

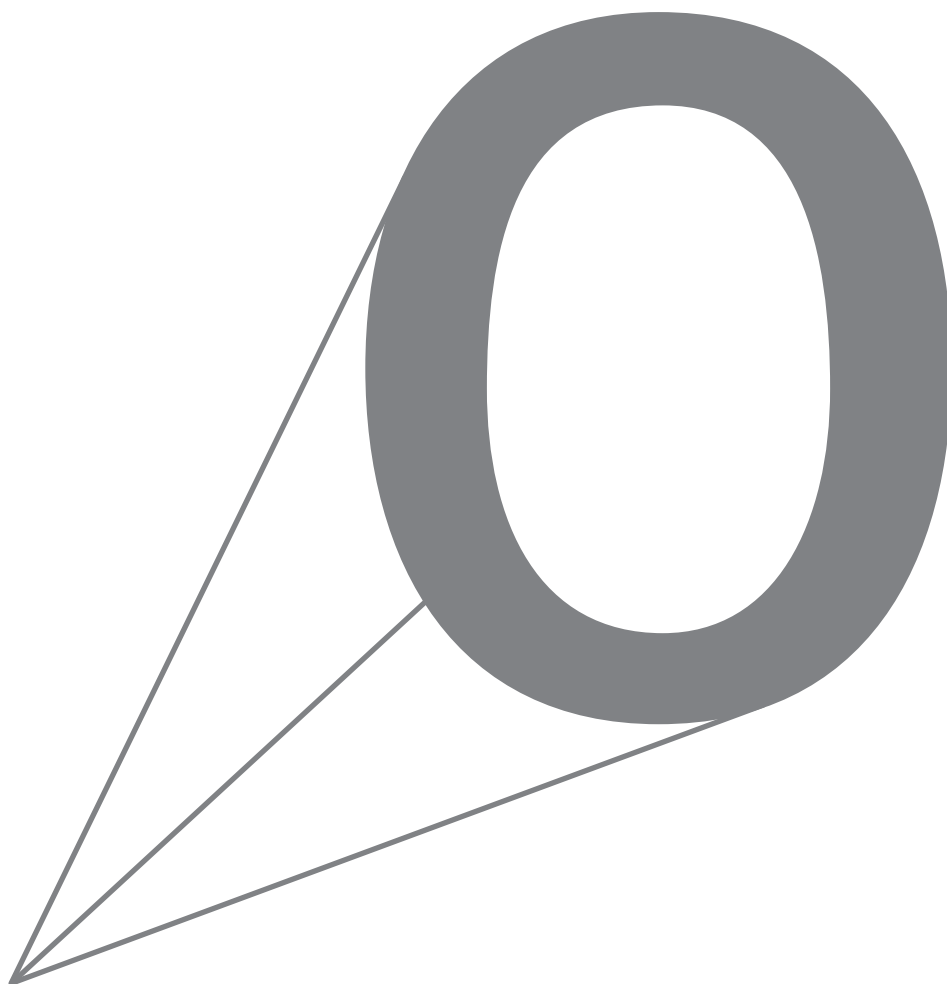


OBSERVATORIO NACIONAL

**EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY**

**INFORME
2014**

**ESTADO DE SITUACIÓN Y DESAFÍOS EN ABORTO
Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL
DEPARTAMENTO DE SALTO**



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

INFORME
2014

ESTADO DE SITUACIÓN Y DESAFÍOS EN ABORTO
Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL
DEPARTAMENTO DE SALTO

Este informe es el resultado del estudio realizado por el Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay – MYSU, durante el año 2013/14.

© 2014 MYSU

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

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

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salto 1267 CP 11200
Montevideo – Uruguay
Tel (+598) 24103981 – 24104619
mysu@mysu.org.uy
www.mysu.org.uy

Coordinación general del estudio y de la edición del informe:
Lilián Abracinskas

Coordinación y elaboración del informe: Martín Couto

Equipo de investigación: Martín Couto, Matilde López y Verónica Bruné

Corrección edición preliminar: Rosina Erramuspe

Diseño de la publicación: María Elena Fernández

ISBN

El estudio y la publicación fueron posibles gracias al apoyo de Médicos del Mundo Francia y de la International Women Health Coalition (IWHC).



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
EL ESTUDIO	9
Antecedentes	10
Contexto en el departamento de Salto	12
MARCO CONCEPTUAL	14
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	18
DISEÑO METODOLÓGICO	20
RESULTADOS	22
1. Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva	23
2. Estado de situación de los servicios de aborto	25
3. Percepción de los agentes locales sobre los servicios de SSR	26
4. Barreras al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	29
5. Percepción de los agentes sobre servicios de aborto	31
NUDOS CRÍTICOS	42
BIBLIOGRAFÍA	48

INTRODUCCIÓN



Esta publicación sobre el estado de situación y desafíos de los servicios de salud sexual y reproductiva incluidos los servicios de aborto en el departamento de Salto¹, se inscribe en el marco de los estudios realizados desde el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva que MYSU implementa como una de sus principales líneas de acción, desde el año 2007.

Las 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, tienen el cometido de identificar y analizar los avances, dificultades, vacíos y retos en la implementación de políticas públicas en este campo. De esta forma se generan insumos desde la sociedad civil para ponderar 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 esta línea institucional 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.

La visibilización de los impactos evitables y de las razones causantes de la morbi-mortalidad vinculada al embarazo, aborto, parto y puerperio así como la disponibilidad y acceso a una canasta amplia de métodos anticonceptivos, la atención de la violencia de género y la prevención y cuidado ante las ITS, no sólo dan cuenta del estado de salud de las mujeres sino también se han convertido en indicadores que señalan el estado de desarrollo alcanzado por un país. Así fue acordado en las conferencias de Naciones Unidas sobre población y desarrollo (Cairo 1994) y de la Mujer (Beijing 1995) y definido como compromiso jurídico en la Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW 1979) y su protocolo facultativo, que Uruguay ha adoptado como país signatario, comprometiéndose a cumplir con las recomendaciones para reducir hasta erradicar las brechas de discriminación e injusticia causadas por la inequidad de género.

Si bien la libertad y autonomía sobre la vida sexual y las decisiones reproductivas de las mujeres constituyen dimensiones de la ciudadanía plena de las mujeres, todavía no se respetan en muchos Estados ni en lo interno de los países. Las desigualdades entre hombres y mujeres pero también entre las mujeres de acuerdo a edad, etnia/raza, clase social, nivel educativo, orientación e identidad de género, sigue siendo preocupante en la región y un desafío para nuestro país, aunque haya registrado avances en los últimos años con promulgación de leyes y políticas públicas que reconocen estos derechos.

Sexualidad, cuerpo y reproducción (en particular de las mujeres) son un campo de disputa ideológica y política que enfrenta por un lado a las concepciones más conservadoras que ubican a la maternidad como un destino ineludible y rol prioritario para las mujeres y las libertarias que reclaman y defienden el derecho a elegir y a sostener otros proyectos de vida y de participación plena de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad. Los gobiernos e instituciones que deben crear normas, definir políticas y brindar servicios son responsables de garantizar condiciones para que las personas puedan hacer sus elecciones de manera informada y en base a sus propios criterios y convicciones. Esto implica un cambio de paradigma fundamental en las decisiones políticas, en la organización de las instituciones del Estado pero también en las prácticas de los profesionales involucrados en brindar servicios.

Además, las personas deben apropiarse de sus derechos en la medida que le son inherentes e inalienables y reclamar a los Estados la obligación de promoverlos, respetarlos y garantizar las condiciones para su ejercicio. El concepto de ciudadanía sexual y reproductiva va acuñándose, no sin dificultades. En la sociedad uruguaya, paulatinamente, ha ido incorporándose al reclamo ciudadano y a las agendas de los movimientos sociales que luchan por la defensa de los derechos humanos. De todas formas, aún queda mucho por hacer

1 Uruguay se organiza geopolíticamente en 19 departamentos, Salto es uno de los del litoral oeste del país, limitrofe con Argentina.

para que importantes sectores de la población dejen de estar excluidos y sin oportunidades para acceder a las condiciones que realmente habilitan su ejercicio.

Por tal motivo, MYSU decidió generar una herramienta político – técnica eficaz para incidir en la mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con equidad de género, universalidad, calidad e integridad. El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, es un programa de investigación y 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. Desde su puesta en marcha los hallazgos obtenidos por los estudios del Observatorio han sido insumo para el diálogo con diversos actores, para la elaboración de plataformas ciudadanas con demandas y propuestas para satisfacer las necesidades existentes en este campo² y para la colaboración y transferencia de capacidades hacia otras experiencias de la región de América Latina y países como España y Portugal.

El estudio realizado en el departamento de Salto en el año 2013, cuando se ponían en marcha los servicios de aborto legal, se centra en relevar los avances y obstáculos en la implementación de las prestaciones en salud sexual y reproductiva incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo que habilita la ley 18.987 aprobada en octubre de 2012. Estas prestaciones incorporadas por el decreto 375/012 significaron un especial desafío en este lugar del país porque la totalidad de los profesionales de la ginecología del departamento adhirieron al recurso de objeción de conciencia para realizar abortos, habilitado también por la misma ley.

Estos servicios deben asegurar el acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, reversibles e irreversibles. Deben dar tratamiento a las infecciones de transmisión sexual, trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen reproductivo, prevenir la morbimortalidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, crear condiciones para que el parto institucional sea humanizado, y promover la participación de parejas u otras personas a elección de la mujer, en el parto y post parto. También deben atender las situaciones de violencia física, psicológica y sexual desarrollando acciones de prevención y reducción de daños. Además, deben contar con el equipo multidisciplinario para recibir a mujeres con situación de embarazo no planificado o no deseado, para realizar las interrupciones dentro de las condiciones establecidas por el nuevo marco normativo.

Desde diciembre de 2012 los servicios no sólo deben asesorar y adoptar medidas que protejan a la mujer frente a prácticas de riesgo, sino que además tienen que practicar los abortos siempre que sea dentro de las 12 semanas de gestación por solicitud de la mujer, hasta las 14 semanas cuando sea producto de una violación o sin plazo cuando haya riesgo de salud o vida de la mujer o existan malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina. De acuerdo a la reglamentación de la ley, toda institución que no pueda proveer el servicio, debe derivar a las mujeres que solicitan la interrupción a otro profesional, a otra institución y –en caso de ser necesario– a otro lugar del país con servicios que lo provean. Cuando la mujer debe trasladarse a otro lugar, la Institución que no brinda el servicio debe cubrir los costos del traslado.

Como en todo proceso de transformación estos cambios, obviamente, no están exentos de problemas, obstáculos y vacíos que aún deben enfrentarse, a distintos niveles, para ser superados. Quienes viven en situaciones de mayor vulnerabilidad suelen ser las más afectadas cuando existen barreras de acceso a los servicios o dificultades para brindar la atención establecida. Estos problemas requieren de mecanismos que identifiquen las brechas, obstáculos y los problemas para generar las adecuaciones que permitan superarlos. De lo contrario se seguirán violentando los derechos, en especial, de quienes están más desprotegidas. Asegurar acceso universal

2 La Plataforma ciudadana en salud y derechos sexuales y reproductivos – Uruguay 2014 adoptada por más de 70 organizaciones sociales de todo el país, en la 5ta Jornada Nacional por la Salud y los DSR organizada por MYSU y el Departamento de Género, Equidad y Diversidad del PIT-CNT, es un claro ejemplo de estos cambios sociales. Disponible en www.mysu.org.uy

y calidad de atención acorde a los requerimientos específicos de las personas de todas las edades y condiciones es el principal desafío. Justamente por ser importante la brecha entre el reconocimiento formal y la posibilidad real de ejercer los derechos consignados, sigue teniendo sentido organizarse para demandar, involucrarse para incidir y participar desde todos los espacios para aportar a la construcción de cambios.

Entender, por lo tanto, dónde están los avances y dónde los desafíos en un campo político "en disputa" que incorpora en la agenda asuntos que se entendían de la órbita íntima de las personas, del orden "natural" de las relaciones humanas, y por lo tanto de no responsabilidad de los Estados, es parte de las contradicciones y de las transformaciones más profundas por las que deben transitar las sociedades, porque implican cambios culturales, institucionales y de formación y ejercicio de la práctica profesional. Las decisiones de la órbita íntima y personal han estado -y están- condicionadas por los entornos, así como la construcción de identidades, subjetividades y la toma de decisiones son influenciadas por normas y reglas de juego definidas desde la política y acordadas por los seres humanos. En tanto construcciones culturales son, por lo tanto, pasibles de modificación; y cuando sectores de la población han quedado por fuera de los beneficios y son perjudicados por las reglas establecidas, es imperioso cambiarlas.

Los hallazgos obtenidos a través del estudio en Salto dan cuenta de cambios positivos a nivel de los equipos profesionales que han asumido con compromiso la implementación de la salud sexual y reproductiva dentro de la atención en salud, pero también permitió identificar importantes barreras que afectan a las mujeres del departamento en el ejercicio de sus derechos. La objeción de conciencia realizada por la totalidad de los profesionales de la ginecología de la localidad, es una de las barreras más importantes para el acceso al servicio pero también un factor que contribuye a mantener el estigma y la discriminación sobre la práctica del aborto, sobre las mujeres que lo solicitan y sobre otros profesionales que integran los equipos. El traslado a otros lugares del país puede ser visto como una solución para el sistema sanitario pero no deja de ser una dificultad importante para las mujeres que deben trasladarse. Estas situaciones se convierten en un factor de expulsión de las mujeres del sistema, lo que podría significar una razón para continuar resolviendo la situación en el circuito clandestino.

A partir de la experiencia realizada con el estudio en Salto el Observatorio de MYSU ha diseñado un relevamiento de los servicios de salud en tres departamentos del litoral del país. Se relevó información sobre la implementación de la salud sexual y reproductiva (incluyendo aborto) en Paysandú, Soriano y Río Negro. Los tres departamentos están en la misma región del país (litoral oeste), pero presentan realidades particulares que permitirán generar sustanciosos aportes a partir de la comparación de las formas de implementar SSR en esta región.

El desarrollo de esta línea de trabajo y la presente publicación ha sido posible gracias al apoyo de Médicos del Mundo- Francia y a International Women Health Coalition, quienes comparten los objetivos de MYSU como organización comprometida con la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos.

