

“Recursos para la incorporación de las mujeres y niñas en la respuesta al VIH / SIDA en los programas gubernamentales en cinco países del MERCOSUR”

GUÍA URUGUAY

Organizaciones nacionales:



Coordinación regional:



Con el apoyo de



Proyecto:

“Recursos para la incorporación de las mujeres y niñas en la respuesta al VIH / SIDA en los programas gubernamentales en cinco países del MERCOSUR”

GUÍA URUGUAY

Este informe fue realizado en el marco del proyecto regional “Recursos para la incorporación de las mujeres y niñas en la respuesta al VIH/SIDA en los programas gubernamentales en cinco países del Mercosur”. El informe Uruguay fue realizado por MYSU, ASEPO, Grupo Esperanza y Vida y Red de PVVS de la Frontera Uruguay- Brasil (MLCM+). La coordinación regional estuvo a cargo de de FEIM y IAWC, con el apoyo de UNDP.

Organizaciones nacionales:

Asociación de Ayuda al Sero Positivo – **ASEPO** (Laccaso)

Mujer y Salud en Uruguay – **MYSU**

Grupo Esperanza y Vida /Red de PVVS de la Frontera Uruguay-Brasil (MLCM+)

Coordinación regional:

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer –FEIM- /International Aids Women Caucus (IAWC)

Coordinación general del informe Uruguay

Lilián Abracinskas – MYSU

Alejandra López – MYSU

Liset Collazo (ASEPO)

Marisol Alvez (Grupo Esperanza y Vida)

Elaboración del informe técnico.

Lic. Verónica Burstin y Lic. Virginia Pesce (integrantes del equipo técnico de MYSU). Con los aportes de ASEPO y de Esperanza y Vida.

Esta publicación fue posible por el apoyo de UNDP

Diseño de publicación: Fabián Montini
Uruguay, diciembre de 2010.

Índice

- I. Contexto general.
- II. VIH-SIDA: dimensión y características de la epidemia.
- III. Sistema de salud, políticas y normativas en salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA.
- IV. Disponibilidad de informaciones económicas en relación a la respuesta al VIH.
- V. Disponibilidad de insumos y servicios.
- VI. Satisfacción y calidad en los servicios.
- VII. Fuentes consultadas.



INFORME URUGUAY

Recursos para la incorporación de las mujeres y niñas en la respuesta al vih / sida en los programas gubernamentales, y particularmente en la situación de Artigas.

El presente documento ha sido elaborado a partir de la información recabada a través del relevamiento realizado por organizaciones locales del departamento de Artigas, llevado a cabo por MYSU, ASEPO (Laccaso) y Grupo Esperanza y Vida /Red de PVVS de la Frontera Uruguay-Brasil (MLCM+). El mismo se realizó en base a los criterios establecidos a nivel regional, y tiene por objetivo brindar insumos para la incidencia política tendiente a generar cambios en la situación de mujeres y niñas en relación a su salud sexual y reproductiva y a la prevención, atención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, particularmente VIH/sida.

CONTEXTO GENERAL

Caracterización geográfica

La República Oriental del Uruguay está constituida por una superficie terrestre de 176.215 km² y 137.567 km² de aguas jurisdiccionales, alcanzando una superficie total de 313.782 km². Limita al norte y noreste con Brasil, y al oeste y sur con Argentina. Se divide geopolíticamente en diecinueve departamentos. El departamento de Artigas, en el que se centró la intervención realizada, se ubica al Norte del país y limita con Argentina y Brasil (por frontera seca).

Caracterización jurídica

La República Oriental del Uruguay es un Estado unitario democrático, de carácter presidencialista. El gobierno se divide en tres poderes independientes: Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial.

El Poder Ejecutivo es ejercido por el presidente de la República, que actúa conjuntamente con el Consejo de Ministros. El presidente es simultáneamente jefe de Estado y Gobierno, y es electo junto con el Vicepresidente mediante

elección popular directa, mientras que éstos designan a su vez al consejo de ministros. El Presidente tiene un mandato de cinco años sin reelección inmediata hasta después de igual período desde el cese de su cargo. Se eligen en una misma candidatura presentada por el respectivo partido. En caso que ninguna candidatura obtenga la mayoría absoluta de los votos, se procede a una segunda vuelta entre las dos primeras mayorías. En dicha votación resulta ganadora la candidatura que obtenga la mayoría simple de los votos.

El Poder Legislativo reside en la Asamblea General, la cual consta de una Cámara de Senadores de treinta y un miembros (contando al presidente de la cámara, que es el Vicepresidente de la República) y de una Cámara de Representantes de noventa y nueve miembros. Las elecciones para el parlamento se celebran en listas cerradas simultáneamente con la elección presidencial (no se aplica el voto por cada candidato a Diputado o Senador sino por una lista presentada por cada partido político). Los/as Diputados/as se eligen por departamento, mientras que los/as Senadores/as se eligen a escala nacional, ambos para mandatos de cinco años.

Cada uno de los diecinueve departamentos de Uruguay es encabezado por un/a Intendente/a popularmente elegido. Los/as ediles de la Junta Departamental actúan como poder legislativo a nivel departamental.

El Poder Judicial es encabezado por la Suprema Corte de Justicia, cuyos miembros son nombrados/as por la Asamblea General mediante una mayoría de dos tercios y cuyos mandatos duran diez años o hasta que cumplen setenta años de edad. La Suprema Corte de Justicia es la última instancia de apelación y es también la encargada de juzgar la constitucionalidad de las leyes. El poder judicial está compuesto asimismo por Tribunales de Apelaciones, Juzgados Letrados y Juzgados de Paz.

Los gobiernos locales de cada uno de los departamentos se organizan a semejanza del gobierno central, con dos órganos fundamentales: el Intendente Municipal (Ejecutivo), y la Junta Departamental (Legislativo). Se ocupan de asuntos como el transporte, cuidado de las ciudades, residuos, alumbrado

público, así como el cobro de patente de vehículos, contribución inmobiliaria, tasa de alumbrado, tasa de saneamiento, etc.

El/la Intendente/a es elegido/a directamente por los/as ciudadanos/as inscriptos/as en el registro cívico de ese departamento, en elecciones que se realizan en diecinueve circunscripciones (una por cada departamento) en una fecha distinta a la elección nacional (el año siguiente al electoral, el segundo domingo del mes de mayo).

Las Juntas Departamentales son organismos unicamerales compuestos por treinta y un ediles. El partido político que obtiene la mayoría simple de votos, obtiene dieciséis de las bancas y el resto se dividen entre los demás partidos en proporción a los votos obtenidos.

