. Sin embargo, otros discursos señalan que por la dimensión del territorio, así como por el diseño y la disposición de los servicios, desde el sistema de salud se difunde el atributo desacreditable.

“Si vos vas y te hacés un análisis de sangre para ver si estás embarazada, entonces se va a enterar todo el mundo”

“Si ella va a un sanatorio y se plantea un aborto, y ya van a comentar”

“Me enteré que pasó con gente de acá en el hospital de acá, que fue una usuaria por un tema de aborto y el otro le grita en la ventanilla ‘¿vos sos la que venís por el aborto?’ y bueno, se enteró toda la sala de espera”

Una entrevistada, refiriéndose a los trabajadores del centro de salud, sostuvo:

“Y, lo mismo que el barrio. Con la diferencia de que hablarían del tema, filtran la información. ¿Cómo se filtra cuando alguien tiene la enfermedad del SIDA? ¿Cómo llega a todos? Y esto también, y más porque está en boga, es como que la gente habla”

La percepción es que si se va a abortar, se sabrá y aunque la percepción no esté ajustada con la realidad esta idea podría influir en las mujeres que decidan abortar, convirtiéndose en un inhibidor para consultar en los servicios dentro del sistema de salud, de su localidad.

DISCRIMINACIÓN

Este componente implica la materialización del estigma, el momento en que la comunidad expresa a la persona su juicio negativo. Para las entrevistadas la comunidad discriminaría a las mujeres que pretendan abortar o aborten.

“La familia cómo la trataría... Seguramente... Esto hipotético, ¿no? Condena la conducta. Creo que no hay acompañamiento”

*“-¿Creés que habría discriminación?
- Ah sí, totalmente, sí. Ya se quienes me discriminarían, lo tengo claro. (...) Ah, y en el centro de salud también, sin dudas”*

“Creo que la mayoría de la gente reaccionaría así, juzgando, hablando mal, esas cosas”

*“-¿Cómo crees que reaccionaría la gente en tu barrio?
-Con críticas, o con etiquetas, con murmuraciones”*

“Ya si vos se lo planteás a alguien le cambia hasta la cara, hasta el modo de verte y el modo de tratarte. Y creo que te exponés a una condena social”

Existe además la percepción que hay una diferencia entre la actitud que asumen las personas en la intimidad y su discurso público.

“Hace muchos años, cuando no estaba permitido, cuando era ilegal, conocí a alguien que decidió y era amiga mía, es amiga mía. E increíblemente mucha gente le dio direcciones de dónde se lo podía hacer (...). Pero esa gente hoy, que le dio direcciones, es de las primeras que enarbolan la bandera contra el aborto. (...) En la intimidad, en el cara a cara, más de uno te apoya, pero cuando tienen que hacerlo público se hacen los que no, ‘que mire, que interrumpir un embarazo’.”

"Y lo ve mal, como algo jay, abortó! O algo así. Hasta capaz me pasa a mi eso... Es raro, pero en realidad varias amigas mías abortaron"

A su vez, aparece insistentemente la idea de que tanto la comunidad, el grupo de pares o la familia intentarían persuadir a la mujer para que no aborte.

"-¿Pensás que alguien en tu entorno trataría de persuadirte para no hacerlo?"

-Sí, seguramente, tengo una hermana que está en contra totalmente"

"Uno te dice que sí, el otro te dice que no. El psicólogo te dice una cosa, el ginecólogo te dice otra cosa. Y todavía después mete la cuchara la vecina, mete la cuchara el vecino, mete la cuchara la amiga de la amiga... La cabeza tuya empieza a marear"

"Si yo tuviera que decirle a alguien, obviamente que trataría de decirle que piense bien. Digo, el momento de bronca, de lo que sea, porque un niño se cría como puede, como se puede criar. Que no lo haga, porque después que lo hacés (...). Si te arrepentiste, sonaste"

Que la decisión de la mujer sea objeto de discusión, coincide con la forma de implementación que establece la Ley IVE donde la usuaria tiene que transitar por varias instancias manifestando las razones por las que quiere abortar.

EFFECTOS DEL ESTIGMA

Los efectos que tienen el estigma y la discriminación sobre la persona desacreditada se evidencian con el sentimiento de vergüenza que aparece sistemáticamente.

"Yo en sí no se lo diría a nadie. Vergüenza tendría"

"Supongo que alguien que quiere abortar, quiere esconder eso. No quiere que nadie se entere (...). Por miedo a que la juzguen, por miedo a que hablen mal, por miedo a los comentarios"

Por lo tanto para evitar el estigma y la vergüenza asociados a la práctica del aborto en una comunidad que lo condena, las entrevistadas creen que una opción sería evitar concurrir al servicio de salud al que acuden comúnmente.

"No se lo diría a nadie. Y no se si iría a un médico de acá, capaz me iría a hacerlo a otro lado"

"Supongo que la mayoría que aborta, como que tiene el miedo... Porque a veces van a lugares clandestinos con tal de que nadie se entere. Porque ponele que en un pueblo chico, viste que los doctores, la enfermera, todos nos conocemos. Por eso tal vez también es el miedo de ir a un centro de salud"

"Y a veces uno por tener confidencialidad, si yo puedo pagar lo que me salga con el mismo médico que me lo voy a practicar en la mutualista, capaz que voy y me lo hago en la clínica, creo. (...) Porque creo que ahora en el centro de salud no es que vas y decís me quiero practicar un aborto y voy y me lo practico, tenés todo un tema de un equipo que hable, que trabaje sobre el tema"

También hay referencias en algunos de los discursos de las entrevistadas que dan cuenta que evitarían atenderse con un profesional objetor de conciencia.