En tanto Uruguay no cuenta aún con un sistema de información sobre salud sexual y reproductiva, de tipo integrado, integral, oportuno y disponible, los resultados obtenidos por el Observatorio de MYSU procuran ser un aporte al conocimiento de la realidad con el propósito de mejorarla. Esperamos cumplir con dicho cometido.

Lilián Abracinskas
Directora
MYSU

EL ESTUDIO



Antecedentes

Uruguay ha transitado un largo y complejo proceso en torno a la atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Desde 1985 se presentaron, en todas las legislaturas, leyes que buscaron la despenalización del aborto. En 2008 el parlamento uruguayo aprobó la ley 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, la que sería posteriormente vetada en todos sus capítulos que despenalizaban el aborto, por el entonces presidente de la República, Tabaré Vázquez.

Esta ley -luego del veto parcial- consta de artículos declarativos que establecen las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, objetivos generales y específicos de las políticas en SSR, así como medidas que debe tomar al respecto el Ministerio de Salud Pública.

En 2010, la ley 18.426 fue reglamentada por el decreto 293/010, cuando asume la presidencia de la República José Mujica, en un nuevo periodo de gobierno a cargo del Frente Amplio, designándose a Daniel Olesker como ministro de Salud Pública. Desde enero de 2011 los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) fueron integrando progresivamente los distintos componentes de la salud sexual y reproductiva en sus prestaciones. Es importante destacar, en este decreto, la conformación de equipos referenciales en SSR en todos los prestadores de salud, públicos y privados, siguiendo el modelo de atención de reducción de riesgos y daños instalado con la normativa 369 del 2004.

"Artículo 9º: Sin perjuicio de su integralidad, los servicios de salud sexual y reproductiva serán prestados por los profesionales de la salud competentes en cada especialidad, de acuerdo a las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública. Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar. (...) El equipo de referencia deberá asegurar la integralidad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de los mismos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia. Sin perjuicio de la atención que reciban de los especialistas, usuarias y usuarios podrán acudir en consulta al equipo de referencia, por derivación de los primeros o por su propia iniciativa" (Decreto 293/010).

En 2010 comienza a su vez, a nivel parlamentario, el debate en torno al nuevo texto legal que procura subsanar el vacío generado por el veto presidencial en la ley 18426, promulgada en el 2008. Luego de un intenso y complejo proceso parlamentario en octubre de 2012, sin unanimidad en la bancada del Frente Amplio y teniendo que recurrir a un diputado opositor para su aprobación, fue votada la ley 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

"Artículo 1º. (Principios generales).- El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos" (Ley 18.987).

El texto aprobado deja constancia de la centralidad e importancia de la maternidad adoptando una visión muy restringida de la posibilidad del aborto y definiendo claramente el cometido de reducirlo como fenómeno a través de establecer una serie de mecanismos que desestimulen su práctica.

Cabe notar la diferencia entre el primer artículo de esta ley y el primero de la ley aprobada en 2008, que sostiene que *"el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población"* (Ley 18987).

La nueva ley establece que no se aplicarán los artículos 325 y 325 bis del Código Penal que determinan la pena para el delito de aborto, en los casos que la mujer cumpla con determinadas condiciones administrativas. Así, el texto fija una serie de procedimientos obligatorios que implican, en rasgos generales, una primer consulta en la que la mujer debe *"poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso"* (artículo 3º, ley 18.987); entrevistarse luego con un equipo multidisciplinario; y posteriormente esperar cinco días para comunicar si mantiene su decisión de abortar.

El aborto es realizable en el sistema de salud antes de las 12 semanas de gestación, o de 14 semanas en casos de violación, y sin plazo cuando continuar con el embarazo implique un grave riesgo para la salud de la mujer o ante malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

La ley establece, a su vez, que los y las profesionales pueden invocar el derecho de "objeción de conciencia" para negarse a realizar abortos. Asimismo, las instituciones que por sus estatutos o cartas orgánicas entiendan que no deben realizar abortos, podrán hacer uso del recurso de "objeción de ideario". En ambos casos la usuaria debe ser derivada inmediatamente para su atención a otro profesional de otra institución que garantice la prestación.

"Artículo 10. (Obligación de los servicios de salud).- Todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley. (...)

Las instituciones referidas en el inciso anterior, que tengan objeciones de ideario, preexistentes a la vigencia de esta ley, con respecto a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo que se regulan en los artículos anteriores, podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos" (Ley 18.987).

"Artículo 11. (Objeción de conciencia).- Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3º y el artículo 6º de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen. (...)

Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo" (Ley 18.987).

Es importante aclarar que los incisos del artículo 3º y 6º refieren a la práctica concreta del aborto, no involucrando las instancias previas y posteriores al mismo. A su vez, queda excluida la objeción de conciencia para lo establecido en el literal A del artículo 6º, que refiere a la situación en la que *"la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer"*.

La ley 18.987 determina que el equipo multidisciplinario para el proceso de IVE debe estar integrado, como mínimo, por un profesional de la ginecología, uno de la psicología y otro con formación en el área social (inciso segundo del artículo 3º).

La reglamentación de la ley por parte del Poder Ejecutivo fue realizada a partir del decreto 375/012 del 22 de noviembre del mismo año, por lo que poco más de un mes después de la aprobación del texto legal los servicios de aborto en el Sistema Nacional Integrado de Salud debieron comenzar a implementarse.

El decreto reglamentario de la ley IVE incorpora algunas adecuaciones a la norma como por ejemplo, que el equipo multidisciplinario podrá actuar conjunta o de forma consecutiva dado que resulta dificultoso hacerles coincidir en días y horas en el mismo servicio. Además, si el médico que recibe a la mujer en la primera consulta es ginecólogo, el proceso de IVE se inicia en ese momento así como comienza a computarse el plazo de reflexión de cinco días. La reglamentación especifica la forma de registro de la intervención de todos los profesionales en la historia clínica, por constituirse en el documento de prueba para la no aplicación de la pena del delito de aborto a la mujer que lo solicita ni a los profesionales que intervienen. Importa resaltar que la ley -fuera de estas condiciones- sigue condenando la práctica del aborto como un delito.

"Artículo 11: las instituciones deberán contar con el personal necesario a efectos de poder conformar el o los equipos interdisciplinarios a que refiere el artículo 3° de la ley 18.987" (Decreto 375/012).

"Artículo 28: la objeción de conciencia sólo es válida para abstenerse de intervenir en los procedimientos previstos por el inciso 5° del artículo 3° de la ley 18.987 y no para abstenerse de actuar conforme a los incisos 1° a 4° del artículo 3° de la ley. Sólo podrán objetar conciencia las personas físicas, no existiendo tal derecho para las personas jurídicas" (Decreto 375/012).

El artículo 28 de la reglamentación de la ley IVE delimita la objeción de conciencia a la instancia concreta de realización del aborto identificada como fase IVE 3, en la reglamentación, no para las etapas de primera consulta con un médico (IVE 1) ni para participar en el equipo multidisciplinario (IVE 2) ni en el de control (IVE 4) que se agrega con el decreto.

El artículo 29 del decreto 375/012 establece que es responsabilidad del profesional objetor derivar a la usuaria asegurando que la misma continúe siendo atendida en el sistema de salud.

"Artículo 29: (...) El ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma" (Decreto 375/012).

Contexto en el departamento de Salto

La implementación de la ley y la reglamentación que comenzó a fines de 2012 se encontró con situaciones complejas, entre las cuales se destacó la del departamento de Salto: todos los y las ginecólogas que trabajan en los servicios de salud salteños decidieron hacer uso del recurso de objeción de conciencia, por lo que no hubo, hasta el 6 de setiembre de 2013, ningún profesional que prescribiera la medicación ni realizara el aborto quirúrgico en el departamento, debiéndose trasladar a todas las usuarias que lo requirieran hacia otros servicios en departamentos limítrofes o hacia la capital del país.

Salto está ubicado en el litoral del país. Según los datos del censo de 2011, tiene 124.878 habitantes distribuidos en sus 37 localidades y áreas rurales. El 51,10% de la población salteña son mujeres (63.807). De esta cifra, 31.776 son mujeres en edad reproductiva (es decir que en 2011 tenían entre 14 y 49 años). La ciudad de Salto,

capital departamental, cuenta con una población urbana de aproximadamente 117.000 habitantes, mientras que en su extensa zona rural habitan aproximadamente 8.000 personas.

Para los servicios de salud, existen dos prestadores, uno público y uno privado. El sector público está bajo la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y cuenta con la Red de Atención Primaria (RAP) con 50 policlínicas dependientes, 15 en zonas urbanas y 35 en zona rural. A su vez, ASSE cuenta con atención en segundo y tercer nivel con el Hospital Regional instalado en la ciudad de Salto.

En el sector privado el único prestador existente es el Centro Médico de Salto (también llamado CAM), que tiene su centro hospitalario en la capital departamental y las policlínicas dependientes de Termas del Daymán, Funcionarios Municipales IMS, AJUPENSAL y Termas del Arapey. Su cobertura en el área rural alcanza las localidades de: Valentín, Belén, Lavalleja, Constitución, Puntas de Valentín, Termas del Arapey y Termas del Daymán.

MARCO CONCEPTUAL



El presente relevamiento se inscribe en los estudios realizados desde MYSU a través de su Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Forma parte de las líneas de investigación sobre población y requerimientos en salud sexual y reproductiva para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos.

El concepto de salud sexual y reproductiva (SSR) surge en las décadas del 70 y 80 como respuesta a las necesidades de las mujeres y sus parejas para tomar decisiones reproductivas libres de coerción y violencia y ejercer la vida sexual sin consecuencias negativas. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, Cairo 1994) se afianza el compromiso de los Estados incorporando la salud sexual y reproductiva como parte de los acuerdos integrados en su Programa de Acción, procurando dejar atrás políticas de población orientadas por criterios demográficos e intereses económicos para dar paso a otras basadas en los derechos de las personas.

El Programa de Acción de la Conferencia de Cairo sostiene que:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos a evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (El Cairo, 1994, capítulo VII, numeral 7.2).

La definición tiene una serie de implicancias que es necesario explicitar. En primer lugar, parte de un concepto de salud que excede a la mera ausencia de enfermedad y que hace foco en la idea de bienestar. Esto tiene un vínculo directo con la descripción que se pueda hacer de servicios de salud, ya que los mismos, además de procurar la ausencia de enfermedades, deberán desplegar otros mecanismos para asegurar el bienestar de la población.

Se asienta sobre las ideas de disfrute y permite entender a la sexualidad no vinculada exclusivamente con la reproducción, en la medida en que postula la necesidad de que la vida sexual de las personas sea satisfactoria y que hombres y mujeres tengan capacidad de decidir cuándo reproducirse y cuándo no hacerlo. Incluye esta definición la idea de la salud sexual como el vínculo entre las personas y sus relaciones, por lo que el trabajo en este campo debe trascender el mero asesoramiento sobre la reproducción o las infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto los servicios de salud sexual y reproductiva deben incluir un conjunto de métodos, técnicas, dispositivos, prácticas y conductas destinados a asegurar el bienestar de la población en cuanto a su vida sexual y su vida reproductiva.

La incorporación de los derechos sexuales y reproductivos amplía, a su vez, el campo de los derechos humanos instalando también el concepto de “ciudadanía reproductiva”. De acuerdo al investigador mexicano Roberto Castro (2011) *“la ciudadanía reproductiva se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos por parte de los servicios de salud”* (Castro, 2011: 132).

El concepto de ciudadanía reproductiva se constituye en una pieza clave para el estudio de los servicios de salud, porque incorpora una perspectiva de derechos que pone la atención en las personas y en el acceso a las condiciones que les permitan ejercer dichos derechos. El concepto incluye la capacidad para exigir modificaciones a los marcos normativos que no los respeten así como realizar denuncias cuando la acción u omisión de profesionales e instituciones, les impidan el acceso a dichas condiciones.

Las ideas de *apropiación, ejercicio y defensa del derecho* permiten una mirada amplia del vínculo de las y los usuarios con el sistema, y están claramente enmarcados en una concepción del vínculo profesionales de la salud – usuarios, donde los segundos son sujetos activos que, además de recibir atención, son agentes capaces de actuar para modificar su situación. Como señala Castro, *“se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto ciudadanas, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como pacientes, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como recipientarias pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y acatamiento a las órdenes médicas”* (Castro, 2011: 133).

Por otro lado, resulta importante abordar brevemente el Sistema Nacional Integrado de Salud creado por ley en 2007, para identificar los puntos del sistema en los que se ubicarán los servicios de salud sexual y reproductiva. La ley 18.211 establece en su artículo 36:

“El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios”.

Es este primer nivel de atención el priorizado por la normativa nacional para brindar servicios vinculados a la salud sexual y reproductiva, ubicándose en el segundo nivel aquellos que requieren intervenciones quirúrgicas, clínicas u obstétricas con régimen de internación breve. Las prestaciones de consejería y prevención se ubican en el primer nivel, así como aquellos procedimientos de carácter ambulatorio. La definición adoptada por la reforma sanitaria procurando superar el modelo “curativo” del anterior sistema es idónea para la incorporación de la salud sexual y reproductiva. Promover prácticas y conductas preventivas así como generar condiciones para el ejercicio saludable de la sexualidad y de las decisiones reproductivas, adquieren en este contexto particulares posibilidades de realización en el proceso de implementación del SNIS (Abracinskas, López Gómez, 2010).

En cuanto al concepto de “objeción de conciencia” y sus implicancias, es importante destacar que la normativa uruguaya no lo define y se está regulando a medida que transita la implementación de la ley que la habilita para la realización de abortos. Los antecedentes en otros países dan cuenta de su práctica como un obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

La objeción de conciencia se asienta en el artículo 18.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas de 1976 (que implementa la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948). Este artículo sostiene:

"Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión... así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza" (Citado en Cook, R.J; Arango Olaya, M. y Dickens, B. M., 2009: 2).

Los problemas que el ejercicio a la objeción de conciencia trajo aparejados en otros países, y que incluso fueron detectados y reseñados antes de la aprobación de la ley IVE en Uruguay, no fueron suficientes para lograr que en la norma aprobada se previeran estos inconvenientes. Según Ana Cristina González Vélez (2012), algunos de los obstáculos generados por la objeción de conciencia en Colombia fueron: *"médicos que tienen objeción de conciencia de hecho, sin formularla explícitamente, médicos que ejercen su derecho a la objeción de conciencia explícitamente pero no derivan a la mujer a otro prestador, médicos que no han formulado su objeción de conciencia explícitamente pero lo hacen tratando de convencer a la mujer de que la mejor alternativa para ella es no interrumpir el embarazo o solicitando interconsultas o estudios innecesarios (...), médicos que no tienen objeción de conciencia pero tampoco ofrecen el servicio y tampoco dan información a la mujer sobre las instituciones que sí ofrecen este servicio"* (González Vélez, 2012: 6). Como se apreciará en el apartado de Resultados, inconvenientes extremadamente similares se observaron en la implementación de la ley IVE en Salto.