Existe también, en pequeños pueblos o ciudades, autoridades locales denominadas Juntas Locales, que son elegidas por los/as ciudadanos/as inscriptos/as en el registro cívico con referencia a dicha localidad o nombradas por la Junta Departamental a iniciativa del/la Intendente/a.

La reforma constitucional de 1997 institucionalizó el Congreso Nacional de Intendentes, con el fin de coordinar las políticas de los Gobiernos Departamentales para permitir a estos acordar entre sí, con el Poder Ejecutivo o con otros órganos del Estado.

Desde el año 2010 los departamentos se dividen a su vez en Gobiernos Municipales, lo que supone la conformación de un tercer nivel de gobierno. Los Municipios son órganos integrados por cinco miembros, cuyos cargos son de carácter electivo y se distribuyen por el sistema de representación proporcional integral. Por lo tanto, el primer titular de la lista más votada del lema más votado dentro de una circunscripción territorial es quien preside el Municipio, y se denomina Alcalde o Alcaldesa. A los cuatro miembros restantes se les denomina Concejales y sus cargos son de carácter honorario.

Caracterización sociodemográfica

Según proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población total para el 2010 asciende a 3.356.584 habitantes, siendo 1.735.056 población femenina y 1.621.528 masculina (51,7 % y 48,3 % respectivamente).

PROYECCIÓN POBLACIONAL 2010			
	TOTAL	MASCULINA	FEMENINA
TOTALES	3356584	1.621.528	1.735.056
Artigas	79270	39.832	39.438
Canelones	525980	257.117	268.863
Cerro Largo	90883	44.572	46.311
Colonia	120894	59.386	61.508
Durazno	62155	31.100	31.055
Flores	25726	12.623	13.103
Florida	70811	35.422	35.389
Lavalleja	61994	30.762	31.232
Maldonado	152523	74.554	77.969
Montevideo	1336878	624.239	712.639
Paysandú	116387	58.000	58.387
Río Negro	56513	28.834	27.679
Rivera	112084	55.107	56.977
Rocha	70374	34.899	35.475
Salto	128669	63.244	65.425
San José	110714	55.241	55.473
Soriano	88449	43.913	44.536
Tacuarembó	96783	48.382	48.401
Treinta y Tres	49497	24.301	25.196

La esperanza de vida al nacer es de 75,97 años para la población en general, siendo de 72, 4 años para la población masculina y de 79,73 años para la femenina. A continuación presentamos la esperanza de vida por sexo y por lugar de residencia, señalado en rojo el departamento de Artigas.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER. AÑO 2008			
	Total	Hombres	Mujeres
Total País	75,97	72,41	79,73
Artigas	75,16	71,73	79,12
Canelones	76,14	72,68	79,81
Cerro Largo	75,56	72,28	78,75
Colonia	77,92	74,5	81,55
Durazno	78,02	74,06	81,97
Flores	78,43	74,54	81,99
Florida	77,22	74,06	80,72
Lavalleja	77,32	73,34	81,23
Maldonado	77,04	73,47	80,82
Montevideo	75,37	71,66	79,27
Paysandú	76,79	73,51	80,45
Río Negro	77,8	74,5	80,83
Rivera	75,84	72,51	79,68
Rocha	75,51	71,82	79,15
Salto	74,7	71,69	77,91
San José	77,48	73,58	81,44
Soriano	76,02	73,14	78,99
Tacuarembó	75,86	71,34	81,09
Treinta y Tres	75,69	71,83	79,67

Fuente: Uruguay en Cifras 2009, INE

La tasa global de fecundidad se ubicó en el 2.0078 en 2008, comprometiendo el reemplazo poblacional. Los nacimientos de menores de 14 años representan el 0.4%, aquellos de mujeres entre 15 y 19 años el 15.1% y los de 20 a 24 años el 24.3%.

A nivel nacional la tasa de mortalidad infantil es de 13,34 por mil nacidos vivos para datos de 2008 (11,78 en mujeres y 14,81 en varones). Si observamos los datos de **Artigas** podemos observar que estas cifras ascienden a 15,2 cada mil nacidos vivos (13,76 en mujeres y 16,44 en varones).

La tasa de mortalidad de mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto (mortalidad materna) para datos de 2008 fue de 0,9 cada 10.000 nacidos vivos.

Caracterización socioeconómica

La tasa de desempleo en el primer trimestre de 2010 fue de 7,4 %, siendo 5,5% en hombres y 9,7% en mujeres. El salario mínimo en Uruguay al 1º de enero era de \$ 4.799 (equivalentes a U\$ 240 aproximadamente).

Según datos de 2008, hay un/a médico/a cada 239 habitantes si se considera la población general. Si se discrimina este dato por grandes zonas, se identifica que en Montevideo había a razón de un/a médico/a cada 134 personas mientras que en el resto del país encontramos un/a médico/a cada 505 habitantes aproximadamente. El 99.3% de los partos son atendidos por personal profesional.

El departamento de Artigas, tal como se señala en el siguiente cuadro, es el departamento de Uruguay en el que viven más personas en hogares pobres, agudizándose la situación de pobreza en las mujeres.

Porcentaje de personas viviendo en hogares pobres por departamento según sexo			
	Mujer	Varón	Total
Artigas	34,5	33,2	33,8
Canelones	15,8	15,2	15,5
Cerro Largo	23,3	25,6	24,4
Colonia	13,4	13,3	13,3
Durazno	18,1	15,5	16,9
Flores	10,5	8,4	9,5
Florida	20	16,5	18,3
Lavalleja	14,7	14,8	14,7
Maldonado	6,6	7	6,8
Montevideo	22,8	23,8	23,2
Paysandú	20,5	19,8	20,1
Río Negro	21,1	19,4	20,3
Rivera	29,4	30	29,7
Rocha	20,5	18,4	19,5
Salto	24,2	25,5	24,8
San José	13,1	13,2	13,2
Soriano	16,3	17,3	16,8
Tacuarembó	26,7	28,2	27,5
Treinta y tres	15,8	15,2	27,2

VIH/SIDA: DIMENSIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA EPIDEMIA

Actualmente, y según datos oficiales, la prevalencia del VIH en la población general es inferior al 1%, aumentando significativamente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (superior al 3 %). Geográficamente la prevalencia más alta se concentra en Montevideo, departamentos fronterizos con Brasil y departamentos de destino turístico de la costa atlántica. Por consiguiente, Uruguay se define como un país con epidemia concentrada.