"Se que esa persona no hace aborto, directamente no voy. Porque para que voy a ir a pasar un mal momento, de que me diga que no y que le diga que sí. Ahí hay una discusión"

"Si te toca un objetor, yo creo que ya la estaría estigmatizando. (...) Porque si ya tiene esa concepción, difícilmente pueda verlo desde otro lugar" E. 5.



El estigma vinculado a la práctica del aborto está fuertemente presente en el relato de las mujeres entrevistadas en los tres departamentos estudiados y persiste más allá del cambio normativo y de la instalación de los servicios. La discriminación asociada al estigma actuaría como factor de culpabilización y como obstáculo para el uso de las prestaciones disponibles. El “ocultamiento” de la situación de embarazo no deseado por el temor de las mujeres a la sanción de los entornos familiares y comunitarios se refuerza con la percepción de que en los servicios no se garantiza la confidencialidad sobre el motivo de la consulta. El conjunto de estos componentes podría estar contribuyendo a mantener la clandestinidad de la práctica del aborto así como la situación de soledad, temor y angustia en las mujeres que deciden recurrir a la interrupción.

Esta situación podría generar, a su vez, una falsa percepción sobre la dimensión de la demanda de aborto en las distintas localidades y una desajustada decisión de las instituciones en cuanto a la organización y distribución de los recursos humanos para cubrir esta necesidad de la población.

Desde las instituciones se registra una suerte de “secretismo” sobre la disponibilidad y funcionamiento de estos servicios lo que se constata con la falta de difusión y de información de estas prestaciones en la propia cartelería de los centros de salud. Pero, además, tampoco aseguran la confidencialidad de las consultas, de acuerdo a los relatos de las entrevistadas, con lo cual la población usuaria no siente la confianza de asistir a dichos servicios no sólo por aborto sino por otros problemas como las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo. Por lo tanto, la intervención de las instituciones de salud no estaría contribuyendo a combatir el estigma identificado ni a

promover un cambio de condiciones para fomentar el respeto a la intimidad de las personas, a la diversidad de creencias ni a la autonomía en la toma de decisiones.

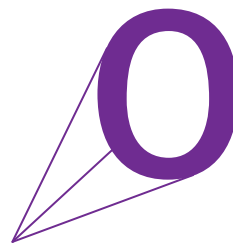
Hay una brecha importante entre oferta y demanda de los servicios que no satisficaría aún las necesidades y requerimientos de la población, en este campo de la salud. Esto afectaría la eficacia y eficiencia de las nuevas políticas implementadas debilitando el propósito del SNIS de promover vida saludable y prevenir problemas y complicaciones innecesarias, a través de una atención integral basada en derechos.

Sería por lo tanto indispensable mejorar las respuestas institucionales y asegurar la difusión de los servicios en conjunto con campañas públicas sostenidas que promoviesen el respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos. Sería de desear que estas acciones, a su vez, procuraran de-construir modelos hegemónicos de ser mujer imperantes y abatir los prejuicios persistentes en torno a la vida sexual y reproductiva de las personas.

En síntesis, los servicios de salud sexual y reproductiva -incluidos los de aborto- deben mejorar su respuesta optimizando la organización y calidad de la atención con una distribución y capacitación más adecuada de los recursos humanos en el territorio, de forma tal de garantizar el acceso y abatir las barreras existentes. A su vez, se debería controlar y regular de forma más exigente el uso de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la ginecología en la medida que aparece como uno de los obstáculos más remarcables. También sería fundamental trabajar en la difusión de derechos de forma tal de erradicar mitos, prejuicios y tabúes que actúan como fuente de estigmatización y discriminación.

■ Desde su creación en 1996, MYSU implementa estrategias y actividades para dar seguimiento y monitoreo a las políticas públicas en salud y género en Uruguay, con especial foco en salud sexual y reproductiva. El cometido es identificar y analizar los avances, dificultades, vacíos y retos en el cumplimiento de los compromisos internacionales que el país ha suscrito en el marco del sistema de Naciones Unidas en materia de políticas de población, salud y derechos humanos. El desarrollo de una línea institucional de monitoreo de políticas públicas se sustenta en la experiencia histórica del movimiento de mujeres y feminista en la región de América Latina y El Caribe, como una estrategia de exigibilidad ciudadana para el logro de garantías y reconocimiento a los derechos de las mujeres a la salud y en particular a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En 2006, MYSU define la creación de una herramienta político-técnica más robusta y eficaz para incidir en la mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con equidad de género, universalidad, calidad e integralidad. Se define así el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, un programa de investigación, un instrumento potente para la generación de conocimiento y para su uso por parte de tomadores de decisión, proveedores de servicios, población usuaria y organizaciones sociales. Su propósito es generar información sistemática y de calidad sobre distintos componentes y dimensiones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que permita identificar avances, problemas y desafíos en el acceso y garantía de estos derechos en la población uruguaya. En el año 2012, fue distinguido con el “Premio Concha Colomer a Observatorios sobre Género y Salud” otorgado por OPS-OMS entre más de 40 iniciativas de América Latina y El Caribe.



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salto 1267 - 11200 - Montevideo - Uruguay

Tels: +598 24103981 - 24104619

Cel: +598 99597407

mysu@mysu.org.uy

www.mysu.org.uy/observatorio

www.mysu.org.uy

El estudio y esta publicación fue realizada con el apoyo de:



INTERNATIONAL WOMEN'S
HEALTH COALITION