Como apuntan Cook, Arango Olaya & Dickens (2009), los problemas antes reseñados pueden ser resueltos con la ayuda del propio artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que en su punto 3 sostiene:

"La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás" (Ibidem).

Así, en el caso de Colombia (que tiene despenalizado el aborto por causales por resoluciones de su Suprema Corte de Justicia), el máximo órgano judicial dictó una sentencia paradigmática que establece límites al derecho a la objeción de conciencia por entender que colinda con otros derechos humanos. Entre los elementos más salientes de esta sentencia, la Suprema Corte establece: que el derecho a la objeción de conciencia lo pueden invocar sólo personas físicas; que en los servicios en los que haya médicos objetores se debe contar con médicos que no lo sean; y fundamentalmente, que *"no puede invocarse la objeción de conciencia cuando el efecto de ello desencadene la violación de los derechos fundamentales de la mujer al cuidado de su salud. Las mujeres a quienes les son negados los servicios de aborto en razón a la objeción de conciencia deben ser remitidas a médicos en disposición de ofrecer dichos servicios. El médico objetor tiene el deber de remitir a la paciente de manera inmediata y las instituciones deben mantener información sobre médicos no objetores a quienes se puedan remitir pacientes con prontitud"* (Cook, R.J; Arango Olaya, M. y Dickens, B. M., 2009: 4). Es así que la objeción de conciencia, para ser posible en un sistema que debe asegurar los derechos de las y los usuarios, debe ser puesto a jugar con otros derechos, identificando qué compromete el ejercicio de cada derecho y cómo pueden ser compatibles.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO



Con el estudio sobre el "Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto", MYSU se propuso alcanzar el objetivo general de analizar el estado de situación de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres de Salto, enfocado en las estructuras de posibilidad que brindan los servicios de salud para que esto ocurra. Este objetivo se desagrega en los siguientes objetivos específicos:

- Conocer y describir el estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en servicios de aborto, en el departamento.
- Analizar la percepción de agentes involucrados en los servicios de salud sobre estos servicios, identificando posibles barreras en el acceso a los servicios de aborto y SSR.
- Comprender la aplicación del recurso de objeción de conciencia por parte de la totalidad de los profesionales de la ginecología ejerciendo en el departamento y sus repercusiones en los servicios de salud, así como para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

DISEÑO METODOLÓGICO



En función de los objetivos planteados, se realizó un estudio de tipo cualitativo buscando describir en general el estado de situación en Salto, identificar las problemáticas existentes y tratar de empezar a desentrañar cómo ocurren y por qué. Para esto, no es pertinente aplicar una metodología cuantitativa, mientras que una de tipo cualitativa sí permitió responder las preguntas de investigación que surgen de los objetivos enumerados.

Este estudio es el inicio de un proceso de investigación sobre la incorporación del aborto en los servicios de salud sexual y reproductiva dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es un estudio de carácter exploratorio que permitiera orientar las hipótesis de investigación futuras, así como brindar el panorama más completo posible de la realidad en el departamento de Salto.

Las técnicas aplicadas fueron dos: entrevistas en profundidad y análisis documental. Las entrevistas fueron realizadas a diversos actores clave del sistema de salud: autoridades departamentales de salud, equipos de dirección de los dos prestadores, equipos multidisciplinarios de salud sexual y reproductiva, profesionales de la salud objetores y no objetores e integrantes de organizaciones de la sociedad civil. El tipo de muestreo realizado para seleccionar a los y las entrevistadas fue no probabilístico, lo que implica que no buscó ser estadísticamente representativo sino que el criterio seguido fue el de heterogeneidad, por lo que se intentó comprender la mayor cantidad de fenómenos. No obstante, por las dimensiones de los servicios de salud, se terminó cubriendo a la mayoría (casi la totalidad) de las personas que se desempeñan en los roles elegidos (autoridades, equipos multidisciplinarios).

Se entendió necesario realizar el análisis documental que permitiera conocer en profundidad las leyes 18.426 (de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva) y 18.987 (de Interrupción Voluntaria del Embarazo), así como los dos decretos que las reglamentan.

Importa destacar la realización de instancias de debate sobre los hallazgos y primeras conclusiones obtenidas del estudio, con los diversos actores involucrados en la instalación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el país y en el departamento de Salto. Estas instancias han permitido discutir sobre los nudos críticos identificados así como problematizar los resultados.

RESULTADOS



Los resultados del estudio se presentarán divididos en cuatro secciones. En la primera se presenta el estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto; en la segunda se presenta el estado de situación de los servicios de aborto. Una tercera sección versa sobre la percepción de los agentes³ sobre salud sexual y reproductiva, mientras que la cuarta parte involucra a las percepciones vinculadas particularmente a aborto.

1. Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva

Equipos multidisciplinarios

Como ya se mencionó, Salto cuenta con dos centros prestadores de salud: ASSE, a nivel público, y CAM, una mutualista privada. En ambos prestadores, los equipos referenciales de salud sexual y reproductiva se constituyeron a partir de la reglamentación que en 2010 hizo el Poder Ejecutivo de la ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (decreto 293/010). En dicha reglamentación se establece que el equipo de referencia debe estar integrado por un ginecólogo o ginecóloga, un obstetra o partera y un psicólogo o psicóloga.

Dichos equipos realizaron mayormente, hasta la puesta en práctica de la Ley IVE en 2012, asesoramiento (estrategia de reducción de riesgos y daños) a mujeres que manifestaban la necesidad de realizarse un aborto, atendiéndolas antes y después de la interrupción, mientras esta continuaba sucediendo en el circuito clandestino.

En el caso de ASSE, el equipo trabajaba además en distribución y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos mientras que, en los casos de violencia, las usuarias y usuarios eran derivados a otras instituciones públicas. En lo que refiere a diversidad sexual, no eran usuales las consultas. En cuanto a la población adolescente hay servicios específicos dedicados a ella, separados en su funcionamiento del equipo referencial de salud sexual y reproductiva.

En cuanto al prestador de salud privado (CAM), también se manifiesta casi la exclusividad del asesoramiento pre y post aborto antes de implementada la Ley IVE, aunque también fueron mencionadas consultas recibidas por métodos anticonceptivos, disfunciones sexuales y diversidad sexual.

Aprobada la ley IVE en 2012, se genera un nuevo funcionamiento del equipo de referencia y se le agrega una nueva profesional a su integración que es la trabajadora social. El equipo IVE debe integrarse obligatoriamente por ginecólogo/a; psicóloga/o y trabajador/a social.

En la mutualista CAM el equipo multidisciplinario se integra con una ginecóloga objetora de conciencia para IVE mientras que en ASSE el equipo no cuenta con profesional de la ginecología por una extensión del recurso de objeción de conciencia. En este prestador, el equipo se integra con psicóloga, partera, trabajadora social y licenciada en enfermería, mientras que CAM no tiene licenciados/as en enfermería integradas a los equipos, aunque existe una coordinación fluida entre éstas y el equipo. Además de la ginecóloga, en el prestador privado el equipo multidisciplinario se integra por una psicóloga, una trabajadora social y una partera. Tanto en ASSE como en CAM, el equipo atiende un día a la semana.

Prestación de métodos anticonceptivos

Los equipos multidisciplinarios se deben encargar de asegurar la distribución (o aplicación) y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos. En cuanto a métodos anticonceptivos no reversibles, en el caso de ASSE, las ligaduras tubarias son derivadas al segundo nivel de atención y se realizan en el Hospital departamental.

³ En este estudio se opta por hablar de "agentes" –en vez de hablar de "actores"– para dar cuenta del grado de incidencia que tienen los individuos, y dejar de lado la idea de que las personas sólo interpretan el libreto que las estructuras sociales le imponen. Esto es parte de una discusión en teoría social vinculada a explicaciones macro, meso y micro de lo social. Por nuestro objeto de estudio, también conviene entender al sujeto no exclusivamente determinado externamente.

Según los y las entrevistadas, hay un sólo ginecólogo que las realiza a nivel público. Este profesional, ante la consulta de una usuaria, la deriva al equipo de salud sexual y reproductiva para que realice todas las tareas de asesoramiento en SSR. Así, cuando la mujer manifiesta estar convencida de que se le practique la ligadura, el equipo vuelve a derivarla a este profesional. Este mecanismo surgió como un acuerdo entre el equipo referencial y el ginecólogo, de manera de viabilizar la realización de éstas intervenciones. Aun así, fue manifestado que la mayor incidencia de la ligadura tubaria está vinculada a intervenciones realizadas en el post parto, siendo todavía menor la cantidad de ligaduras realizadas fuera de esta circunstancia.

En cuanto a la inserción del DIU, los servicios son brindados por el equipo multidisciplinario. La accesibilidad resulta limitada en los servicios de ASSE debido a la cantidad de días a la semana y números disponibles. Por esto último puede haber mujeres que desistan de utilizar este método anticonceptivo ante la demora para lograr su colocación. Este mismo fenómeno ocurre en CAM, donde existe una policlínica los días sábados para la colocación del DIU. En este prestador, la colocación puede ser realizada por cualquiera de los profesionales de ginecología de la institución.

Los servicios de anticoncepción reversible, en el caso de ASSE, forman parte de la tarea de un equipo especialmente conformado con la finalidad de asegurar el abastecimiento de métodos anticonceptivos para toda la Red de Atención Primaria. La existencia de este equipo se explica por la magnitud de la RAP: cuenta con 50 policlínicas, 15 en el área urbana y 35 en el área rural. El abastecimiento de métodos en toda la red resulta una tarea compleja. Desde que este equipo está en funcionamiento los y las entrevistadas manifiestan que ha existido una mejora en esta materia, teniendo las policlínicas casi la totalidad de los métodos solicitados y considerados necesarios para su distribución a la población.

Es importante señalar, en lo que refiere a métodos anticonceptivos, que la ginecóloga que realiza la tercera etapa de la IVE manifestó entregarle a las usuarias métodos anticonceptivos en esa instancia. Esto resulta un rasgo distintivo, ya que en algunos sitios es de uso que los métodos anticonceptivos se suministren en la IVE 4, instancia a la que no todas las mujeres concurren.

Existe también una estrategia de información y concientización sobre métodos anticonceptivos que incluye el trabajo en las salas de espera y pasillos de las policlínicas, donde las profesionales captan a los y las usuarias que concurren por otros motivos y les explican la importancia de la anticoncepción y los métodos existentes.

En CAM, actualmente, está en proceso que los y las profesionales receten los métodos anticonceptivos y que no sea indispensable que el usuario o usuaria recurra al equipo referencial de salud sexual y reproductiva. Este proceso requiere de un trabajo con los y las profesionales, para que estén dispuestos a recetar además de abordar esta atención en sus consultas.

Prestaciones en ITS/VIH

La atención y control de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, en el prestador público de salud, funciona en el segundo nivel de atención. Es en el hospital departamental donde se realizan los test a las personas que así lo solicitan. No obstante, la RAP realiza campañas de difusión y sensibilización en determinadas fechas, lo que incluye la realización del test rápido.

Diversidad sexual

En cuanto a diversidad sexual, recientemente fue creado en la RAP un espacio de atención para personas lesbianas, gay, bisexuales y trans, destinado a prestar atención integral a esta población. Dicho espacio atiende a personas no solo de ASSE, ya que se conformó mediante diversos convenios con instituciones públicas y privadas,

por lo que se atiende también usuarios de FEMI. Este equipo realiza una atención psicosocial integral, todos los miércoles durante cuatro horas en la sede de la RAP. La generación de este espacio implica el comienzo del traslado de la atención en ITS/VIH del segundo al primer nivel, lo que fuera reclamado por los y las usuarias.

Violencia de género

Sobre violencia doméstica y sexual, existen diferencias en el trabajo de los dos prestadores de salud. CAM tiene una policlínica especial, denominada Policlínica de Atención a la Mujer (PAMU) que se encarga específicamente de temas de violencia doméstica. Este equipo atiende una vez por semana y está conformado por una pediatra, que además es terapeuta familiar, una psicóloga y una enfermera. Señalan las integrantes del equipo que existen días en que no pueden atender las tres juntas por el alto nivel de demanda de mujeres a este servicio, por lo que atienden simultáneamente. En la mutualista se ha asesorado legalmente a mujeres por parte de los abogados del centro de salud, para la radicación de denuncias.

El llenado del formulario de violencia doméstica se realiza en forma electrónica en la mutualista y se completa regularmente para cumplir con las metas prestacionales definidas por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y así acceder a las cápitales correspondientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Sin embargo, en la RAP de ASSE los entrevistados manifestaron que no se utiliza ni se llena regularmente este formulario. Además, la RAP, a diferencia del prestador privado, no tiene equipos que trabajen violencia, por lo que las usuarias son derivadas a otros servicios estatales que sí realizan este tipo de atención. Este prestador coordina con la Intendencia de Salto, la policía comunitaria y el Instituto para la Niñez y Adolescencia de Uruguay (INAU).

Es de destacar que desde varios actores se expresa que hay coordinación entre ambos prestadores de salud así como con otros actores y recursos presentes en la comunidad. Por ejemplo, los equipos de salud sexual y reproductiva dicen realizar talleres en liceos y escuelas, UTU y organizaciones como Aldeas Infantiles. Este rasgo, que debe ser potenciado, es extremadamente positivo, dado que avanza en la idea de un nuevo modelo de atención que se acerque a las personas más allá del contacto que se genera cuando una persona acude a un centro de salud.

2. Estado de situación de los servicios de aborto

El departamento de Salto ha sido de los que mayores dificultades han tenido para implementar la ley 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, debido al uso del recurso de objeción de conciencia por parte de la totalidad de sus profesionales de la ginecología. Es así que desde que la ley se implementa a fines de 2012, hasta el 6 de setiembre de 2013, ninguna mujer salteña pudo interrumpir su embarazo de forma legal en el departamento. Quien lo requirió tuvo que ser trasladada a otros lugares del país.