En 1983 se diagnosticó a la primera persona VIH positiva en Montevideo. Según el Programa Prioritario de ITS/SIDA (MSP), hasta noviembre de 2009 se cuenta con un total acumulado de 12.356 personas diagnosticadas con VIH.

En 2008 se habían diagnosticado 418 casos nuevos de VIH, 133 casos de SIDA. Si se analiza la distribución del acumulado desde el inicio de la epidemia, se puede observar que la incidencia de VIH por sexo es de 65.5% para los varones y 35% para las mujeres. La máxima incidencia de VIH se presenta en la franja etaria de 15 a 34 años, acumulando el 65% de los casos. En el caso del SIDA la incidencia por sexo indica un 74.7% para los varones y un 25.3 % para las mujeres. En este caso la máxima incidencia se da en la franja de 20 a 44 años.

Cabe señalar que la tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia de VIH/SIDA para la población femenina.

La tasa de mortalidad por SIDA es de 4.4 cada 100.000 habitantes, con un valor de 6,9 en los varones y de 2.1 en las mujeres. La evolución de la razón hombre/mujer muestra que en Uruguay la epidemia comenzó con razones mayores a los demás países de este estudio, con 6.0 en 1988 y picos de 8.5 en 1989 y 1991, descendiendo paulatinamente a través de los años y llegando a 1,2 varones por cada mujer infectada de los casos notificados durante 2009.

El mecanismo de transmisión más frecuente, tanto para el VIH como para los casos de SIDA, es la vía sexual. En el caso del VIH representa el 66.6% y el 71.7% en el caso de personas con SIDA. Uruguay descendió su tasa de transmisión vertical del VIH/SIDA de 26% en 1995 a 3% en la actualidad.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el preservativo es mencionado como el de mayor uso tanto para varones como para mujeres. Según una encuesta realizada en 2004, el 86% de los varones y el 68% de las mujeres declararon haber utilizado este método en su última relación sexual.

SISTEMA DE SALUD, POLÍTICAS Y NORMATIVAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y VIH/SIDA.

En el período de 2007- 2009 se producen significativas reformas en el sistema de salud de Uruguay. A mediados de 2007 se aprueba la Ley 18.131 mediante la cual se crea el Fondo Nacional de Salud. El mismo se constituye en el fondo de financiamiento único de la prestación de asistencia médica al colectivo de trabajadores y jubilados. Mediante esta Ley se establece que los beneficiarios podrán optar entre la asistencia en el sector público o privado.

También en 2007 se aprueba la Ley 18.161, mediante la cual la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) se crea como servicio descentralizado. Este servicio tiene competencia nacional y entre sus principales cometidos está el de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de salud de los habitantes, coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud y de desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes del país, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y las leyes del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud). En su Artículo 4º se enuncia como cometido el contribuir, mediante planes adecuados al cambio de prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo la salud.

En 2007 se aprueba, y empieza a regir a principios de 2008, la Ley 18.211 de Creación del Sistema Integrado de Salud. Mediante esta Ley se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Establece los principios rectores del sistema dentro de los cuales se destacan: la promoción de la salud; la intersectorialidad de las políticas de salud; el acceso universal; la orientación preventiva; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la calidad integral de la atención; el respeto a los derechos de los usuarios; la participación social de trabajadores y usuarios.

En 2008 se aprueba la Ley 18.335 de Regulación de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. La misma se erige como marco regulatorio de la relación entre los prestadores y pacientes o usuarios de los servicios de salud. Dicha Ley constituye un avance tanto en lo que refiere al acceso universal como a la no discriminación, ya que se establece el derecho de pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario, prohibiéndose la discriminación por cualquier razón, ya sea de sexo, raza, edad, religión, orientación o identidad sexual, condición económica, discapacidades, condición social, entre otros.

Hacia fines de 2008 se aprueba la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El proyecto de ley original recibió el veto presidencial de Tabaré Vázquez en el Artículo referido a la interrupción voluntaria del embarazo. Continúan los esfuerzos de varios actores sociales para que el debate sobre esta temática sea retomado y se revise la decisión del veto.

La Ley, tal cual fue aprobada, garantiza las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Además de establecer estos derechos, promueve políticas nacionales, diseña programas y organiza servicios para desarrollarlos. Dentro de estos se destacan: universalización en el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR); garantizar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones y la formación adecuada de los recursos humanos de la salud;

capacitar a los docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena.

Como objetivos específicos se consideran: difundir y proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes en esta materia; prevenir la morbi-mortalidad materna y sus causas; promover el parto humanizado; promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño; prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y prevenir y reducir el daño del efecto del consumo de sustancias adictivas.

Se encomienda al MSP que dicte normas para la atención integral en SSR de niños, niñas y adolescentes; capacite a los recursos humanos de los servicios correspondientes; impulse campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos en SSR; implemente acciones de vigilancia y control de la gestión; promover la captación precoz del embarazo; implementar en todo el territorio nacional la normativa denominada *"Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"*, promover que los varones vivan plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.

También dispone la protocolización de la violencia física, psicológica o sexual, así como la protocolización en materia de anticoncepción e infertilidad.

Se destaca la directa mención al VIH/SIDA y otras ITS en el Artículo 4, apartado i, numerales 1, 2, 3 y 4, donde se encomienda al MSP: la promoción en todos los servicios de SSR la educación, información y orientación sobre comportamientos sexuales responsables, y los métodos eficaces de prevención de las ITS; proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto; impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia personas que convivan con ITS y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad, e investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de

transmisión del VIH/SIDA y otras ITS en diferentes poblacionales, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Es de relevancia destacar en la norma la incorporación del Artículo 7, que incorpora al Código de la Niñez y Adolescencia el Artículo 11 bis, donde se establece el derecho de todo niña, niño o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, incluidos los SSR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecer las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

En el 2009 se aprueba la Ley 18.437, Ley General de Educación, en la que se incluye dentro de los principios de la educación estatal, la igualdad de oportunidades o equidad. A este respecto se establece que desde el Estado se estimulará la transformación de los estereotipos discriminatorios por motivos de género, raza, etnia u orientación sexual. Entre las líneas transversales del Sistema Nacional de Educación prioriza la educación en derechos humanos, la educación para la salud y la educación sexual. Estas intervenciones transversales están presentes en los diferentes planes y programas de manera que alumnos y alumnas incorporen hábitos de vida saludables, se promueva la salud y se prevenga la enfermedad.

La Ley 17.815 sobre Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños, Adolescentes y Personas con Discapacidad, está vigente desde 2004. Existe un proyecto de ley de Utilización de Imágenes de Niñas, Niños o Adolescentes con Fines Eróticos, el cual agrega entre las conductas típicas del ilícito la utilización de imágenes de niños tomadas indiscriminadamente para satisfacer la libido propia o ajena.

Hacia fines de 2007, se aprueba la Ley de Migración 18.250. En los Artículos 77, 78, 79 y 80, se crean los tipos penales de Trata y Tráfico de Personas. Una de las principales fortalezas de esta ley reside en que quita relevancia jurídica al eventual consentimiento de la víctima para someterse a la trata e incluye en el tipo penal tanto la trata realizada a nivel nacional como el internacional. Sin embargo, los expertos señalan como debilidades el hecho de que esta ley se

limita a definir tipo penales pero no garantiza la atención psicosocial y física de las víctimas, ni su acompañamiento durante el juicio. Tampoco prevé el alojamiento, la inserción laboral y social, el retorno voluntario al país ni el asentamiento en otro lugar seguro.

En mayo de 2010, el Instituto Nacional de la Mujeres presentó la publicación *“La trata de mujeres con fines de explotación sexual comercial. Caminos recorridos hacia la construcción de una política pública.”* En el mismo se realiza un repaso histórico sobre la temática así como un diagnóstico actual sobre esta situación. Asimismo se realiza una exploración de la normativa actual y se ensayan líneas estratégicas para intervenir en este fenómeno.

Políticas de salud destinadas a enfrentar el VIH/SIDA,

En el año 1987 se estableció el decreto 345, a partir del cual se creó el Programa Nacional de SIDA, en la órbita de MSP. Posteriormente, en la administración de gobierno 2005-2010, el mismo fue redefinido como Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, por ordenanza ministerial 288/05. Desde este programa se han elaborado guías clínicas y ordenanzas para el diagnóstico y tratamiento anti-retroviral y monitorización de adultos y embarazadas que han sido adecuados para la atención pediátrica. Entre las responsabilidades del Programa se incluyen la promoción, el monitoreo y el control del cumplimiento de la normativa vigente en las prestaciones de salud.

Desde 1988, en Uruguay se ha establecido la obligatoriedad del control de sangre y hemoderivados (decreto 233/988) para todos los servicios a nivel nacional.

En el año 1997, con el decreto N° 295, se estableció la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la transmisión vertical.

En el 2004, a partir de la resolución N° 340/04 del MSP, se establece que no se podrá retirar la libreta de visita médica a las/as trabajadoras/es sexuales en caso de que el examen de VIH dé positivo.

En 2005 se crea el Mecanismo Coordinador País como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en la definición de las políticas nacionales sobre VIH/SIDA y en la elaboración de propuestas país ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

En mayo de 2008, mediante decreto presidencial, se crea la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA) constituyéndose en un consejo consultivo para las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP.

Esta Comisión tiene carácter interministerial e intersectorial, estando constituido tanto por organismos del Estado como de la sociedad civil. Tiene por cometido garantizar el acceso universal, la atención integral, la prevención, asistencia y apoyo a las personas viviendo con VIH/SIDA. Asimismo, oficia desde entonces como MCP / Mecanismo Coordinador País ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis. En 2009 el Proyecto País presentado por Uruguay es rechazado por el Fondo Global.

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIONES ECONÓMICAS EN RELACIÓN A LA RESPUESTA AL VIH

Se dispone del “Informe de Medición de Gasto en SIDA 2007” (MEGAS) que revela la evolución del gasto en SIDA en el período 2005-2007.

Esta metodología de MEGAS es una herramienta diseñada para estimar el gasto en SIDA y fue acordada por los miembros del “Consortio Mundial para el Rastreo de Recursos” en la reunión realizada en la Sede de ONUSIDA en Ginebra (Suiza) en setiembre de 2006.

Las principales conclusiones de este estudio indican que el financiamiento de la respuesta al VIH, en 2007, fue cubierto por partes casi iguales entre el sector público y privado (48,66% y 46,48% respectivamente). El gasto público se concentra mayormente en la atención y tratamiento, fundamentalmente en el costeo de la terapia antirretroviral. Por su parte, el financiamiento privado se aboca a la prevención, principalmente a la compra de condones (está incluida en esta categoría la compra de condones por parte de los hogares).

En Uruguay, el gasto en VIH creció en un 10% entre el año 2005 y 2006, y en un 14,5% entre 2006 y 2007. En el año 2007 se señala un mayor gasto en prevención que en tratamiento, en tanto el 51,6% de los fondos fueron destinados a la prevención, y un 40,3% a atención y tratamiento. Asimismo, se señala un aumento del 12% en el gasto en atención y tratamiento entre el año 2006 y 2007, y un aumento del 14% en gastos en prevención para el mismo período.

Se determina que las personas con VIH son los principales beneficiarios del financiamiento de la respuesta al VIH (47% en 2007), fundamentalmente por el tratamiento antirretroviral. En el mismo informe se reconoce que el gasto en las poblaciones más expuestas (claves o de alto riesgo) es muy bajo, tan sólo el 5% del gasto total durante 2007.

El mencionado informe se señala como un avance en lo que refiere a la accesibilidad a la información financiera del gasto destinado a la respuesta al VIH. El nuevo informe se encuentra en proceso de elaboración por parte del Programa Prioritario ITS –Sida.

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y SERVICIOS

Tanto a nivel nacional como local encontramos servicios de salud públicos y privados.

En el caso del departamento de **Artigas**, existen dos hospitales públicos (uno en la capital departamental y otro en la ciudad de Bella Unión), un centro de salud, cuatro policlínicas capitalinas, veintidós policlínicas periféricas y nueve policlínicas rurales. A este respecto, cabe mencionar que algunas de ellas son auto- gestionadas por comisiones barriales, algunas son municipales y otras son de ASSE. Todos estos servicios cuentan con diversos grados de complejidad y de disponibilidad de recursos humanos y de infraestructura. En lo referente al nivel privado existen dos mutualistas: Nort Médica y Gremeda

Provisión gratuita de preservativos masculinos, femeninos y lubricantes por parte del Estado.

Si bien la disponibilidad de condones masculinos es adecuada (se incrementó la compra de un millón a diez millones en el período 2005-2010), la del condón femenino es más que limitada.

No obstante la amplia disponibilidad de preservativos masculinos en los servicios de salud públicos, se observa que en algunos es necesario pasar por la consulta ginecológica para la indicación de los mismos.