El proceso para acceder a la interrupción –tal como lo establece la reglamentación de la ley– tiene cuatro momentos, denominados IVE 1, 2, 3 y 4. Por IVE 1 se entiende el momento en que la mujer manifiesta la voluntad de interrumpir su embarazo, y en dicho momento se inicia el trámite administrativo para acceder al aborto legal. El IVE 2 implica la entrevista de la usuaria con un equipo multidisciplinario que la asesora en todos los aspectos y las implicancias vinculadas al aborto. El IVE 3 es el acto mismo de la interrupción, donde sólo puede intervenir el o la ginecólogo/a para la prescripción de la medicación o, en caso de ser necesario, la realización de intervención quirúrgica⁴. El IVE 4, por último, es la instancia de control luego de producido el aborto para asegurar que no hay complicaciones y dar asesoramiento en anticoncepción.

⁴ Si bien existen otras técnicas como la aspiración endouterina para realizar abortos, el Ministerio de Salud Pública prioriza el aborto por medicamentos y es el que mandata a ser utilizada como técnica por los equipos. La técnica quirúrgica es reservada para cuando no hay una expulsión total por la medicación o cuando la mujer cuando inicia la consulta está muy cerca al plazo límite para la interrupción.

Mientras no se pudo realizar el IVE 3 en el departamento, los equipos multidisciplinarios se encargaron de realizar los restantes pasos, con características distintas en los dos prestadores de salud. En la mutualista CAM, el equipo integrado por un profesional de la psicología, uno de servicio social, una partera y un profesional de la ginecología objetor de conciencia, actuaban en los pasos 1, 2 y 4. En la Red de Atención Primaria de ASSE, el equipo no tiene profesional de la ginecología por lo tanto todo el asesoramiento y control (IVE 2 y 4) es brindado por los otros integrantes del equipo. Estrictamente esta situación no cumple con la normativa vigente, al establecer la ley 18.987 que los equipos multidisciplinarios deben estar integrados por un profesional de la ginecología.

Para el IVE 3 (prescripción de medicación o interrupción quirúrgica del aborto) hasta setiembre de 2013, ambos prestadores de salud derivaron a las usuarias al departamento de Artigas o, mayoritariamente, a Montevideo. La coordinación de las derivaciones, en términos logísticos, lo realizaron los equipos de dirección de ambos prestadores de salud. ASSE, coordinó con personas del Hospital Pereira Rosell, cubriendo los pasajes hacia la capital del país, a través del cupo de pasajes por convenio con una empresa de viajes. Llegadas a Montevideo las mujeres debieron dirigirse por su propia cuenta al Hospital Pereira Rosell, para realizar el IVE 3.

En el caso de la mutualista, las derivaciones para IVE 3 y 4 fueron hacia el departamento de Artigas, quedando las usuarias internadas para poder actuar en caso de complicaciones luego de realizado el IVE 3. Este prestador cubría los costos de traslado y alojamiento tanto de las usuarias como de un/a acompañante.

Desde el 6 de setiembre de 2013, momento en que se logra que un profesional de la ginecología se traslade desde Montevideo, una vez por semana, al departamento de Salto para realizar el IVE 3, éste cubre la atención para el prestador público y privado. El primer contacto y acuerdo de contratación fue realizado por la dirección del prestador privado, posteriormente enteradas las autoridades de ASSE, le ofrecieron destinar parte de las horas de trabajo de su cargo en el Pereira Rosell a la atención en el departamento de Salto. De esta forma, el servicio de IVE 3 se brinda los días viernes para usuarias mutuales y del servicio público, que ya hayan transitado por la confirmación del embarazo, el asesoramiento y los cinco días previos de reflexión, que establece la ley.

3. Percepción de los agentes locales sobre los servicios de SSR

Para casi todas las personas entrevistadas, los equipos de "Salud Sexual y Reproductiva" son los equipos encargados de atender el proceso de la IVE. Esta identificación entre aborto y salud sexual y reproductiva, hace perder de vista el resto de los componentes de esta área de la salud, con las implicancias y alcances que también reconocen que ello tiene.

Los equipos, de ambos prestadores, manifiestan que una buena parte de las consultas que reciben es por embarazo no deseado, y resaltan que así sucedía incluso antes que la ley IVE se reglamentase, con el asesoramiento pre y post aborto.

"Por lo que más se consultaba era por lo mismo que se sigue consultando ahora mayoritariamente, que es la interrupción voluntaria del embarazo" (Entrevistada 5).

Según varias personas entrevistadas, desde 2010 había habido una progresiva ampliación de los motivos de consulta pero, con la urgencia en la implementación de IVE, nuevamente disminuyó la tarea en otras áreas de salud sexual y reproductiva.

Señala una entrevistada: *"queremos trabajar más allá de lo que es la ley IVE"* (Entrevistada 4), lo que evidencia la búsqueda trabajosa, a nivel de terrero para cumplir con las indicaciones que encomiendan tanto la reglamentación de la ley 18.426 como la ley 18.987.

"Lo que pasó en Salto, con el tema particular de la parte del área de SSR, que cuando se inauguró fue en la parte del debate y la poca información que recibió la gente quedó como sólo la parte de IVE. Entonces como que hay que sacar el conocimiento ese en la gente y agregarle el otro de que también pasa por todo el tema del DIU, métodos anticonceptivos y todo lo que tiene que ver con SSR de las mujeres, y no solamente el IVE" (Entrevistada 5).

Es así que el énfasis puesto en aborto, generado por el debate público en torno a la ley como por la necesidad de su rápida implementación según los agentes determinó la invisibilización de los otros componentes de la salud sexual y reproductiva, lo que puede haber repercutido tanto en la atención brindada como en los motivos de consulta por parte de la población.

En particular, los profesionales de la ginecología del departamento consultados sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, sostuvieron:

"-¿Cómo funcionan los distintos servicios de SSR?"

-Yo estoy totalmente aparte, porque mi cargo es netamente asistencial" (Entrevistada 13).

"En esos servicios no tengo ningún rol. Lo único que hago es derivar pacientes" (Entrevistado 12).

Los y las entrevistadas respondieron refiriéndose específicamente a los equipos multidisciplinares instalados en 2010 y reformulados en 2012. La asociación predominante en sus percepciones de los servicios de salud sexual y reproductiva restringidos a aborto y limitados a la intervención de los equipos referenciales da cuenta del predominio de la visión fragmentada y del abordaje vertical de la atención en salud sexual y reproductiva, propia del estado anterior a la aparición del concepto de SSR.

Entre las prestaciones que incluye la SSR, otro de los temas particularmente mencionado como problemático fue la ligadura tubaria. Tema también identificado como uno de los asuntos complejos en la relación profesionales de la salud-usuarias.

Existe, según la percepción de los agentes, problemas para efectuar estas intervenciones por resistencias de los profesionales de la salud. En sus discursos enuncian el deber ser, es decir, lo que corresponde según la normativa vigente.

"Hay una ley que si una paciente solicita en determinadas condiciones, mayores de edad, solicita ligadura tubaria, está en su derecho y nosotros se la hacemos" (Entrevistada 11).

No obstante, a medida que avanza la entrevista se manifiesta lo que sucede en la realidad concreta que se distancia del deber ser enunciado. Dos entrevistadas sostienen que:

"Se dificulta mucho el tema de la ligadura en mujeres jóvenes. Ha pasado que le han dicho que no se la hacen porque ellos consideran que no, porque son muy jóvenes, porque capaz en un futuro quieren tener..." (Entrevistada 5).

"Cuanto tú vas y solicitás al médico ginecólogo hacerte una ligadura tubaria, el médico ya te está diciendo que, primero, sos joven, que podés cambiar de marido..." (Entrevistada 9).

Es problemático que profesionales de la salud se nieguen a realizar prestaciones que están obligados a realizar, por cuestiones que tienen que ver con su opinión o criterios personales, recurso que podría caracterizarse como propio de la objeción de conciencia. Sin embargo, la objeción de conciencia no está reconocida para otras prácticas que no sean la de realizar un aborto, por lo que es necesario introducir la idea de que estamos ante una suerte de objeción de conciencia de facto, ejercida pero no habilitada por ningún tipo de norma vigente en el país.

La percepción de los agentes sobre la ligadura tubaria y la forma de resolver el problema generado por la objeción de conciencia de facto fue la siguiente:

“En el hospital hay un ginecólogo sólo que las hace, en el ámbito de la salud pública. Y este ginecólogo limitaba mucho el tema de las ligaduras... (...) Entonces lo que acordamos fue que pasaran primero por el servicio de SSR, nosotros hacíamos todo lo que implica la paraclínica y ahí ya la mandamos referenciada” (Entrevistada 4).

Separar el momento de la consejería/asesoramiento de la consulta con los profesionales de ginecología para que éstos solo se limiten a realizar la ligadura, fue la forma encontrada por el equipo de SSR ubicado en el primer nivel de atención, para dar respuesta a las mujeres que han solicitado este método.

En cuanto al DIU, las personas entrevistadas perciben que existen importantes dificultades para su inserción porque los días disponibles para colocarlos y la cantidad de números dados para la inserción del DIU dan cuenta de las demoras que pueden generarse. Sostiene una entrevistada:

“Los ginecólogos de acá lo ponen también. ¿Cuál es el problema? Que el DIU para mí es un método que tiene que ser sin cita previa... Porque es lógico que una no sabe cuándo va a estar [menstruando], entonces que ese día justo haya... Que los médicos tienen la particularidad muchas veces de que atienden 10 números ‘y más no atienden’... Entonces a veces ponían, un ginecólogo ponía tres DIU en todo el mes” (Entrevistada 4).

Importa señalar que el profesional de la ginecología que viaja desde Montevideo una vez a la semana para cubrir las consultas por IVE 3, dedica la mitad de su tiempo a la inserción de DIU en la atención que brinda para ASSE.

Sobre la vasectomía, la percepción de los integrantes de los equipos de ambos prestadores de salud, es que la incidencia es muy baja entre los usuarios de los servicios de salud en Salto. Sin embargo, ambos equipos perciben un aumento en las solicitudes de este tipo de intervenciones. Es de consenso de todos los y las entrevistadas que los varones no acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva, porque parecen vincularlos como algo propio de las mujeres.

En la encuesta de hogares realizada por MYSU en 2012 sobre Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos entre 15 y 49 años⁵, los resultados obtenidos coinciden con lo relevado en el presente estudio. Sobre la vasectomía como método anticonceptivo solo 17% de los encuestados mencionó conocerla. En cuanto a consultas en general de varones por salud sexual y reproductiva, la cifra es alarmante: el 90% de los varones nunca consultó a un profesional por temas vinculados a su salud sexual y reproductiva. A su vez, el siguiente gráfico también coincide con lo aquí planteado en cuanto a que, si bien la concurrencia es marginal, la misma ha aumentado en los últimos años.

5 MYSU (2013b) Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo: MYSU. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/observatorio-necesidades_y_demandas_en_mujeres_uruguayas.pdf

Asistencia a centro de salud por temas relacionados con salud sexual y reproductiva (% que responde afirmativamente)

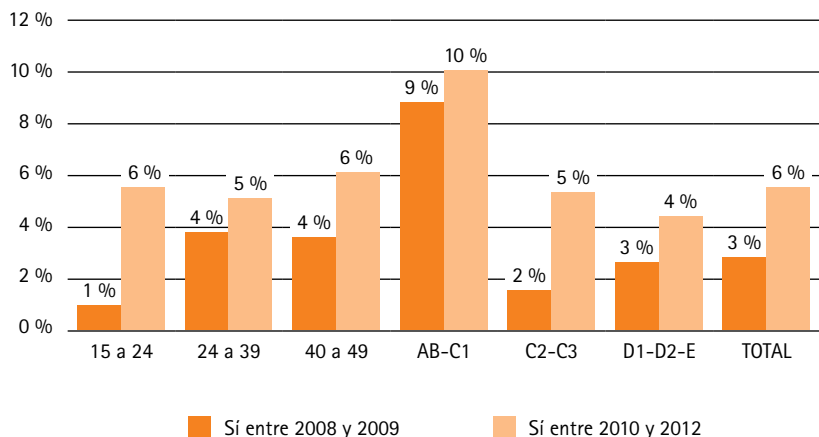


Gráfico 1. Asistencia a centro de salud por temas relacionados con su salud sexual y reproductiva en los años 2008-2009 y 2010-2012, en varones de 15 a 49 años, por edades y nivel socioeconómico. Población total, Uruguay urbano y suburbano, 2012-2013.

Fuente: Estudio *Demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos*. MYSU, 2013.

Sobre la violencia de género, la percepción de los agentes da cuenta del vínculo usual de las situaciones de violencia como motivo esgrimido por las usuarias para querer interrumpir su embarazo.

"Nos ha pasado que la mujer en eso que va contando de los motivos por los cuales quiere interrumpir el embarazo, empieza a contar que sufre violencia" (Entrevistada 5).

Pero, para alguna de las personas entrevistadas, la preocupación principal de la mujer que consulta no es la situación de violencia sino la angustia para resolver el embarazo no querido.

"Las mujeres llegan muy... Vienen con la cabeza en otra cosa, entonces capaz que en ese momento el hecho de que el marido le pega, para ella es secundario a la necesidad que tiene [de abortar]. Obviamente que lo trabajamos, que ella pueda consultar, el tema de derechos y todo; pero, por lo general no lo trabajamos en el primer encuentro más fuerte (...). Cuando viene al IVE le preguntamos" (Entrevistada 5).

Estos relatos evidenciarían una posible dificultad del abordaje de las situaciones de violencia en el marco del proceso de atención de la IVE.

Más invisibilizadas aún quedan las situaciones de violencia sexual porque no aparecen como motivo de consulta ni en el relato de las mujeres que va a asistirse. Esta opinión es de consenso entre las personas entrevistadas. Habría una mayor presencia de la problemática pero como asunto de debate público, por casos notorios de violación que se divulgaron en el período que se realizó el trabajo de campo.