En cuanto al preservativo femenino, este recurso no está disponible en los servicios de salud ni públicos ni privados. En los últimos dos años se implementó por parte del Programa Prioritario de ITS – SIDA y el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP, un proyecto piloto para la difusión y uso del preservativo femenino con poblaciones específicas, en particular trabajadoras sexuales, mujeres VIH positivas, mujeres víctimas de violencia, más recientemente se amplió también a adolescentes y mujeres privadas de libertad.

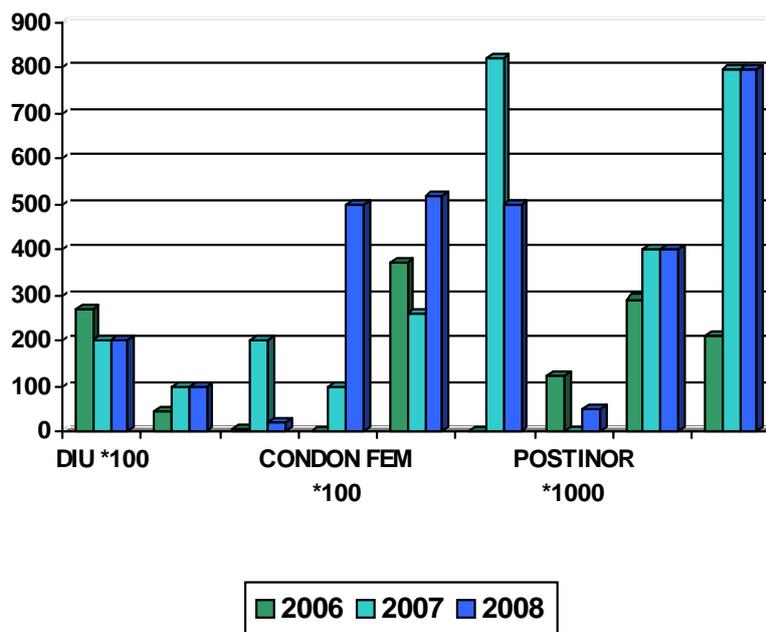
Por su parte, no existen programas específicos para la distribución de preservativos en escuelas y liceos.

Según información aportada por el Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP, el Estado compró mediante el sistema de insumos de UNFPA los siguientes métodos anticonceptivos para los años 2007 y 2008.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - UNFPA				
Artículo	Unidades 2006	Unidades 2007	Unidades 2008	Unidades FFAA 2008
DIU Cooper T380	26.900	20.000	20.000 90.000	1.100
ACO Exluton	43.850	100.000	100.000	
Tests de Embarazo	7.420	200.000	20.000	
Fórceps Uterinos	0	1.000		
Condomes Femeninos	0	10.000	50.000	
Condomes Masculinos	3.724.128	2.600.000	5.200.000	300.000
Norigynon + Jeringas	0	82.000	50.000	
ACO Emergencia Postinor 2	124.860	0	50.000	
ACO Triquilar	291.180	402.000	402.000	11.000
ACO Microgynon	212.520	798.000	798.000	11.000

Fuente: Programa Salud de la Mujer y Género, MSP 2009.

El siguiente gráfico ilustra la distribución de la compra de Métodos Anticonceptivos (MAC) por tipo de método para los años 2006, 2007 y 2008, según reportó el MSP.



Cabe señalar que se han desarrollado acciones de prevención, alentando al uso del condón mediante la distribución de folletería y campañas públicas. Se suministran condones masculinos en Centros de Salud.

No hay campañas masivas televisivas ni en prensa, sino fundamentalmente para los días nacionales e internacionales de lucha contra el SIDA. Si bien esporádicamente se realizan campañas de sensibilización, éstas nos son en forma sostenida y en muchos casos no contemplan en sus mensajes las especificidades de cada una de las poblaciones a las que van dirigidas.

Aunque se desarrollan estrategias de comunicación directa en algunos Centros de Salud y Policlínicas alentando a concurrir a charlas y se entrega material sobre la temática, la valoración de la sociedad civil -en términos generales- es que estas iniciativas son insuficientes.

Desde la sociedad civil se plantea que las mujeres, incluyendo las jóvenes, tienen accesibilidad relativa para obtener condones (masculinos y femeninos) en cantidad suficiente y de modo gratuito. Esto se debe a que en los Centros de Salud Pública, en muchas ocasiones deben concurrir a consulta médica

ginecológica para obtener la receta y dirigirse a la farmacia para proveerse de estos dispositivos de prevención de forma gratuita.

Respecto a la promoción del uso del preservativo por parte de las jóvenes, las organizaciones sociales señalan que en los Centros de Salud la receptividad y la formación de la “primer ventanilla” no es la más adecuada para la captación de esta población.

Los lubricantes actualmente los provee el MSP - PPITS-SIDA, a las ONG que trabajan la temática del VIH-SIDA, siendo inexistente su distribución a nivel nacional.

En cuanto a los servicios privados de salud, incluidos como prestadores en el Sistema Nacional Integrado de Salud, no se provee de preservativo femenino, masculino ni lubricantes.

La orientación anticonceptiva brindada a las mujeres con VIH en los servicios de salud públicos es gratuita y apunta al uso de preservativo masculino y femenino, DIU (reforzado con el preservativo), anticoncepción de emergencia y anticonceptivos orales a las mujeres que no están en TAR (debido a que el suministro de ambos de forma simultánea pueden interferir). Cabe destacar que no existe inducción para la esterilización.

La Ley N° 18.426, de Defensa al Derecho Sexual y a la Salud Sexual y Reproductiva (Artículo 3º, inciso G), establece el derecho a la ligadura tubaria o vasectomía, como uno de los objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Asimismo, en el Decreto Ministerial correspondiente a dicha Ley se establece el derecho de toda mujer o varón, mayor de 21 años, de acceder a la ligadura tubaria y vasectomía por su sola voluntad firmando un consentimiento informado como único requisito. No obstante ello, cabe destacar las múltiples barreras que existen a la hora de su implementación, según reportan los informes de 2008 y 2009 del Observatorio Nacional en Género y SSR (MYSU 2008, 2009).

En Uruguay se mantienen vigente la penalización del aborto. En este sentido, hubo reiterados intentos de parte de la sociedad civil en modificar la legislación al respecto, en búsqueda de que exista una sintonía entre los hechos concretos que suceden y el derecho positivo que rige al país. Si bien, por su carácter de delito de acuerdo al marco jurídico existente, no se dispone con cifras exactas del número de abortos que se practican anualmente, se tiene conocimiento de que es un número alto en relación al número de nacimientos.

A este respecto, se continua abogando en el marco de una ley que despenalice el aborto por sola voluntad de la mujer, hasta las 12 semanas de gestación, tal como fuera aprobado en el año 2008 por el Parlamento Nacional y que fuera vetada por el Poder Ejecutivo. Mientras tanto el aborto continúa siendo un delito en el país, por la Ley vigente 9768 de 1938, siendo una práctica clandestina e ilegal.

En el caso del departamento de **Artigas**, la distribución gratuita de condones masculinos está a cargo tanto de los servicios de salud públicos y privados como de organizaciones de la sociedad civil. La policlínica de ITS/VIH del Hospital Departamental de Artigas facilita condones en forma gratuita a los locales de oferta de trabajo sexual.

La entrega de condones femeninos está a cargo de los servicios públicos de salud y de la Sociedad Civil, pero focalizada a trabajadoras sexuales y a mujeres VIH positivas. Los servicios privados de salud no cuentan con este insumo.

Los lubricantes fueron entregados en forma gratuita sólo por una organización de la sociedad civil en el marco de un proyecto piloto destinado a hombres que tienen sexo con hombres.

		ENTREGA GRATUITA DE CONDONOS MASCULINOS		ENTREGA GRATUITA DE CONDONOS FEMENINOS		ENTREGA GRATUITA DE LUBRICANTES	
		A QUIÉNES?	FUENTE	A QUIÉNES?	FUENTE	A QUIÉNES?	FUENTE
ASSE		Usuarios/as de Policlínica de ITS/VIH, usuarias de Centro de Salud y PVVS en TARV al levantarlos en farmacia	MSP/PPITSS	Trabajadoras sexuales usuarias de policlínica de ITS/VIH, usuarias de centro de salud	MSP/PPITSS	NO	
NORT MÉDICA		SIN RESPUESTA	-	NO		NO	
GREMEDA		NO	-	NO		NO	
POLICLÍNICAS BARRIALES		USUARIOS/AS	MSP/PPITSS	NO		NO	
SOCI EDAD CIVIL	GRUPO ESPERANZA Y VIDA	PVVS Y POBLACIÓN GENERAL EN EVENTOS, Y SI NOS PIDEN A QUIENES LO HAGAN.	MSP/PPITSS	MVV, MVVD Y TS	MSP/PPITSS	NO	
	ATRU ARTIGAS	POBLACIÓN TRANS	MSP/ATRU MDEO. Y GEYV	NO	-	Hombres que tienen sexo con hombres, en el marco del proyecto piloto	ATRU MDEO./MSP/PITSS

Cuadro elaborado con información resultante del relevamiento realizado en Artigas.

Provisión de leche modificada destinada a hijos/as de mujeres VIH+

Los niños y niñas que son atendidos/as por los servicios públicos reciben en forma gratuita los sucedáneos de la leche materna para la alimentación de los recién nacidos. Esto no sucede en personas que se asisten en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) teniendo un costo bolsillo diferente según la institución.

En **Artigas**, la situación en relación al acceso a leche modificada e inhibidores lactantes es la siguiente: en ASSE se entrega en forma gratuita, en la mutualista GREMEDA manifiestan no tener madres con Vih positivo y en la mutualista NORT MÉDICA aducen tener en stock, pero no responden sobre el costo de estos productos.

Provisión de antirretrovirales a población general y específicamente a mujeres embarazadas

En los servicios públicos y privados de salud se brinda tratamiento antirretroviral a toda persona con VIH.

En el subsector público los antirretrovirales son enteramente gratuitos. Toda mujer embarazada con VIH/SIDA durante el período de gestación y durante el parto recibe el tratamiento.

En las mutualistas se cobran al costo del ticket mutual.

En el caso de Artigas los antirretrovirales son gratuitos en ASSE, en la mutualista GREMEDA se paga un ticket de \$101 por frasco (U\$ 4,8 aprox.) y en la mutualista NORT MÉDICA expresan que en el presente no hay ninguna persona usando antirretrovirales.

Disponibilidad de pruebas de detección de VIH

Existe adecuada disponibilidad de pruebas de detección de VIH, habiéndose incorporado la prueba rápida de VIH en partos no controlados y emergencias.

Si bien el ofrecimiento de la prueba de detección de VIH se considera importante dentro del ámbito gubernamental del MSP-PPITS/SIDA, lo más habitual en los servicios de salud pública y privados es que se limitan a ofrecer la prueba de VIH sin tomar en cuenta el protocolo en su totalidad que incluye la consejería pre- test.

En el caso de los servicios públicos, la información disponible indica que se cumple con el consentimiento informado y la confidencialidad de la información (MYSU, 2009). Cabe destacar que no existe disponibilidad de información sobre este tema para los servicios del subsector privado.

En el departamento de **Artigas** específicamente, las pruebas de detección de VIH se realizan en forma gratuita sólo en los servicios dependientes de ASSE y en una de las mutualistas. La consejería pre- test se realiza sólo en los servicios públicos dependientes de ASSE (hospitales y policlínicas centrales) siendo inexistente en las mutualistas. La consejería post -test sólo se realiza por parte de la organización civil “Esperanza y Vida”, la cual está especializada en la temática.

	Realiza test de vih?			Se hace consejería?		observaciones
	GRATUITO	FUENTE	COSTO	PRE	POST	
ASSE	si	mSP	-	si	no	
NORT MÉDICA	si	Laboratorio Pollini	No responde	No responde	No responde	
GREMEDA	no		\$ 56 (US\$ 2,5)	NO		
POLICLÍNICAS BARRIALES	No			No	No	En una Policlínica manifiesta que si se realiza el test y en forma gratuita (extracción y dicen derivar al Centro de Salud, en realidad el CS no tiene laboratorio, los test se hacen en el hospital o laboratorios privados) También se manifiesta la realización de consejería pre y post.
S O C I E D A D C I V I L	GRUPO ESPERANZA Y VIDA	No		si	Si	
	ATRU ARTIGAS	No		No	No	

Cuadro elaborado con información resultante del relevamiento realizado en Artigas

Para el caso del test rápido, el único que lo realiza en forma gratuita es ASSE mientras que en las mutualistas tiene costo. La situación respecto a las consejerías pre y post es análoga a la planteada para la prueba común de VIH.