4. Barreras al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

A partir de la percepción de los agentes, es posible identificar las siguientes barreras al acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Principales barreras al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
Vulneración de derechos en la relación profesional de la salud – usuaria
Objeción de conciencia de facto
Distancias geográficas
Falta de información sobre servicios
Desconocimiento de titularidad de derechos
Demoras para conceder día y hora para consultas
Poca cantidad de personas atendidas por día en que se brinda el servicio
Escasez de tiempo para cada consulta

En todas las entrevistas realizadas tuvo una presencia central el papel de los médicos como barrera para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto puede obedecer a múltiples factores, algunos vinculados al posible sesgo introducido por la metodología utilizada por el estudio y otros relativos a la realidad relevada. Uno de los elementos que podrían explicar esta centralidad sería la influencia del debate público dado que al momento de realizar el trabajo de campo, la cobertura mediática sobre la situación del departamento y la objeción de conciencia en el 100% de los profesionales de la ginecología, fue muy importante. En el guión de entrevista a los agentes varias preguntas se referían a la objeción de conciencia, lo que lo hacía un elemento presente. Pero además las dificultades en la relación entre los y las profesionales y las usuarias fueron señaladas reiteradamente por las personas entrevistadas como uno de los asuntos importantes en el campo de la salud sexual y reproductiva. Aún en aquellas preguntas generales de la entrevista en las que se pedía evaluar los servicios de SSR o en aquellas en que se preguntaba específicamente por las barreras, pero sin adelantar posibles respuestas, las personas mencionaban las dificultades vinculadas a los y las ginecólogas. A modo de ejemplo:

“Suena feo pero las ginecólogas son una barrera. Por ahí si es una usuaria nueva va porque no la conoce, pero después cuesta volver a engancharla” (Entrevistada 15)

El trato a las usuarias no parecería ser respetuoso y empático, de acuerdo a las opiniones relevadas, se relatan conductas que significarían vulneración de derechos al no brindar asesoramiento por considerar que esta tarea no forma parte de sus obligaciones laborales. También se señaló reiteradamente que una forma de no cumplir con la atención es derivar a las usuarias para que otros servicios cumplan con la tarea de asesoramiento y consejería.

Otras de las barreras mencionadas en el acceso a los servicios están vinculadas a cuestiones geográficas. El departamento de Salto es uno de los que tiene mayor superficie del país, con numerosas localidades y poblados con poca cantidad de población, distanciados entre sí.

“Nosotros tenemos un departamento que tiene muchos kilómetros cuadrados y que tenemos poblaciones muy pequeñas. Entonces el acceso a todo lo que tiene que ver con servicios no es sencillo. Entonces, si en algún lugar tenemos alguna dificultad, es en lo que tiene que ver con la parte rural” (Entrevistada 5).

La falta de información sobre los servicios es otra barrera identificada. La población no sabe de su existencia, localización, los profesionales que en ellos trabajan, los días y horas de consulta, lo que hace más difícil que las personas acudan a ellos. Esta situación fue mencionada por todos los y las entrevistadas, lo que representa un déficit que deberá ser abordado desde una lógica departamental y no desde cada servicio, ya que el problema sería de carácter general.

Esto iría acompañado del desconocimiento de las personas sobre la titularidad de sus derechos lo cual no sólo sería una barrera para el acceso, sino que dificultaría el avance en la corrección de los problemas ya que disminuye la capacidad de la población de exigir mejoras y soluciones ante estas necesidades.

Vinculado a la información sobre titularidad de derechos, el estudio sobre demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos (MYSU 2013) y en mujeres en edad reproductiva (MYSU, 2011) muestra que 55% de los encuestados no escuchó nunca hablar de los derechos sexuales y reproductivos y 57,5% de las mujeres manifestó tener conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

Las demoras en dar respuesta a las demandas fue otro de los obstáculos identificados por los agentes salteños. Los métodos anticonceptivos como las píldoras o preservativos requieren de una receta para comenzar a retirarlos en los servicios de salud. Para acceder a esa receta, según las personas entrevistadas, las consultas pueden demorar meses en ser realizadas ante un profesional, por lo que la persona en ese tiempo deberá proveerse de esos métodos por fuera del sistema de salud. La colocación del DIU, como ya fue señalado anteriormente, tiene retrasos por los pocos números que se dan por consulta y por los diversos lugares de la Red de Atención Primaria de ASSE, donde se realiza la inserción. Así esta barrera se suma a la geográfica lo que podría explicar la baja incidencia del DIU en los métodos anticonceptivos utilizados.

Por último, la atención en salud sexual y reproductiva requiere de tiempo para lograr niveles de confianza y empatía para que los y las usuarias puedan plantear sus problemas e inquietudes. Por ejemplo, las situaciones de violencia sexual probablemente requieran de más de una consulta para poder ser abordadas. Sin embargo, la organización de los servicios de SSR y la disponibilidad de profesionales hace que la oferta actual diste de ser satisfactoria. El tiempo destinado a la consejería se ve limitada lo que resiente la atención vinculada a promover el bienestar de la población en torno a su vida sexual y reproductiva.

5. Percepción de los agentes sobre servicios de aborto

En cuanto a la percepción de las personas entrevistadas sobre los servicios de aborto, es importante empezar con la forma en que los equipos multidisciplinares son vistos por terceros, así como se ven los propios equipos y cómo les resulta deseable que los consideren. Los equipos y los profesionales, según los agentes entrevistados, terminan siendo identificados como "aborteros" por el medio. Esto es debido a tres razones: por un lado, producto de las resistencias de los y las profesionales, los que están dispuestos a participar de la implementación de la ley son escasos y por tanto deben encargarse de cubrir todos los servicios; en segundo lugar, la valoración social sobre el aborto, y por último que lo realicen estos equipos de salud resulta notorio e invisibiliza al resto de tareas y prestaciones que brinda. Para oponerse al derecho de la mujer a decidir, y en particular a la ley vigente, resulta mucho más sencillo hacerlo identificando a un contendiente concreto que se asimila a la práctica que se combate. Sobre esto, señala un entrevistado:

"Un equipo que al principio estaba confundido como 'abortero' para el imaginario social y también para los equipos sanitarios y equipos de referencia, quizás. Puede ser a manera de ataque o puede ser a manera de sumarse (...) a la campaña que venía detrás de todo esto en contra de los servicios de salud sexual y reproductiva, más desde la expresión de la corporación médica" (Entrevistado 3).

El énfasis puesto desde los profesionales en que no realizan sólo abortos, nota que quienes integran los equipos pretenden aportar información sobre su labor también para combatir los prejuicios presentes en la sociedad y los suyos propios. Esta percepción y actitud profesional deja en evidencia que la práctica del aborto sigue siendo denostante para la mujer que lo solicita como para el profesional que lo asegura.

"Yo no voy a hacer abortos, como pusieron. Yo voy a asesorar en la interrupción de un embarazo. Digo, yo no les hago nada a las señoras, yo lo que hago es asesorarlas de cómo usar la medicación, les hago la receta y se las doy" (Entrevistada 16).

"Y hay yo pienso que un poco de desconocimiento de qué cosas hace el servicio, el servicio tampoco se dedica únicamente al IVE, todo lo contrario" (Entrevistado 12).

"Queremos que el equipo sea un equipo de salud sexual y reproductiva, que no nos conozcan solamente como las que hacemos las interrupciones de embarazo" (Entrevistada 4).

El estigma asociado a la práctica es un elemento importante a tener en cuenta, debido a que los y las profesionales de la salud sufren un desgaste mucho mayor participando de estos servicios, lo que debería ser acompañado con medidas que tiendan a cuidar a las personas que actúan en torno a los servicios de aborto y de salud sexual y reproductiva. Así como se debe valorar la actuación en el primer nivel de atención también debería resaltarse y reconocerse a quienes asumen y se hacen cargo de las prestaciones en salud sexual y reproductiva. Esta dimensión de la salud es novedosa y muy reciente en su integración con carácter de obligatoriedad en todas las instituciones del SNIS. Se han creado los servicios pero estos asuntos no están aún en la formación curricular de las profesiones asignadas para integrar los equipos, por lo tanto no habría los recursos humanos suficientes para dar una atención de calidad, ni los incentivos adecuados para que opten por integrarlos. Quienes están brindando los servicios deben inaugurar el terreno de esta intervención lo que significa confrontar e innovar en relación a la tradicional atención de salud. En muchas oportunidades sin contar con los mecanismos suficientes que respalden, orienten y acompañen adecuadamente la instalación de esos servicios. Incorporar la equidad de género y actuar en el marco del respeto a los derechos humanos y autonomía de la población usuaria, es una transformación muy profunda en la tradicional estructuración de la intervención sanitaria.

Por otra parte, el vínculo de las usuarias con el equipo multidisciplinario de referencia presenta situaciones preocupantes en lo que refiere a la forma en que las usuarias se presentan ante el equipo.

"Muchas veces llegan las usuarias y tratan como de convencerte, y vos te das cuenta enseguida cuando hacen eso. (...) Muchas veces las usuarias van con esa idea, que uno es un tribunal que va a decidir lo que ella quiere" (Entrevistada 5).

Según se manifiesta por parte de los agentes, algunas usuarias concurren al IVE 2 creyendo que están frente a un organismo que evaluará si las autoriza o no a interrumpir su embarazo. En este sentido, la propia redacción de la ley (que establece que la mujer debe manifestar sus razones para realizar el aborto) puede haber generado en el imaginario colectivo la idea de que la mujer tenía que justificar su decisión.

Sumada a la actitud y percepción de las usuarias en relación a la función del equipo multidisciplinario, en las etapas de asesoramiento y consejería (IVE 2), la intervención de profesionales objetores genera diversas interpretaciones. Si bien el profesional objetor debería brindar la información aunque se niegue a realizar la interrupción, esto no parece tener siempre buenos resultados. Según los agentes, hubo dificultades y situaciones en las etapas de asesoramiento y consejería con algunos profesionales que asumieron actitudes hostiles hacia las usuarias que manifestaban su voluntad de interrumpir el embarazo. La discrecionalidad de la intervención fue señalada como una vulneración de derechos porque dependería del profesional actuante el que la usuaria pudiera estar expuesta a maltrato, estigma y discriminación.

"La partera es amorosa, no sé si sigue porque quería salirse por la ginecóloga. Es muy violento, las cosas que le dice, por ejemplo, va con un bebé u otro niño y le dice 'ves ese niño que tenés en tus manos, matálo entonces' y yo digo ¡por favor! 'Matálo', o lleva unos fetitos de plástico y esas cosas..." (Entrevistada 15).

Uno de los nudos que deben ser abordados como obstáculo para el acceso a los servicios, es la participación de objetores de conciencia en las consultas de asesoramiento. Su intervención puede vulnerar los derechos de las mujeres por entender que su función es la de desestimular la decisión de abortar. Debería ser igual de cuestionable esta actitud como aquella que tuviera como fin, promoverla.

La fiscalización sobre el contenido del asesoramiento en las consultas tampoco está asegurada porque los mecanismos de denuncia no están debidamente establecidos y los que existen recaen nuevamente sobre la mujer consultante que ya está en una situación delicada.

Luego de transcurridos los cinco días de "reflexión" posteriores a la IVE 2 que mandata la ley, hasta el 6 de setiembre de 2013 todas las usuarias fueron trasladadas a otros departamentos para concretar el aborto. Los y las entrevistadas manifestaron que representó complicaciones importantes para las usuarias:

"Quieras o no, el que las mujeres tuvieran que ir a Montevideo, por más que [con] el Pereira tuvimos siempre la mejor para las coordinaciones, para la mujer no resultaba nada fácil" (Entrevistada 4).

"Con todo el derecho las usuarias se molestaban bastante" (Entrevistada 5).

"Si estás dentro de los días te coordinan con el Pereira Rosell (...). Siempre y cuando conozcas Montevideo y te animes a ir a Montevideo sola. Eso es una de las grandes trabas. Imaginate una mujer que no tenga con quien dejar... Tenga 6 hijos y no tenga con quien dejar a los nenes. Irse un día, aunque sea un día. Venir a Montevideo sola" (Entrevistada 9).

En los fragmentos citados aparece la idea de que, aun realizándose los traslados tal y como está previsto, esto implica una barrera a sortear por parte de las usuarias que continuaron con la decisión de interrumpir su embarazo. Así, factores que pueden aparecer como nimios para los decisores de la política pública, se tornan relevantes en la aplicación de la misma. Ejemplo de esto es si la usuaria tiene conocimiento o no de la ciudad a la que es trasladada (aún teniendo en cuenta que para estos casos el hospital en Montevideo está a pocas cuadras de la terminal de ómnibus y que el costo del traslado es cubierto por la institución que no ha brindado el servicio en el lugar de residencia de la usuaria). A su vez, otro elemento como el estigma (por el cual, por ejemplo, una usuaria intentará no pedir ayuda para que no se conozca su situación) se intersecta con la barrera del traslado para reforzar aún más la situación de vulnerabilidad, como plantea el último fragmento de entrevista citado.

Asimismo el traslado, en algunos casos, implicó dificultades en otro sentido:

"Nos pasó que cuando llegó una usuaria a allá que ya estaba de 11 semanas la mandaron para atrás porque ellos consideraban que como no la vio una ginecóloga no tenía hecha una IVE 2. (...) Entonces ahí la mandan para atrás, vino desesperada al servicio, la tuvimos que mandar de nuevo para allá. Ta, eso, pero nos pasó una vez y alguna otra" (Entrevistada 5).

Los perjuicios y la falta de garantías para las usuarias se presentan de inmediato cuando un servicio es incapaz de cumplir con todos los requerimientos de la ley. Como ya se mencionó, la ley establece que un profesional de la ginecología debe estar en el IVE 2, pero en el prestador de salud pública de Salto esto fue imposible de cumplir debido a la objeción de conciencia de facto para las etapas 1, 2 y 4 de los profesionales, tanto del sector público como privado.

También se debe revisar con mayor precisión lo que ocurre en la entrevista post-aborto incorporada en la reglamentación de la ley e identificada como IVE 4. No parece tener una alta concurrencia por parte de las mujeres que han pasado por el proceso. Resulta necesario revisar los recursos y medios que los servicios utilizan para promover esta consulta. Principalmente, las profesionales llaman a las usuarias y les insisten en que deben concurrir al centro de salud para terminar el proceso establecido, haciendo énfasis en la necesidad de controles posteriores a la realización del aborto.

“¿Van al IVE 4?”

“¡Sí! Y si no van, nosotras las perseguimos (risas)... (...) Sólo tres no concurren al IVE 4”. (Entrevistada 5).

“Venían porque las llamábamos, les explicábamos, antes de ir, desde la primera entrevista que necesitábamos el celular para poder llamarlas... Y las llamábamos y viste que por el tema de la confidencialidad que te den un teléfono de ellas, que no sea de otro... Y después que las llamábamos volvían...” (Entrevistada 6).