		Realiza test rápido de vih?			Se hace consejería?		Observaciones
		GRATUITO	FUENTE	COSTO	PRE	POST	
ASSE		si	msp	-	si	no	
NORT MÉDICA		no	Laboratorio Pollini	43	No responde	No responde	
GREMEDA		no		56	NO		
POLICLÍNICAS BARRIALES		No	-	-	No	No	En una Policlínica si se realiza el test y en forma gratuita (extracción y se deriva al hospital) También se manifiesta la realización de consejería pre y post.
S O C I E D A D C I V I L	GRUPO ESPERANZA Y VIDA	No			si	si	
	ATRU ARTIGAS	No			No	No	

Cuadro elaborado con información resultante del relevamiento realizado en Artigas

En diciembre de 2008, por Ordenanza Ministerial 821, se estableció la obligatoriedad de notificación al sistema de vigilancia Epidemiológica nacional en casos de sífilis.

A este respecto, se implementó la prueba rápida de sífilis para el caso de partos no controlados y de emergencias. En caso de detección de sífilis en el transcurso de la gestación, el tratamiento es accesible a todas las mujeres.

Sin embargo, se ha incrementado de manera significativa el número de casos detectados de sífilis congénita y de sífilis materna según los datos disponibles por el MSP y por el Centro Hospitalario Pereira Rossell, principal maternidad del país.

En **Artigas** el panorama en relación al test y la consejería referente a la sífilis, es idéntico al de VIH en lo referente a acceso y costos.

Profilaxis durante el parto

Cuando se cuenta con diagnóstico de VIH, se realiza la profilaxis en el momento del parto. La misma consiste, además de la administración de ARV durante el embarazo, en la programación de una cesárea y la administración de medicación intravenosa durante la misma. Si no se llega a una cesárea porque el trabajo de parto se desarrolló antes, o si el embarazo no fue controlado y resulta positivo el resultado del test rápido, se le realiza ARV al recién nacido. En ambos casos se le sugiere a la madre que el/la niño/a no sea amamantado y se le indica leche sustituta.

SATISFACCIÓN Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS

Los siguientes datos fueron obtenidos del Informe 2009 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU. Dicho estudio 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 (ginecotocólogos 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 trece 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.

Si bien el departamento de Artigas no fue relevado en forma directa, en esta oportunidad, se considera que el mencionado estudio es representativo de la situación general y recoge las diferencias entre la capital y el interior del país.

Para la valoración de la calidad y la satisfacción en relación a los servicios de salud sexual y reproductiva, se tomaron 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.

En cuanto a las 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 el 14% inexistente. La mitad de las salas de espera observadas están bien iluminadas y ventiladas mientras que, en la otra mitad, la luminosidad y ventilación se presentan en forma insuficiente. Desde el punto de vista térmico nueve de las catorce salas son confortables. Sólo 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/as y sólo en algunos casos por sus parejas. En la mitad de los casos los varones deben aguardar fuera del servicio.

En la mayoría de las salas de espera -a excepción de dos de los centros- no se desarrollan actividades educativas.

Respecto a los consultorios ginecológicos, se halló que el 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 cuentan con baño en buen estado. El 100% de los consultorios cuenta con camilla con papel para cada usuaria, y el 43% de los mismos cuenta con sabanillas. En el 78% de los casos hay disposición de material descartable para la colocación de DIU, y el 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.

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.

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

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

En cuanto al trato médico percibido por las mujeres, se halló que el 67% de las usuarias y el 75% de las puérperas señalan que el médico siempre las saluda al llegar, mientras que el 6% y 2%, respectivamente, refieren que nunca lo hace. El 75 % de las usuarias y 66 % de las puérperas aducen que siempre

son llamadas por su nombre, mientras que el 8% y el 12%, respectivamente, señalan que esto nunca sucede. Tanto usuarias como puérperas (74%) alegan 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.

En cuanto al tiempo de espera que transcurre entre la coordinación de la consulta y la efectivización de la misma, las diferencias van desde la atención en el mismo día de solicitada hasta los dos meses de espera. En promedio transcurren diecisiete 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, con excepción de algunos que atienden por orden de llegada o emitiendo números en el día. La modalidad de coordinación 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, siendo mayor el porcentaje en las puérperas que en las usuarias. Para las mujeres en puerperio inmediato no se registraron diferencias entre Montevideo y el interior del país. Sin embargo, se visualizan variaciones en las usuarias, en tanto en Montevideo un 65% respondieron que deben solicitar día y hora mientras que en el interior del país dicen hacerlo en un 94% de los casos.

	Usuarías	Puérperas
Si	79,7	87,7
No	20,3	12
no contesta		0,3
Total	100	100

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

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 diecisiete días, coincidentemente con lo registrado a través de la observación directa del funcionamiento de los servicios. Estos diecisiete 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 trece días de espera, revirtiéndose la situación Montevideo - interior.

	Usuarías	Puérperas
Región	Promedio	Promedio
Montevideo	14	13
Interior	19	12
Total	17	13

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

De acuerdo a lo registrado con la observación directa, el tiempo de espera en el centro de salud el día de la consulta promedia los treinta y ocho minutos, 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 setenta y ochenta minutos. Dicho promedio disminuye en el caso de las puérperas.

Asimismo, 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.

	Usuarías	Puérperas
Región	Promedio	Promedio
Montevideo	73.30	64.71
Interior	86.71	77.24
Total	80.04	69.22

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

En cuanto a la duración de la consulta no se observan 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.

	Usuarias	Puérperas
Región	Promedio	Promedio
Montevideo	16.44	18.47
Interior	16.18	18.78
Total	16.31	18.58

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

Respecto a la privacidad en la consulta ginecológica, se observa que el 66% de las usuarias y el 70% de las puérperas señalaron que nunca entraban ni salían personas del consultorio durante la consulta, mientras que el 6,5% y 5,6% respectivamente, señalan que ello sucede frecuentemente. El 60% de las usuarias y el 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 el 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.

A continuación se presentan cuadros relativos a la información general que ofrece el profesional a la mujer durante la consulta, referidos a procedimientos, tratamientos, entre otros.

Le explicaron lo que le iban a hacer	Usuarias	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	Usuarías	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	Usuarías	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	Usuarías	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	Usuarías	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

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

Como puede observarse, el 70% de las mujeres (tanto usuarias como puérperas) consideran haber recibido información por parte del/a médico/a

sobre tratamiento y evacuación de dudas. Es de destacar que esto es más frecuente en Montevideo (75% de usuarias y puérperas) y menos acentuado en el interior del país (66% en usuarias y 68% puérperas).

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 se observa que 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 y el 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.