“Nosotras les explicamos desde el IVE 1: (...) ‘yo te puedo llamar, para ver como salió todo, para decirte que vengas, para hacerte el control’. Como que se le avisa a la mujer, como para tampoco invadir su intimidad... Hay mujeres que te dicen ‘no por favor no me llames porque yo, de esto nadie sabe’... Pero no, obviamente yo no voy a llamar (...) para que también tengan la opción” (Entrevistada 17).

En base a estas citas es posible plantearse un dilema sobre el seguimiento que se hace de las usuarias, por una parte vinculado a la autonomía de las mismas. Los y las trabajadoras de la salud parecen proactivas para dar seguimiento a lo ocurrido con una mujer –aun cuando esa mujer no acuda en un primer momento al servicio de salud– pero no debe perderse de vista la autonomía de las usuarias, que debe preservarse. Resulta importante también interrogarse sobre las razones por las que las mujeres no acuden espontáneamente. Es probable que las mismas barreras que impiden o dificultan el acceso de las mujeres a los servicios actúen para inhibir la concurrencia al IVE 4, como por ejemplo la de evitar el estigma y no querer continuar vinculadas a una práctica que sigue siendo condenada socialmente.

“A algunas hay que insistirles, te manifiestan que ya está” (Entrevistada 4).

Por otro lado, la estrategia desarrollada aparece como exitosa según la percepción de los y las entrevistadas, en términos de que las mujeres finalmente concurren a los servicios, en su mayoría. No obstante, aun logrando que la mujer finalmente consulte, es necesario reflexionar sobre el límite entre dar seguimiento a un caso y no asegurar la autonomía y la capacidad de decidir de la mujer sobre si concurrir o no a un centro de salud en un momento determinado.

En cuanto a la confidencialidad, los y las entrevistadas parecen coincidir en que no existen problemas al respecto y que la confidencialidad es respetada, es decir, que los datos de las usuarias y las situaciones por las que atraviesan son correctamente preservados por el equipo de salud. Sin embargo, existen dos elementos que pueden perjudicar a la confidencialidad buscada. En primer lugar, es señalado que al llegar la usuaria con una ficha que dice “IVE” a realizar una ecografía, eso la expone a la posibilidad de que sea pública su situación. En segundo lugar, la localización de las consultas en los espacios físicos también plantea tensiones entre, por ejemplo, una adecuada accesibilidad por un lado y la necesaria intimidad por otro.

La experiencia de la RAP permitirá complementar el análisis:

“En general no hemos tenido inconvenientes, se han manejado muy bien dentro del equipo. Se ha insistido mucho dentro del equipo. Ellos lo ponen en un archivo, fuera del archivo de historias clínicas. En general no hemos tenido inconvenientes. También para esto se hizo una capacitación desde la admisión para adelante, porque

antes las primeras personas que llegaban por el tema era un corrillo el que se hacía. Eso lo hemos logrado bajar de forma tal que no exista” (Entrevistado 8).

Como se verá en el fragmento citado, hay una serie de elementos que están en juego a la hora de asegurar la confidencialidad de las usuarias. Existen, en primer lugar, actitudes, situaciones y procedimientos vinculados a los equipos de salud actuantes. Sin embargo, el resto de las personas que trabajan en los servicios de salud también deben estar implicadas en formas de hacer que aseguren la no exposición de la usuaria. Por último, otros elementos como los espacios físicos y la forma en que se difunden los servicios aparecen como relevantes para asegurar, integralmente, la confidencialidad de la usuaria.

Es importante preguntarnos qué piensan las personas que ocurre con aquellas mujeres que, habiendo empezado el proceso establecido en la ley IVE, no llegan a realizar el IVE 3 (el aborto propiamente dicho). En términos lógicos, existen dos posibilidades: que continúen su embarazo o que aborten en el circuito clandestino. Si bien la persistencia de la práctica clandestina del aborto en el departamento fue mencionada por casi todos los y las entrevistadas, al ser consultadas específicamente sobre qué pasaba con las mujeres que encontraban determinadas barreras, no surgieron evidencias que permitan pensar que mujeres, habiendo empezado el procedimiento legal, lo terminaran clandestinamente. Tampoco hay elementos suficientes como para refutar esta hipótesis. Según los discursos de las personas entrevistadas, pareciera que los abortos clandestinos se realizan, en general, sin haber empezado el proceso en el sistema.

Sobre qué pasa con las mujeres que no realizaban la IVE 3, fue muy mencionada la posibilidad de que las mujeres continuaran con su embarazo.

“Iban al portón y volvían... y que no. O iban a la casa y volvían y decían que no. Que no porque habían tenido esos cinco días de reflexión y que en realidad no querían interrumpirlo” (Entrevistada 6).

“-Cuando son derivadas para hacer el IVE 3, en Salto o en Montevideo, ¿las mujeres efectivamente iban todas o quedan algunas por el camino?”

-No, no, no. De hecho, mirá, cuando hicimos la evaluación teníamos una cantidad de mujeres que en IVE 2 resolvían tener. Diferente que en el resto del país” (Entrevistada 7).

Es importante recordar que, según las cifras divulgadas por el Ministerio de Salud Pública, solo el 6,3% de las mujeres resolvieron continuar con su embarazo⁶ a nivel nacional (los datos por departamento no son brindados por el Ministerio de Salud Pública en la comunicación referida).

Importa analizar, dentro de la opinión de los y las entrevistadas, los discursos de los profesionales de la ginecología. La normativa vigente sostiene que la objeción de conciencia debe ser ejercida individualmente. En una primera aproximación por parte de los profesionales de la ginecología entrevistados, se afirmó con mucho énfasis que la decisión había sido tomada individualmente. Sin embargo, a medida que avanzan en el discurso algunas entrevistadas, aparece la idea de un “nosotros” o del departamento de Salto como un todo.

“Lo que ocurre es que Salto tomó una postura, en la parte de anticoncepción está organizado, se trabaja, se orienta y se asesora a las usuarias. Y en la parte de IVE está totalmente independiente porque nosotros hemos tomado una postura y eso se deriva totalmente” (Entrevistada 13).

6 Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf (consultado en marzo de 2014).

Lo que interesa al presente estudio no es refutar la idea de que la objeción de conciencia fue realizada individualmente, sino dar cuenta de que en los discursos de los entrevistados aparecen por momentos expresiones vinculadas a colectivos, lo que puede permitir sostener que si bien puede haber sido tomada individualmente la decisión de objetar, el sentimiento de comunidad con una opinión compartida también puede existir en los y las ginecólogas salteñas.

En cuanto al papel que han desempeñado los y las ginecólogas que hicieron uso del recurso de objeción de conciencia, en primer lugar, y como ya fue mencionado, en algunos casos los profesionales realizaron los IVE 2, con las dificultades antes descritas (específicamente esto ocurrió en el prestador de salud privado). En segundo lugar, se manifiesta que hay una tendencia a que los profesionales, por lo menos, deriven a las mujeres al equipo multidisciplinario. No obstante, los profesionales objetores, según los agentes, no derivaban ni asesoraban a las usuarias.

El siguiente fragmento de entrevista permite ilustrar la situación inicial, vinculada a una negativa total de los y las ginecólogas a participar de cualquier instancia vinculada a la interrupción voluntaria del embarazo.

"El problema es ese: cuando vos accedés a un ginecólogo que tiene objeción de conciencia nadie te garantiza que él te va a decir que existe un servicio. Te puede decir que no y quedás en eso" (Entrevistada 9).

El inconveniente que generaba la nula disposición de los y las profesionales es que, como es mencionado por la entrevistada, era una vía de pérdida de mujeres del sistema, así como se perdía la oportunidad de realizar labores de consejería y asesoramiento que aseguraran el mantenimiento de la usuaria en el sistema y una calidad óptima de su estadía en el mismo.

En el próximo fragmento a citar, se evidencian dos fenómenos de los que es importante dar cuenta. En primer lugar, que los y las integrantes del sistema de salud tenían claro los alcances de la objeción de conciencia, sabiendo por tanto que los y las ginecólogas tenían derecho, únicamente, a no participar en la IVE 3. Probablemente, que esto haya sido una información manejada por los servicios de salud permitió que los y las profesionales de ginecología flexibilizaran paulatinamente su actitud.

"Si bien ellos plantearon la objeción de conciencia pero la objeción de conciencia específicamente al procedimiento (...). No es por ejemplo referirla al equipo de salud sexual y reproductiva, recién ahora como que se ve un avance en eso. En que alguien empiece a referir para el equipo, no solo no se aplicaba la ley sino que no se refería" (Entrevistada 2).

Esta tendencia de apertura lo evidencian profesionales objetores cuando relatan cómo proceden en la actualidad al recibir una consulta sobre interrupción del embarazo:

"La única conexión con ellos [el equipo multidisciplinario] es si llega, por ejemplo, específicamente, alguna paciente con intención de una interrupción voluntaria del embarazo, le hacemos la ficha y la derivamos para cada uno de los servicios" (Entrevistada 11).

"En el caso del IVE nosotros derivamos, después de la primer consulta la derivó y después no veo más a la paciente. La veo porque en mi caso yo hago la ecografía y después no la veo más, porque inclusive el IVE 4 lo hacen ellos."

-¿Esa primer consulta que vos hacés cuenta como IVE 1?

-Claro, le hago llenar el formulario, la solicitud de la ecografía, después va a la policlínica y se encarga la gente de allí." (Entrevistado 12).

Estos dos fragmentos evidencian un rasgo de la participación de los ginecólogos que hay que analizar. Estos profesionales pasaron de, en un primer momento, no referir a la usuaria al equipo de salud, a sí hacerlo en una segunda etapa. Sin embargo, según los discursos de ginecólogos y ginecólogas, estos profesionales se desentendían de las usuarias, lo que estrictamente no debería ocurrir, en la medida en que el profesional objetor debería asesorar y referir al equipo multidisciplinario según la normativa vigente.

Es importante observar que los profesionales objetores manifiestan que no se sienten capaces de asesorar a la usuaria sin influir en su decisión, como lo muestra la siguiente cita:

"Simplemente le hago el formulario y va a la policlínica, no estoy capacitado para asesorar a una paciente que me solicite un IVE. Porque si lo haría lo sesgaría sin lugar a dudas, soy consciente de eso" (Entrevistado 12).

Siguiendo con el discurso de las y los ginecólogos objetores, se repite la idea de que no se pretende juzgar a la mujer. En este sentido ocurre un fenómeno similar al vinculado a si la objeción fue resuelta individual o colectivamente. Inicialmente, todos los profesionales objetores entrevistados señalaron algo coincidente con el deber ser: no juzgan ni evalúan a las usuarias. Sin embargo, a medida que avanzan en el discurso, las mismas personas exponen ideas y usan términos propios de una evaluación y un juicio sobre una conducta o un individuo.

"Yo no juzgo a las mujeres, lo que sí condeno es el aborto." (Entrevistada 13).

Como se verá, el uso de términos como "condena" dan cuenta de un desajuste en los discursos y aumenta la posibilidad de que en la práctica ese rechazo recaiga sobre las mujeres.

"Yo sé que lo tengo que hacer, pero a veces prefiero no saber si es para un IVE. Porque vos fijate que estoy viendo un feto de once semanas que sé que lo van a matar. Entonces eso a mí me hace mal, por eso firmé la objeción de conciencia. Es como que vos veas a un perrito que lo van a sacrificar, te hace mal. Para mí es lo mismo, no juzgo a la paciente porque ella tendrá sus razones. (...) Por supuesto que hay cosas que vos no podés creer por qué se lo hacen. (...) A mí me da lástima la paciente que se hace un aborto y vos te das cuenta que no es por... No se por qué es, porque una chiquilina que viene llena de anillos, con sus championes Nike, con celular último modelo, con todo, una paciente estable... No sé, no entiendo, realmente no entiendo" (Entrevistado 12).

Se puede apreciar en el fragmento de entrevista que las sentencias que afirman no juzgar a las usuarias son seguidas de evaluaciones y juicios sobre las mismas, sus condiciones de vida, sus razones para abortar, etc. Esto puede explicar la hostilidad de los y las profesionales hacia las usuarias. A su vez, da cuenta no sólo de la imposibilidad de profesionales que se manifiesten de esta forma para realizar asesoramiento a las usuarias, sino que abona la idea de que es preferible que no estén en ninguna etapa de la IVE para reducir la violencia a la que está sometida la mujer. A su vez, el uso de términos como "matar", o la comparación con el sacrificio a un animal dan cuenta de una grave banalización del fenómeno, así como una extrema hostilidad hacia quienes interrumpen su embarazo.

Los y las entrevistadas fueron consultadas por sus percepciones en cuanto al aborto clandestino, teniendo en cuenta que son actores clave por su doble condición de conocedores en profundidad del territorio y trabajadores de la salud vinculados a la salud sexual y reproductiva. Todos las y los entrevistados respondieron que creen que siguen habiendo abortos clandestinos en el departamento.

"Pienso que probablemente siga habiendo." (Entrevistada 11).

"El aborto clandestino sigue existiendo, y eso es una cosa que es real porque la hemos estado viviendo" (Entrevistada 13).

"Yo creo que lamentablemente sigue ocurriendo. (...) La propia medicación que (...) estamos utilizando para la interrupción correcta del embarazo, esa medicación se vende muchas veces fuera de los ámbitos de la salud" (Entrevistado 8).

"-¿Qué opinión tenés sobre el aborto clandestino en el departamento? ¿Crees que sigue existiendo?"

-Acá sí, por supuesto. Porque te lo dicen las pacientes, y eso es así" (Entrevistado 12).

"Pero personalmente, y te voy a decir algo bien desde lo personal, creo que se sigue haciendo. No sé si abortos clandestinos con acompañamiento profesional fuera de los servicios, pero sí hay accesibilidad en las farmacias a la medicación" (Entrevistada 1).

Como se verá, la percepción sobre la continuidad de los abortos clandestinos aparece generalmente. La distinción que aparece en el último fragmento de entrevista citado también es señalada por más personas: según las percepciones, es extremadamente improbable que sigan habiendo abortos clandestinos con acompañamiento de profesionales, mientras que la medicación es de fácil acceso.