Asimismo se indagó acerca de si las mujeres habían recibido información en torno a quince temas relacionados a la SSR en el servicio de salud. A este respecto se preguntó si cada uno de estos temas había sido tratado en la consulta, así como también si había visto carteleras, afiches, folletos u otro tipo de material sobre esta temática en el servicio. Como puede observarse, en el cuadro siguiente, 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 las pastillas anticonceptivas. Por su parte, los temas menos tratados son infertilidad y esterilidad, seguido por aborto y reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva. Dichos resultados coinciden con lo expresado por las puérperas, con la única variante que dentro de los temas más tratados aparece primero la lactancia materna y luego las pastillas anticonceptivas

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

PORCENTAJE DE MUJERES QUE REFIEREN TEMAS TRATADOS EN LA CONSULTA	Usuarías	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	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

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

Respecto a los materiales informativos y de divulgación relativos a las diferentes temáticas, las usuarias y puérperas coinciden en que las tres temáticas que poseen mayor difusión gráfica son: 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 tanto para usuarias como puérperas son en el siguiente orden: derecho a conocer la propia historia clínica, infertilidad y esterilidad y ligadura tubaria.

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

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

Las usuarias y puérperas consideran que 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.

PORCENTAJES DE MUJERES QUE NI TRATRON EL TEMA EN LA CONSULTA NI VISUALIZARON NINGÚN MATERIAL AL RELATIVO AL TEMA EN EL SERVICIO	Usuarias	Puérperas
Uso del preservativo	8,2	8,6
Dispositivo Intrauterino (DIU)	17,1	18,9
Pastillas Anticonceptivas	8,5	11
VIH-SIDA	7,5	13,6
Aborto	41,2	40,9
Ligadura de Trompas	51,6	44,5
Lactancia materna	9,8	7,3
Infertilidad y Esterilidad	63,1	60,5
Anticoncepción de emergencia	48,4	48,8
Enfermedades de transmisión sexual	16,2	18,6
Papanicolau	9	15,9
Violencia	27,1	15
Reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva	40	35,2
Derecho a conocer la propia historia clínica	54,5	51,5
Prevención de la Sífilis	48,2	47,8

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

En el cuestionario autoadministrado se les solicitaba 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.

USUARIAS			
Items evaluados	Montevideo	Interior	Total
Trato del personal médico	4.43	4.26	4.34
Trato del personal administrativo	3.70	3.70	3.70
Tiempo de espera	3.02	2.76	2.89
Claridad de la información dada por los médicos/as	4.31	4.05	4.18
Limpieza del consultorio	4.73	4.49	4.61
Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas	4.50	4.25	4.38
Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades	4.47	4.18	4.32
Entrega de turnos	3.73	3.51	3.64
Limpieza de los baños	4.12	3.83	3.97
Información sobre trámites	3.97	3.71	3.84
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	4.49	4.49	4.49
Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas	3.79	3.33	3.57

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

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. Por su parte, los puntajes más bajos refieren al tiempo de espera, la posibilidad de expresar sus necesidades y quejas y la entrega de turnos. Cabe destacar que no se observaron diferencias importantes entre Montevideo y el interior del país.

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 puntajes más

bajos refieren, en primer lugar, al tiempo de espera, la posibilidad de expresar sus necesidades y el trato del personal administrativo.

PUÉRPERAS			
Ítems evaluados	Montevideo	Interior	Total
Trato del personal médico	4.41	4.35	4.39
Trato del personal administrativo	4.03	3.84	3.96
Tiempo de espera	3.40	2.93	3.23
Claridad de la información dada por los médicos/as	4.33	4.17	4.27
Limpieza del consultorio	4.69	4.41	4.59
Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas	4.48	4.31	4.42
Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades	4.40	4.16	4.31
Entrega de turnos	4.17	3.64	4.02
Limpieza de los baños	4.30	3.74	4.10
Información sobre trámites	4.16	3.89	4.06
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	4.10	4.48	4.28
Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas	4.05	3.62	3.89

Fuente: Observatorio en género y SSR, MYSU – Informe 2009.

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 como portadora de derechos.

De lo analizado también se desprende el déficit existente respecto 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.

La situación planteada específicamente en **Artigas** respecto al tratamiento del VIH y de los afectados por el VIH, refiere a que ni los centros asistenciales ni las policlínicas distribuyen folletos informativos sobre estos temas. Tampoco existen posters o similares visibles, y cuando los hay estos están colocados dentro del mismo consultorio a espaldas del/la usuario/a, o en corredores poco transitados. A este respecto, los gráficos más visibles son los relacionados a la Violencia Doméstica y Acoso Sexual.

Por su parte, NORT MÉDICA manifiesta Distribuir folletería recibida de DIGESSA sobre todos los temas.

En cuanto a los servicios de consejería, cabe señalar que los mismos suelen ser escasos, o nulos. En la policlínica de ASSE, la infraestructura no permite privacidad debido a la alta circulación de personas por el escritorio del/la Dr/a, quienes escuchan la conversación. En el caso de las trabajadoras sexuales, las hacen entrar de 2 o 3 juntas, y las camillas están apenas separadas por una cortinita.

A este respecto, es dable destacar que luego de la realización del taller -en el cual se relevó la presente información- se identificaron algunos cambios en la situación de la Policlínica, en tanto se modificó la ubicación del escritorio de las doctoras y se adoptaron medidas tendientes a alcanzar mayores niveles de privacidad en las camillas. No obstante ello, las mismas siguen estando separadas por finos biombos, lo que socava la privacidad de las conversaciones médica/os usuarios/as.

Equipo coordinador nacional
MYSU – ASEPO – Esperanza y Vida
Diciembre 2010.

FUENTES CONSULTADAS

- GONZÁLEZ PERRET, D. (2010) Producción legislativa en materia de género y generaciones durante el período febrero 2005 – noviembre 2009. Bancada Bicameral Femenina. Montevideo.
- INMUJERES- Indicadores territoriales de género para la elaboración de políticas de equidad.
- MSP (2010) Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. Informe 2010- Uruguay.
- MYSU-ASEPO (2008) Monitoreo de la Declaración de Compromisos en VIH-Sida (UNGASS, Naciones Unidas) sobre las Metas en Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres. Informe de la Sociedad Civil 2005-2007. Montevideo.
- MYSU (2009) Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH-sida en el MERCOSUR. Montevideo.
- MYSU (2009) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2009 .Montevideo.
- MYSU (2008) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2008 .Montevideo.

RECURSOS WEB

- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL: www.mides.gub.uy
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: www.msp.gub.uy
- OBSERVATORIO NACIONAL EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY (MYSU): www.mysu.org.uy/observatorio
- PARLAMENTO DEL URUGUAY: www.parlamento.gub.uy