Anteriormente se expusieron las percepciones de quienes fueron entrevistados. A continuación se dará cuenta de casos concretos que confirman la existencia de aborto clandestino en el departamento, y que pueden ser rápidamente vinculados a barreras al acceso antes señaladas que fuerzan a la mujer a optar por el circuito ilegal. En reiteradas ocasiones fue mencionado un caso de pública notoriedad en el departamento sobre la aparición de un feto de siete meses en un basurero municipal, donde la mujer fue localizada y procesada. Más allá de este caso, se mencionan varias situaciones que parecen ser vividas como cotidianas:

"Teníamos algunas mujeres que llegaban al equipo diciéndonos que se habían tomado tres pastillas, 16 pastillas, de cualquier manera... Que un tecito, que no sé qué que la suegra le dio, que la tía le dio..." (Entrevistada 5).

"Sé que fue a la farmacia, se compró el misoprostol y abortó. Pero no sé por qué no hizo todas las etapas" (Entrevistada 9).

"Incluso hemos atendido una muchacha, me acuerdo, que fue y que antes de consultar a nosotros se había tomado 16 misoprostol. Creo que cobraban 800 pesos cada pastilla, me parece, por lo que nos han dicho" (Entrevistada 4).

"Esas mujeres que llegan a emergencia diciendo, 'yo tomé las pastillas de misoprostol, porque yo sé que el aborto es legal'" (Entrevistada 17).

"Plantean que no quieren tener más el bebé, les explicas todo lo del IVE y te dicen que no. No van más al control, las llamas y no tienen más el bebé, te dicen que lo perdieron. Tenemos dos casos de mujeres internadas porque se habían comprado ellas mismas el misoprostol" (Entrevistada 15).

"Tuvimos hasta una chiquilina que ella misma nos dijo que estaba embarazada, después apareció y nos dijo que un médico le había recetado para un tema digestivo, que ella lo tenía en la casa y lo usó" (Entrevistada 15).

Como se verá, el aborto clandestino es una práctica que sigue ocurriendo, según los agentes, aunque a partir de la existencia de la ley y por la creencia popular de que en cualquier condición es legal, las mujeres acuden, más que antes de la ley IVE, para consultar por complicaciones en el aborto fuera del sistema de salud.

En cuanto al acceso a la medicación, se manifestó que tanto en la frontera del lado argentino como en farmacias de Salto (en el centro de la ciudad), es posible adquirirla sin ningún tipo de impedimento.

En los ejemplos antes listados podemos ver la acción de las distintas barreras al acceso, siendo la importante desinformación y la necesidad de evitar el estigma dos de las causas principales para que una mujer opte por el circuito clandestino.

Barreas al acceso a servicios de aborto

A continuación se presentarán las principales barreras al acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, a partir de las percepciones de los agentes entrevistados. Si bien el servicio es parte de la salud sexual y reproductiva, y por tanto se puede considerar que pesan sobre este las mismas barreras que a SSR en general, existen determinados impedimentos que particularmente se hacen notorios en el caso de aborto. En la siguiente tabla se presenta un resumen de las principales barreras encontradas:

Principales barreras al acceso a servicios de IVE
Objeción de conciencia
Estigma
Profesionales de la salud
Escasez de información
Lentitud y dificultades propias del procedimiento

Antes de analizar cada una de ellas, es importante tener en cuenta que no aparecen aisladamente en los casos puntuales, sino que interactúan y se refuerzan para redundar en menos capacidad de acceder por parte de las usuarias a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

La descripción sobre los procesos (en términos diacrónicos) de implementación de la ley como de los procedimientos por los que debe transitar una usuaria para realizar un aborto en el SNIS, está signada por la descripción y el análisis de barreras, por lo que los elementos que se tematizan como barreras ya han estado presentes en el resto del estudio.

En cuanto a la objeción de conciencia, tuvo como primera repercusión inmediata la necesidad de trasladar a las mujeres salteñas a otros departamentos para la realización del IVE 3, hasta setiembre de 2013. El traslado implica múltiples dificultades para las usuarias, algunas de las cuales ya han sido comentadas. La siguiente cita –que se agrega a las ya expuestas en cuanto a los traslados– condensa la serie de dificultades que tenía una mujer a la hora de desplazarse, en este caso, a Montevideo, según perciben las personas entrevistadas.

“Nosotras creemos que algunas mujeres decidieron continuar con el embarazo porque el viajar a Montevideo no es fácil para nosotros. Estamos hablando de que llegaban a las 6 de la mañana, tenían que hacer horas (...) Porque por más de que consiguiéramos hora temprano, a las 10 de la mañana tenían que estar en el Pereira, después volverse para atrás. Mujeres que, muchas veces, no habían ido nunca a Montevideo. (...) Y aparte todavía cuando están de 11 semanas, requieren de una internación, pensar que van a estar solas 2 o 3 días en Montevideo, con sus hijos chicos acá (...) puede haber jugado en contra de la decisión de alguna mujer” (Entrevistada 4).

Como se verá, la complejidad de los traslados aumenta si se dan simultáneamente otras situaciones: la necesidad de internación en el caso de que la usuaria se encuentre en el límite del plazo legal, el desconocimiento de la ciudad a la que es trasladada y la escasez de recursos de las personas para desempeñarse en un lugar que les resulta extremadamente ajeno.

Los traslados a Montevideo se intersectan –y así se refuerzan– con otra barrera al acceso: el estigma asociado a la realización de abortos. Para aquellas mujeres que quisieran evitar la condena social y por tanto mantener en secreto su situación, resulta mucho más difícil ocultarlo teniendo que ausentarse de sus hogares, tareas laborales y lugares comunitarios en ocasiones durante dos o tres días.

Por último, en cuanto a la objeción de conciencia, ya se ha mencionado la actitud de los y las profesionales objetoras, realizando una suerte de objeción de conciencia de facto: mientras que debieran haber desempeñado su trabajo normalmente durante la IVE 1, 2 y 4, a menudo se negaron a participar de estas instancias o lo hicieron en perjuicio de la usuaria, incurriendo en situaciones de maltrato. Como se verá, se produce una nueva intersección entre una barrera (la objeción de conciencia y particularmente la objeción de facto) y otra (el trato de los y las profesionales de la salud).

En cuanto a los profesionales de la salud, además del problema de la objeción de conciencia surgen otros, cuando los y las profesionales actúan en las etapas del procedimiento que no están contenidas dentro de la objeción de conciencia. En esas situaciones se han registrado maltratos, según los y las entrevistadas. Además del maltrato, la no referenciación del equipo de salud, en momentos en que la mujer acude a consultar para conocer los procedimientos y los lugares a donde acudir, también se constituye en una barrera.

“Cuando no se nos referenciaba directamente a los equipos de salud sexual y reproductiva, sino que venían sin ninguna referencia. Simplemente se les decía ‘yo de esto no sé, no atiendo’, entonces por lo tanto se expulsaba al usuario que hacía una consulta por interrupción” (Entrevistado 8).

Así, la no referenciación no solo generó un perjuicio directo en la usuaria, sino que además se constituyó en una falla de todo el sistema, que contaba con profesionales que no interactuaban con el resto y que no daban la información necesaria a las usuarias para un correcto tránsito por el mismo.

Lo anterior se vincula a la falta de información, señalada también como una barrera por varias de las personas entrevistadas. Al no conocer los servicios, los lugares en que se implementan, los días y horas de las consultas, las mujeres no podían acceder a los mismos, en un caso en donde el estigma también se intersecta, haciendo que para las mujeres sea difícil pedir asesoramiento para saber dónde acudir.

“Nos ha pasado de algunas mujeres que llegan y te dicen ‘hace tres semanas que vengo buscando este servicio, no lo encuentro por ningún lado, porque fui y le pregunté al ginecólogo y me dijo ay yo de eso no sé nada, ay no sé, vaya y pregunte’” (Entrevistada 5).

Además de la falta de información en cuanto al servicio, existen problemas por el desconocimiento del complejo proceso establecido en la ley IVE como requisito para la no aplicación de la pena del delito de aborto. Esto ha generado la idea de que el aborto es legal sin requisitos, y que por tanto no es imprescindible acceder al sistema.

“Y nos han pasado casos de mujeres que han venido a la emergencia, que se tomaron seis pastillas de misoprostol, con total tranquilidad, porque es ley, en su casa” (Entrevistada 17).

La cita anterior evidencia cómo la falta de información sobre lo establecido en la ley repercute en una falla en el acceso de las mujeres a los servicios.

En lo que respecta al estigma, esta barrera actúa en dos sentidos. En primer lugar, identificando a los y las profesionales que participan en el desarrollo de este servicio como "aborteros", lo que redundaría en reacciones ocasionalmente hostiles por parte de la sociedad. En segundo lugar, el estigma recae sobre las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. En este sentido, un ejemplo concreto es el ya comentado sobre los traslados a otros departamentos para realizarse abortos. A su vez, el estigma puede operar impidiendo que las mujeres accedan al sistema por temor a recibir condenas por parte de la comunidad. Este podría ser uno de los factores que mejor explique la persistencia de los abortos clandestinos en el departamento.

En síntesis, es importante aislar analíticamente a las barreras para poder dar cuenta de todas ellas. Sin embargo, es imprescindible analizar luego las intersecciones entre ellas, para entender que en general se presenta más de una barrera accionando sobre la usuaria y distanciándola de la posibilidad de acudir al servicio y recibir una atención satisfactoria.

NUDOS CRÍTICOS



En este capítulo se presentarán las conclusiones del estudio. Al ser una investigación exploratoria, las conclusiones se presentarán en forma de hipótesis para futuras investigaciones. No obstante, el carácter hipotético de las formulaciones se asienta sobre variados elementos presentados a lo largo del estudio, por lo que se pueden constituir en guías para el trabajo en política pública o en activismo por parte de la sociedad civil organizada.

1. La asociación salud sexual y reproductiva es igual a aborto resiente el trabajo con una perspectiva integral en todas las áreas involucradas en SSR

La equiparación de aborto con salud sexual y reproductiva implica un perjuicio claro. En primer lugar, la aparición del concepto de salud sexual y reproductiva persiguió el objetivo de tratar integralmente a prestaciones que eran atendidas separadas (véase en el marco conceptual el desarrollo sobre el concepto de salud sexual y reproductiva). Así, reducir el alcance de salud sexual y reproductiva a una sola prestación anula la potencialidad de incorporar el propio concepto. En términos prácticos, el aborto ha acaparado el trabajo –en el tiempo finito de personas finitas que trabajan en el sistema de salud– en salud sexual y reproductiva, resintiendo el trabajo en otras áreas.

Este nudo crítico debe ser unido con otro, que se presentará a continuación y que pueden completar el panorama que explique las razones del recorte de la SSR.

2. Transformar a los equipos de SSR en los equipos de atención directa de IVE anuló las funciones de referencia en salud sexual y reproductiva

Los equipos multidisciplinarios, según la ley IVE, pueden ser los mismos que los creados por la reglamentación de la ley 18.426. Sin embargo, unificar estos equipos trae aparejados varios problemas, debido a que la naturaleza y la finalidad de los equipos no coinciden entre sí. Sobre el equipo de referencia de salud sexual y reproductiva, la reglamentación que los crea establece:

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

Por su parte, la ley 18.987 establece sobre estos equipos:

“El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.

En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducir a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable” (Artículo 3º, ley 18.987).

Como se verá, entran en tensión dos tipos distintos de funciones de los equipos: uno básicamente implica ser referente, coordinar y cumplir funciones de rectoría, y el otro implica realizar atención directa. Si bien idealmente se puede argumentar que ambos aspectos (el de referencia y el de atención directa) pueden ser llevados a cabo por el mismo equipo, la realidad observada en Salto muestra que, como era de esperar, las capacidades y los

recursos no permiten desarrollar simultáneamente las dos funciones de forma exitosa, por lo que los equipos resienten una de sus dos áreas de trabajo.

Existe otro problema asociado al solapamiento de las dos funciones de los equipos. El trabajo en atención directa sobre interrupción del embarazo puede haber generado –tanto en usuarios y usuarias como en profesionales de la salud– la idea de que el trabajo del equipo sobre salud sexual y reproductiva también tiene que ser realizado mediante atención directa, olvidando que este trabajo debe ser desarrollado por todos los y las profesionales, no debiendo derivar al equipo ante determinadas situaciones sino atendiendo ellos mismos. Ejemplo de esto es el caso de las recetas para métodos anticonceptivos (que no eran realizadas por todos los profesionales sino que derivaban al equipo) ya planteado en el capítulo sobre servicios de salud sexual y reproductiva.

Como se verá, que quede potenciada la función de atención directa y se empobrezca la función de referencia puede abonar a la hipótesis de que la salud sexual y reproductiva no se está trabajando integralmente, entre otras cosas, porque es extremadamente complejo cumplir con las funciones de coordinación y referencia, con la implementación actual de los servicios.

Esta idea de que los equipos de salud sexual y reproductiva sólo se encargan de abortos repercute en el fenómeno que ya fuera analizado por el cual los equipos son identificados como “aborteros” y el estigma asociado a la práctica recae sobre quienes trabajan en estos equipos.

3. La presencia de profesionales objetores en las etapas de asesoramiento (IVE 2), si bien son obligatorias según la ley, resulta perjudicial para la atención de las usuarias

Como se ha mencionado, la normativa vigente habilita a objetar conciencia sólo en el aborto propiamente dicho (IVE 3). Esto genera una situación, en la práctica, que debe ser analizada: en la etapa de asesoramiento y consejería, están obligados los servicios a incluir profesionales de ginecología. En aquellos servicios donde todos son objetores, resultaría extremadamente oneroso generar mecanismos como los que se dieron en Salto para cubrir la IVE 3, para cubrir el IVE 2. En los casos en que un profesional objetor participó del IVE 2, los y las entrevistadas plantearon como deseable que no se cumpliera la ley y que no actuaran ginecólogos en IVE 1, 2 y 4, para de esta forma no exponer a la mujer a situaciones de violencia. Si bien en el largo plazo la solución podría ser que quienes objetan no ejerzan violencia en las instancias en que tienen que actuar y lo hagan con extremo profesionalismo, queda planteada la interrogante sobre qué hacer en el corto plazo, ante la posibilidad real de maltrato a las usuarias.

No obstante lo anterior, debe ser materia de debate si es factible que una persona que objeta conciencia asesore sobre la práctica que rechaza y lo haga de una forma que no vulnere los derechos de la usuaria.

4. Antes de la existencia de la objeción de conciencia en el sistema normativo uruguayo, los y las profesionales se negaban a realizar determinadas prestaciones por opiniones propias, independientemente de la voluntad de los y las usuarias

Esta situación fue expuesta, por ejemplo, vinculada a la realización de la ligadura tubaria. A partir de la percepción de los agentes, es posible observar que no en todos los casos se realiza este procedimiento, aun teniendo la conformidad de la usuaria y estando amparada ésta por la ley. Es decir que los y las profesionales de ginecología ponen por encima de la voluntad de las usuarias sus opiniones o creencias. A partir de esto es importante reflexionar sobre el rol del o la ginecóloga vinculado a la relación profesional de la salud – usuario/a. Trazando un continuo definido en un extremo por una relación de tipo jerárquica, con asimetrías de poder donde la persona es paciente e incapaz de opinar sobre su salud y su cuerpo, y en el otro extremo por una relación

donde la persona es sujeta de derechos y por tanto capaz de recibir críticamente la atención en salud brindada; existen rasgos de relaciones jerárquicas y asimétricas de poder para el caso de los y las ginecólogos. A modo de ejemplo, y vinculado a la realización de la ligadura tubaria, sostuvo un entrevistado:

“En general se marcan un poco los límites, porque hay un concepto, hay que pensar que es irreversible. Los seres humanos cambiamos, cambian las situaciones, cambiamos las maneras de pensar. Y yo creo que es eso, tenemos que aconsejar y que después libremente decidan. Pero hay que pensar que ya que existen otro tipo de métodos, tenemos que pensar que los métodos son irreversibles. Salvo que sea una indicación muy precisa, tenemos que pensar, que depende de la edad de la paciente también. Yo en eso me niego también. (...) Hago reflexionar a la gente. Yo realizo ligadura de trompas en algunos casos, pero no rutinariamente” (Entrevistada 13).

Esta idea de respetar por un lado la decisión de los usuarios como máxima pero no hacerlo cuando se plantea el caso concreto de la ligadura tubaria o la vasectomía, por ejemplo, ya fue hallada por el estudio del Observatorio en 2010⁷: *“Los resultados obtenidos indican que los profesionales consideran que la ligadura tubaria y la vasectomía no son una decisión técnica y que las mujeres y los hombres son quienes deben tomarla, independientemente –incluso– de la opinión de sus parejas. Sin embargo, apenas la mitad considera que no se deben realizar estos procedimientos a personas sin hijos, siendo que la norma sanitaria vigente establece como únicos criterios tener 21 años o más y tener capacidades psíquicas e intelectuales plenas para consentir con el procedimiento”* (MYSU, 2010: 71).

En el último fragmento citado se puede identificar un discurso que se posiciona por encima de la usuaria y niega determinadas intervenciones según sus convicciones personales. Esto da cuenta de un abuso de poder propio de una relación médico–usuaria de salud cercana al extremo de relación jerárquica y asimétrica, que define a la persona como paciente no apto para opinar sobre su salud y su cuerpo. Esta relación asimétrica tiene como supuesto (explícito o implícito) que la persona no tienen las capacidades necesarias para opinar, no es educada y, por tanto, no es capaz de decidir. Así, resulta imperioso para el análisis vincular esta concepción sobre la relación médico–usuaria de salud con la objeción de conciencia y la capacidad de decidir sobre el cuerpo de una tercera.

“La persona viene por IVE y después vos le explicás como son los pasos, todo lo que tenés que hacer, todas las cosas, las posibles complicaciones, porque las tiene y las hemos visto acá en Salto. (...) Y ta, después ese pensamiento, la paciente recapacita y bueno, la policlínica hace eso. Yo estoy consciente y sé cómo funciona en ese sentido, respecto al IVE, no es que le diga si o no, tenés que hacer esto o lo otro. Hay que darle las herramientas para que piense” (Entrevistado 12).

Es importante analizar el uso de términos como “recapacitar” o la idea de que a las usuarias hay que darle herramientas para que “piensen”. El uso del término “recapacitar” remite a la idea de que solo una mujer desinformada y equivocada puede interrumpir su embarazo y que cambie su decisión implica que recapacitó. A su vez, cuando el profesional sostiene que hay que aportar herramientas para que las mujeres piensen, tiene como trasfondo que las usuarias antes de consultar con un profesional no mentó sus decisiones y opiniones. Por último, que quien sea capaz de dar herramientas para pensar sea el médico es muestra de una concepción de relación médico–usuaria como una relación capaz–incapaz, lo que puede permitir una relación que dé el marco para abusos de poder. Se verá, por tanto, que aún estamos lejos de una relación profesional de la salud – usuaria/o en el marco de una ciudadanía reproductiva plena de las personas, que se produzca en el marco de una relación simétrica entre los profesionales y las usuarias y usuarios.

7 Si bien es un estudio representativo de los profesionales de ASSE de Montevideo, resulta interesante destacar la coincidencia entre esta ambivalencia entre lo que se postula a nivel general y la aplicación en casos concretos.

5. Las formas en que se han resuelto inconvenientes en la implementación de los servicios han sido, en muchos casos, soluciones endebles y poco institucionalizadas, por lo que no está asegurada la sustentabilidad de los servicios

Las formas en que se resolvió la ausencia de ginecólogos no objetores evidencian mecanismos institucionales débiles para la implementación del servicio. Sin embargo, si bien es una debilidad analizada desde un punto de vista sistémico, muestra los procedimientos generados para resolver las dificultades que planteaba el sistema por parte de funcionarios y funcionaras dispuestos a resolver las dificultades que impedían implementar la ley. Este tipo de gestiones (por ejemplo, gestiones telefónicas para acelerar la atención a una usuaria) aparecen como cotidianas en los servicios de salud, sobre todo para la implementación de leyes que establecen numerosos elementos de tipo administrativo o procedimental para instituciones y contextos que no tienen capacidad para cumplir con todos los requerimientos.

“Las nurses me llaman y yo ahí lo que trato es que ya ellas consigan algún médico que esté de guardia y que le haga una orden de ecografía, así cuando concurren al servicio nuestro ya vienen con una eco” (Entrevistada 4).

Es necesario tener en cuenta los mecanismos endebles que permiten el funcionamiento de los servicios. En este caso puntual, la autopercepción de que la coordinación, dentro de ASSE, por medio de una organización de la sociedad civil es uno de ellos, hace que los integrantes del servicio piensen que depende de elementos no institucionalizados.

En síntesis, podemos diferenciar dos dimensiones sobre la implementación de la ley. En primer lugar, la dimensión de corto plazo que indica que el éxito del servicio es que la mujer pueda ejercer el derecho a decidir y llevar su decisión a cabo. En este nivel, lo importante es que en los casos puntuales se logre este objetivo. Sin embargo, que a corto plazo los servicios parezcan funcionar no debe impedir notar una segunda dimensión, vinculada a la forma de funcionamiento de los servicios que asegure su perdurabilidad y la calidad de la atención. Es decir que, si bien aparentemente no existieron grandes complicaciones con la mayoría de las derivaciones al Pereira Rossell, analizado desde un punto de vista de la calidad del servicio y la perdurabilidad del mismo, éste presenta deficiencias (en tanto la forma de ejercer un derecho de las mujeres se torna extremadamente trabajosa y desgastante para la usuaria).

6. El indicador de éxito que toman los y las integrantes de los servicios de salud es el desistimiento de las mujeres a abortar, por lo que cumplen con el espíritu de la ley votada y no con el principio de respetar el derecho a decidir de las mujeres sobre su cuerpo, sea cual sea su elección

Existe una idea implícita en los discursos de las personas entrevistadas, y es que el hecho de que las mujeres no aborten es una medida de éxito de los servicios de IVE. Esto es coherente con el espíritu de la ley votada, que tiene como objetivo evitar los abortos, más que garantizar el derecho de las mujeres a decidir y ejecutar su decisión en las mejores condiciones. Consultada, una entrevistada, sobre por qué creía que las mujeres continuaban con su embarazo, sostiene:

*“-¿Tiene alguna opinión sobre por qué pasa eso?
-Porque los servicios de consejería están actuando muy bien. Es más alto que el resto del país. (...) Nosotros hicimos una evaluación hace un mes y medio, nos llamó la atención que las que decidían pasar al IVE 4 [IVE 3] eran muy pocas comparadas a las que teníamos...” (Entrevistada 7).*

Esa asociación entre buenos servicios de consejería y mujeres que deciden -después de haber manifestado una voluntad inicial de abortar- continuar con su embarazo, debe ser problematizada. Esto va en consonancia con el

espíritu de la ley, pero puede ocurrir que los servicios de consejería y asesoramiento estén intentando convencer a la usuaria de que no aborte –extremo que está prohibido por la ley, quedando el desestímulo diluido en el procedimiento establecido. Si tomamos una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, lo fundamental es que la mujer resuelva de manera informada y responsable, teniendo todos los elementos a su disposición. Así, la resolución final no debería importar y mucho menos indicar el éxito o el fracaso de los servicios de IVE, particularmente de los espacios de consejería.

7. Los profesionales objetores equiparan su derecho a objetar conciencia con el derecho de las mujeres a decidir sobre el cuerpo y a recibir atención en salud, lo que genera resoluciones deficientes cuando estos derechos colisionan

En varias entrevistas surgió la idea de que el derecho a la objeción de conciencia no debía ser cuestionado, así como no debía serlo el derecho de una mujer a interrumpir su embarazo.

“Cada uno es dueño de hacer lo que quiera. Así como yo soy dueña de decir ‘no quiero intervenir’, la persona que está involucrada, que está embarazada y no quiere tener ese hijo, está en su derecho de elegir” (Entrevistada 11).

“- ¿Cómo crees que la sociedad salteña recibió lo de la objeción de conciencia?”

- Bien. (...) Es lo mismo que la paciente decida hacer un aborto, yo decido no hacerlo” (Entrevistado 12).

Es importante problematizar esta idea, en el entendido de que son derechos con alcances diferentes y su ejercicio también tiene implicancias distintas. Mientras que en el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo lo que está comprometido es el cuerpo de quien toma la decisión, en el derecho a la libertad de conciencia está comprometido, también, el cuerpo de una tercera y las decisiones de otra persona. Que esta distinción no sea tenida en cuenta por los profesionales de la salud habla del no entendimiento cabal del fenómeno del aborto, así como del lugar de poder que ocupa cualquier profesional de la salud frente a las y los usuarios; y, por último, de las significaciones e implicancias de hacer uso del recurso de objeción de conciencia. Como ya fuera afirmado en el marco conceptual, la colisión de estos derechos debiera resolverse intentando que el goce de un derecho no implique la negación del derecho de un tercero. Entonces, para los casos puntuales de objeción de conciencia e IVE, la capacidad de objetar debería ponerse en suspenso cuando impide el derecho a recibir atención en salud por parte de la usuaria. Este no es el camino que se está tomando en la práctica actualmente, por lo que resulta necesario un debate profundo que laude estos elementos de carácter normativo, para generar mejores soluciones en la práctica.

BIBLIOGRAFÍA



Cook, R; Dickens, B y Fathalla, M (2003) *Salud reproductiva y derechos humanos*. Bogotá: PROFAMILIA (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana).

Castro, R. (2013). "Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las Comisiones de Derechos Humanos en el campo de la salud reproductiva". En: C. Agoff, I. Casique y R. Castro (Coords.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 145-168.

Castro, R. (2011) *Teoría Social y Salud*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).

Cook, Arango Olaya Et Dickens (2009) "Health care Responsibilities and Conscientious Objection" en 104 *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 249-252. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Traducción al español disponible en: https://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP18-HealthcareResp_CO.pdf [última revisión 8/2014]

González Vélez, A. C. (2012) *Negación de servicios por razones de conciencia. Documento de posición*. Colombia: Grupo Médico por el Derecho a decidir – Colombia. Red Global Doctors for choice.

López Gómez, A.; Abracinskas, L.; Furtado, M. (2009) "*Balance a quince años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Avances y Retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción*". Cuadernos del UNFPA, Año 3 N°4, Uruguay noviembre. Disponible en www.mysu.org.uy

López Gómez, A.; Benia, W.; Contera, M. y Guida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

MYSU (2010) *Profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas. Informe 2010*. Montevideo: MYSU.

_____ (2013a) *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas*. Montevideo: MYSU. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/necesidades_y_demandas_en_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

_____ (2013b) *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. Montevideo: MYSU. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/observatorio-necesidades_y_demandas_en_mujeres_uruguayas.pdf

_____ (2013c) *Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud*. Montevideo: MYSU. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/varones_uruguayos_y_su_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Schraiber LB (2010). "Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate". En: Castro, R y A. López Gómez (Ed) "*Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*". Montevideo: Facultad de Psicología – UdelAR, CRIM – UNAM.

UNFPA (2004) *Cairo. Cairo +5. Documentos oficiales*. Montevideo: UNFPA.

Zola, I.K. (1999). "La medicina como institución de control social". En: de la Cuesta, C. (Comp). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, pp. 23-46.

Normas revisadas

Ley 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Ley 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Decreto del Poder Ejecutivo 293/010.

Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2010/09/cons_min_196.pdf

Decreto del Poder Ejecutivo 375/012.

Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2012/11/cons_min_604.pdf

En el periodo 2013-14 MYSU, desde su Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva, realizó el estudio sobre el "Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto". En ese momento se ponían en marcha en el país los servicios de aborto legal, incorporados por el decreto 375/012 que implementó la ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo promulgada en octubre de 2012. La incorporación de esta prestación a la atención en salud sexual y reproductiva dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud ha sido un especial desafío para las instituciones sanitarias. En Salto, departamento del litoral oeste del país, fue particularmente complicada dicha implementación dado que la totalidad de los profesionales de la ginecología adhirieron al recurso de objeción de conciencia para realizar abortos, habilitado también por la misma ley.

Los hallazgos obtenidos a través del estudio en Salto dan cuenta de cambios positivos a nivel de los equipos profesionales que han asumido con compromiso la implementación de la salud sexual y reproductiva dentro de la atención en salud, pero también permitió identificar importantes barreras que afectan a las mujeres del departamento en el ejercicio de sus derechos.

En tanto Uruguay no cuenta aún con un sistema de información sobre salud sexual y reproductiva, de tipo integrado, integral, oportuno y disponible, los resultados obtenidos por el Observatorio de MYSU procuran ser un aporte al conocimiento de la realidad con el propósito de mejorarla. Esperamos cumplir con dicho cometido.



Esta publicación fue realizada con el apoyo de:

