

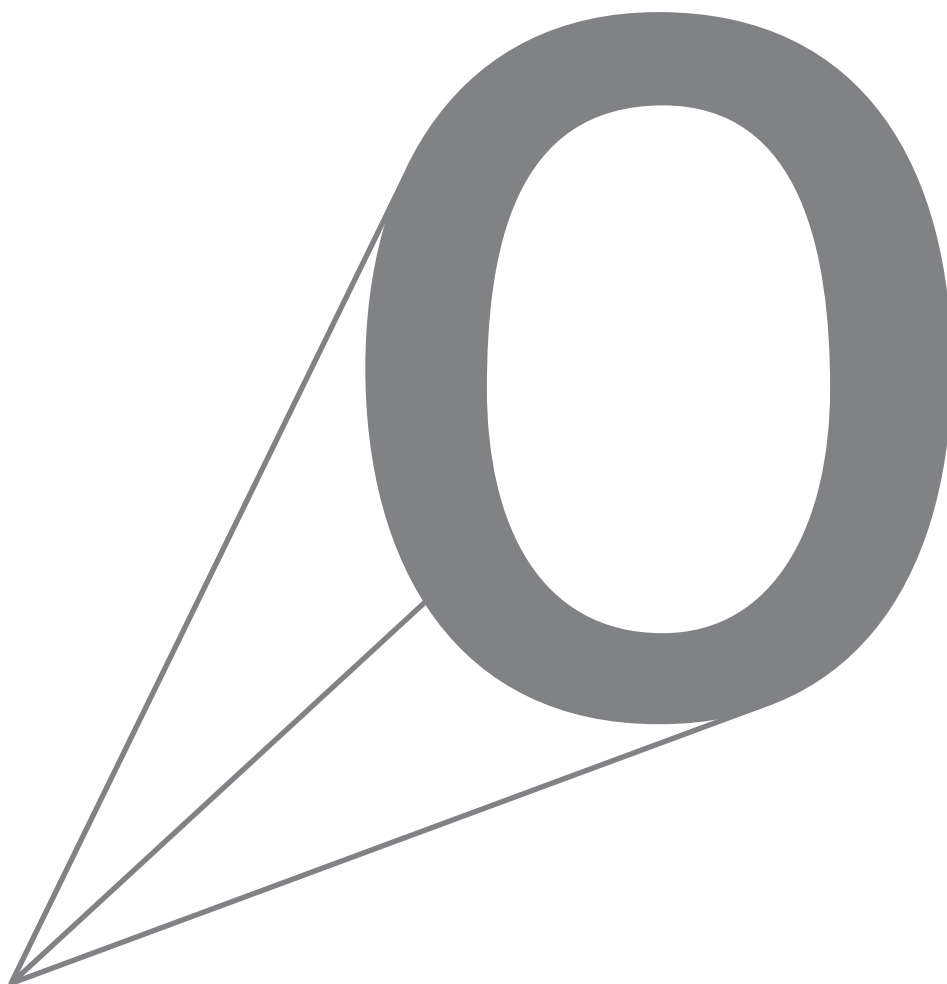


OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

INFORME
2014 | 15

**ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA Y ABORTO EN LOS DEPARTAMENTOS DE
PAYSANDÚ, RÍO NEGRO Y SORIANO**



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

INFORME
2014 | 15

**ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA Y ABORTO EN LOS DEPARTAMENTOS DE
PAYSANDÚ, RÍO NEGRO Y SORIANO**

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 2014 y 2015 en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Tanto la investigación como su publicación fueron posibles con el apoyo de Médicos del Mundo- Francia, International Women's HealthCoalition (IWHC) y SafeAbortionActionFund (SAAF).

© 2015 MYSU

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

MYSU, (2015), Informe sobre el estado de situación y desafíos en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, MYSU, Uruguay.

<Aborto>, <salud sexual y reproductiva>, <derechos sexuales y reproductivos>, <servicios de salud>, <calidad de atención>, <políticas de género>.

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: Lilián Abracinkas
Equipo de investigación: Martín Couto, María Eugenia Casanova, Mauro Ramos y Santiago Puyol.
Asistencia de edición y corrección de textos: Florencia Beder y Fiorella Duhalde
Diseño: María Elena Fernández

ISBN: 978-9974-8513-2-0

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

Con el apoyo de:



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES.....	8
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	13
Objetivos.....	14
Metodología	14
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS DEPARTAMENTOS	16
Departamento de Río Negro.....	17
Equipos de SSR.....	18
Prestaciones en SSR	19
Departamento de Soriano	23
Equipos de SSR.....	24
Prestaciones en SSR	26
Departamento de Paysandú.....	29
Equipos de SSR.....	30
Prestaciones en SSR	31
NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL MONITOREO.....	34
EXPERIENCIAS Y PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	42
La información sobre la salud sexual y reproductiva.....	43
El (des) conocimiento de los DSR.....	45
Cuando el saber es poder	46
Ciudadanía sexual y reproductiva.....	49
La violencia obstétrica	50
La ligadura tubaria.....	51
Violencia basada en género.....	53
Aborto, conocimiento de la ley y objeción de conciencia.....	54
La relación médico – paciente.....	56
Derechos Sexuales y Reproductivos en la adolescencia.....	57
Maternidad como proyecto	58
La dimensión del placer	60
Estigma y discriminación.....	61
REFLEXIONES FINALES.....	68
BIBLIOGRAFÍA	72
GLOSARIO DE TÉRMINOS DE RECURRENCIA.....	75

INTRODUCCIÓN



Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) a través de su Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, desde el año 2007, genera información estadística y cualitativa sobre la implementación en los servicios de salud en Uruguay, de normativas y guías clínicas en distintos componentes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DSR). El conocimiento obtenido por estos estudios es utilizado para la elaboración de informes y material de difusión dirigido a diversos públicos. El propósito de esta tarea es contribuir al desarrollo de políticas públicas informadas que atiendan las necesidades de la población en este campo, así como a calificar la demanda ciudadana para exigir las condiciones que permitan el ejercicio de estos derechos en igualdad de condiciones.

El programa institucional del Observatorio tiene como objetivo principal sostener un sistema de monitoreo sobre la implementación de las normas en salud sexual y reproductiva (SSR) actualizando sistemáticamente la base de datos de, indicadores socio-demográficos, SSR, acceso a servicios, violencia y calidad de atención mediante la información disponible. Además genera estudios que relevan la normativa existente en el campo de la SSR y la ruta de su implementación en los servicios que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), así como el grado de conocimiento y satisfacción de necesidades de la población en esta dimensión de sus vidas. Con estos insumos MYSU elabora recomendaciones y estrategias de incidencia para la defensa y promoción de los DSR¹.

Realizar seguimiento y monitoreo de políticas públicas en salud y género, se sustenta en la experiencia histórica del movimiento feminista y de mujeres en el país y en la región de América Latina y El Caribe, como una estrategia de exigibilidad ciudadana para el logro de garantías y control en el cumplimiento de los compromisos políticos y jurídicos asumidos ante el sistema regional e internacional de derechos humanos. En particular ante aquellas convenciones, tratados y conferencias de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, Población y Desarrollo, Medio Ambiente, Desarrollo Sustentable, de la Mujer y contra todas las formas de racismo, xenofobia y discriminación, que establecen medidas que aseguren la justicia, la igualdad y el respeto a la autonomía y la libertad de las personas para ejercer sus derechos.

En el tránsito desde las políticas materno-infantiles hacia las integrales en SSR desde la perspectiva de equidad de género y derechos, el año 2010 significó para Uruguay un importante momento de transición con la formalización de respuestas institucionales para atender esta dimensión de la salud y la vida de las personas.

Producto de la histórica demanda y acción de las organizaciones sociales a favor del derecho a la salud y a la autonomía y libertad de decisión de las mujeres, en los últimos años se concretaron cambios legales y una acelerada reglamentación e implementación de servicios en el campo de los DSR, que dieron cuenta de la voluntad política para cumplir con los compromisos asumidos en este terreno. Los efectores públicos y mutuales del SNIS tienen la obligación (Ley 18.426) de brindar atención en diversos componentes de la SSR teniendo en cuenta los requerimientos específicos según edad, sexo, género, condición, orientación sexual e identidad de género de la población. A ello se sumó la aprobación de la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley IVE) y su inmediata reglamentación que determinó que desde diciembre de 2012, las instituciones de salud deban dar respuesta a las situaciones de embarazo no deseado con servicios gratuitos de aborto por solicitud de las mujeres hasta las 12 semanas de gestación; hasta las 14 semanas si el embarazo es producto de una violación y sin plazo cuando estuviese en riesgo la salud de la mujer o hubiese una malformación fetal incompatible con la vida extrauterina. Además fueron elaborados protocolos y guías clínicas para promover la atención inclusiva y no discriminatoria hacia personas con orientaciones sexuales diversas, teniendo en cuenta los requerimientos específicos de las personas de acuerdo a su identidad de género, entre otros cambios.

En función de este nuevo escenario político, el monitoreo desde el Observatorio se centró en el esquema de la atención de la SSR y en la inclusión de los servicios de aborto en particular, enfocando su anclaje a nivel

1 Toda la información se encuentra disponible en el sitio web de MYSU: www.mysu.org.uy

territorial para tener dimensión del grado de universalidad y acceso a estos servicios por parte de las mujeres. De allí la decisión de estudiar el funcionamiento de la atención de la SSR en el sector público y privado en cuatro de los seis departamentos del litoral del país.

El primer relevamiento se realizó durante el año 2013 en el departamento de Salto. La elección respondió a la particularidad de ser un departamento donde la totalidad de sus profesionales ginecólogos objetaron conciencia negándose a brindar la atención en aborto. Este estudio generó las orientaciones para continuar el relevamiento en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano que se realizó durante el año 2014 y cuyos resultados se presentan en este informe.

Los datos preliminares del estudio en estos tres departamentos fueron presentados ante las autoridades y los equipos de profesionales de las instituciones de salud estudiadas, en reuniones de trabajo realizadas en cada una de las capitales de los departamentos involucrados. En estas reuniones se pudo corroborar la información relevada, acordar sobre los avances y pendientes, así como debatir sobre los nudos críticos identificados e intercambiar propuestas posibles ante los obstáculos y vacíos que deben ser superados. Los valorables aportes obtenidos en esos intercambios fueron incluidos en este informe final, para facilitar la difusión de los hallazgos obtenidos, MYSU desde su área de comunicación, elaboró un folleto informativo con los principales resultados².

El presente informe contiene la información relevada sobre la organización de los servicios en SSR, incluyendo los servicios de IVE, de las instituciones públicas y privadas de salud de Paysandú, Río Negro y Soriano. Incluye los datos a los que se pudo acceder sobre las prestaciones que brindan dichas instituciones, las rutas de acceso a las prestaciones sobre diversos componentes de la SSR así como el número de profesionales que brindan esta atención y los que han adherido al recurso de objeción de conciencia. También incluye los resultados de las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres entre 15 y 49 años de cada departamento que indagan sobre el grado de conocimiento de derechos, nivel de información sobre los servicios existentes y percepciones sobre las necesidades y demandas de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

El equipo del Observatorio a cargo del estudio y elaboración del informe estuvo integrado por Martín Couto, María Eugenia Casanova, Mauro Ramos, Santiago Puyol, Florencia Beder y Lilián Abracinskaskas.

Este trabajo fue posible gracias a la disposición e información brindada por autoridades e integrantes de los equipos de salud de las distintas instituciones estudiadas a las que agradecemos su apoyo. Especial agradecimiento hacia las mujeres que accedieron a ser entrevistadas y compartieron sus experiencias y opiniones, lo que permitió conocer mejor la realidad y los requerimientos aún pendientes para tomar sus decisiones libres de coerción y en función de sus necesidades y sistema de valores.

Tanto los estudios como la presente publicación han sido posibles gracias al apoyo de Médicos del Mundo Francia, International Women's Health Coalition (IWHC) y Safe Abortion Action Fund (SAAF).

Esperamos que los resultados obtenidos sean insumo para las decisiones políticas e institucionales que deberían transitarse para mejorar la calidad de la atención y universalizar las condiciones que permitan a todas las personas poder ejercer sus derechos de forma libre, informada y consciente.

Lilián Abracinskaskas
Directora
MYSU

2 Disponible en <http://www.mysu.org.uy/multimedia/folleto/estado-de-situacion-y-desafio-en-ssr-y-aborto-en-paysandu-rio-negro-y-soriano/>

MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES



El presente relevamiento se inscribe en los estudios de género y salud, los de población y desarrollo y de derechos humanos en lo que refiere a la dimensión de las prácticas sexuales y decisiones reproductivas de las personas. El concepto de SSR surge en las décadas del 70 y 80 como forma de abordar integralmente las distintas necesidades y requerimientos en el campo de la planificación familiar, los métodos anticonceptivos, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, de las enfermedades reproductivas y de la morbi-mortalidad de mujeres por razones vinculadas al embarazo, parto, puerperio y aborto.

Esta concepción se afianza en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en 1994. A partir de las resoluciones adoptadas en dicha conferencia se buscó dejar atrás políticas de población orientadas por criterios demográficos y economicistas del desarrollo para dar paso a otras sustentadas en los derechos y el bienestar de las personas.

De acuerdo a los principios acordados en el Programa de Acción de esta Conferencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, como gozar de la libertad de tener o no hijos, en qué número y con qué frecuencia. Esto implica el derecho de las mujeres y sus parejas de obtener información y acceder a los recursos para regular la capacidad reproductiva y decidir el tipo de familia a constituir. La atención en SSR incluye acceder a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; adecuado control del embarazo, atención humanizada del parto y del posparto, servicios de abortos sin riesgos así como las máximas posibilidades de tener hijos sanos (CIPD Cap. VII, numeral 7.2).

Este concepto de salud excede a la mera ausencia de enfermedad y hace foco en el bienestar de las personas, entiende a la sexualidad como algo no vinculado exclusivamente a la reproducción, y reconoce su dimensión placentera, afectiva y relacional. Hombres y mujeres deberían tener la capacidad de decidir cuándo reproducirse y cuándo no hacerlo, y gozar de las mejores condiciones para una vida sexual informada, sin violencia y procurando evitar consecuencias negativas por prácticas de riesgo.

Siguiendo estas recomendaciones y las definiciones de las entidades referenciales en salud, la reglamentación e implementación en setiembre de 2010 de la Ley N° 18.426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, inauguró la instalación de la atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de diversos requerimientos para la vida sexual y reproductiva de la población, estableciendo prestaciones obligatorias para todas las instituciones públicas y mutuales afiliadas al sistema.

El concepto de ciudadanía reproductiva también constituye el marco teórico de referencia. Roberto Castro (2011) sostiene que *“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). Este concepto da cuenta de la perspectiva de derechos en la atención de la salud, de la capacidad de las personas para agenciar el ejercicio de sus derechos, así como la definición de la calidad de la atención basada en la integralidad de las respuestas y la organización de las instituciones para brindar los servicios que generen las condiciones para responder a las necesidades diferenciadas de hombre y mujeres en este campo. Las ideas de *apropiación, ejercicio y defensa* 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-población usuaria integrada por 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 como recipiendarias pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y acatamiento a las órdenes médicas”* (Castro, 2011: 133).

Para entender la lógica de la relación entre profesionales de la salud y usuarias de los servicios es importante también tener como referencia el concepto de *habitus* desarrollado por Pierre Bourdieu. Castro define al *habitus médico* como “*el conjunto de predisposiciones incorporadas –esto es, que teniendo una génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales- que a través de un largo proceso de socialización y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El habitus es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas*” (Castro, 2011: 136).

El concepto de *habitus* permite realizar un análisis que tenga en cuenta a la acción social en medio de estructuras sociales que determinan la acción del individuo y, en otro extremo, la propia acción del individuo como creadora e instituyente. Bourdieu explica este punto afirmando que acude al concepto de *habitus* “*escapando tanto al objetivismo de la acción entendida como una reacción mecánica ‘sin agente’ como al subjetivismo que retrata la acción como prosecución deliberada de una intención consciente, el libre proyecto de una conciencia postulando sus propios fines y maximizando sus utilidades a través de un cálculo racional*” (Bourdieu, P. y Wacquant, L, 2005: 161).

El *habitus* profesional es tanto el resultado de las prácticas (técnicas y sociales) que estructuran su accionar, como de la forma en que el profesional reproduce esas estructuras en su acción, lo cual en el campo de la SSR tiene particulares repercusiones. Esta dimensión de la atención de la salud no forma parte de los planes de formación curricular de las carreras profesionales vinculadas a las disciplinas involucradas en los equipos de SSR. Por lo tanto no siempre las intervenciones técnicas están garantizadas por un saber científico basado en evidencia sino en base a un *habitus* médico sustentado en un sistema de valores que en el campo de la sexualidad y la reproducción está impregnado por roles y modelos sexuales hegemónicos del deber ser de mujeres y varones según edad, sexo y condición socio-educativa. Los aportes de la teoría de género y la concepción feminista sobre la salud de las mujeres dan cuenta que en la inequidad de las relaciones de poder, la relación médico-paciente es una de las manifestaciones, donde el poder médico contribuye a la construcción y permanencia de las inequidades entre hombres y mujeres, y tiene especial protagonismo en las acciones de control y tutelaje de las decisiones reproductivas, la sexualidad y el cuerpo femenino.

Entender este complejo entramado en el cual transcurre la vida de las personas y sobre el que impactan las decisiones políticas y las intervenciones profesionales es importante para valorar los cambios que orientan las políticas de igualdad de oportunidades y derechos y de justicia social incluida la justicia de género, impulsada desde el estado uruguayo.

El monitoreo social del estado de los servicios de SSR se inscribe en el marco que definió en 2007 la Ley N° 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud, la cual resulta de referencia en la medida que establece que: “*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.*” (Art. 36).

El énfasis en la promoción y prevención de la salud a través del fortalecimiento de la acción desde el primer nivel de atención es el mejor marco para el desarrollo de la SSR en la medida que la información, la educación y el acceso universal a medidas de protección son las acciones más efectivas y recomendables en este campo de la vida de las personas. El segundo nivel queda destinado para intervenciones quirúrgicas, clínicas u obstétricas con régimen de internación breve. El ámbito hospitalario de tercer nivel debería quedar reservado

para la atención de complicaciones o intervenciones de mayor complejidad. La reciente incorporación de los servicios de SSR podrían ser una excelente oportunidad para corregir las dificultades del sistema y superar los obstáculos en el proceso de cambio de modelo, en la medida que la mayor parte de los requerimientos en SSR se pueden y deberían resolver en el primer y segundo nivel de atención, a través de un fuerte componente de promoción y prevención.

Por su parte, a fines de 2012, fue reglamentada y aplicada la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. A partir de su reglamentación las instituciones de salud deben dar respuesta a las situaciones de embarazo no deseado con servicios gratuitos de aborto por solicitud de las mujeres hasta las 12 semanas de gestación; hasta las 14 semanas si el embarazo es producto de una violación y sin plazo cuando estuviese en riesgo la salud de la mujer o hubiese una malformación fetal incompatible con la vida extrauterina.

La información proporcionada por el MSP estipula que en el primer año de implementación de la Ley IVE (diciembre de 2012 – noviembre de 2013) fueron reportados 6.676 abortos, 41% en el efector público y 59% en los prestadores del subsector mutual. A su vez, 64% se realizaron en Montevideo frente al 36% en el interior del país (MSP, 2014). Los datos del 2014, registran 8.500 interrupciones voluntarias de embarazo, con un incremento del 20% en relación al primer año de implementación de la ley. El 18% de estos abortos fueron en menores de 20 años y el 9% de quienes iniciaron el proceso para solicitar la interrupción desistieron de hacerlo, lo que representaría un aumento de 30% con respecto a lo reportado el año anterior.

Por otra parte, en la medida que el estudio indagó sobre percepciones y valores sobre prácticas y decisiones sexuales y reproductivas, los aportes sobre construcción del estigma que Erving Goffman desarrolla en su libro *Estigma: la identidad deteriorada*, fueron relevantes para comprender el impacto que el estigma y la discriminación tienen sobre la SSR de las personas. En tanto el estigma es un atributo desacreditador de la persona (Goffman, 2008: 15) las prácticas que han sido definidas como desacreditables se vuelven desacreditantes de la persona cuando se hace público que las ha practicado. La práctica del aborto es el caso paradigmático para ejemplificarlo, en tanto el aborto es una práctica desacreditada históricamente, ha desacreditado a quienes la realicen. Aunque el cambio legal modifica la aceptación de su práctica, aún se mantiene el estigma y por lo tanto, el temor a la condena social podría ser un obstáculo de acceso a los servicios creados.

El estigma es un atributo (conducta, marca o acción) que puede desacreditar a la persona. El descrédito no es automático porque, naturalmente, es necesario que ese atributo sea conocido por la comunidad para que el efecto del estigma recaiga sobre la persona. Así, un atributo desacreditable convierte a una persona en desacreditada si ese atributo se publicita y pasa a ser conocido por quien interactúa con quien lo posee.

Por último, la herramienta técnico-política del Observatorio está sustentada en un concepto de construcción colectiva y sinérgica del conocimiento (MYSU, 2008). El monitoreo se nutre del relevamiento del conocimiento existente en el campo de los derechos de las mujeres, de la salud, las políticas de género y los DSR indagando sobre lo construido desde el ámbito académico, profesional, de las mujeres usuarias, de las políticas institucionales, de la investigación, de la práctica ciudadana, de los fundamentos político-reivindicativos del movimiento social, entre otros. Los estudios del Observatorio en base a estos nutrientes, con rigurosidad metodológica y desde la investigación implicada que procura conocer la realidad para cambiarla, generan insumos que procuran aportar al fundamento de las decisiones políticas, de las propuestas y reivindicaciones del movimiento social, a la plataforma de investigación e innovación y a las prácticas ciudadanas.

El estudio *“Estado de Situación y Desafíos en Aborto y Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento de Salto”* (MYSU, 2014a), constituye un antecedente clave para este trabajo. Este permitió identificar avances así como nudos críticos en la organización de las instituciones. El estudio dio cuenta tanto de cambios positivos a nivel

de los equipos profesionales que han asumido la implementación de la SSR dentro de la atención en salud— también permitió identificar importantes barreras que afectan a las mujeres del departamento en el ejercicio de sus derechos. Se encontró que la objeción de conciencia realizada por la totalidad de los profesionales de la ginecología de la localidad, constituye una de las barreras más importantes para el acceso al servicio. Asimismo representa 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.

En base a los hallazgos obtenidos en este trabajo MYSU definió continuar con los estudios a nivel territorial incorporando otros departamentos del litoral del país.

Esquema de trabajo



OBJETIVOS Y METODOLOGÍA



OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es monitorear la implementación de la política pública en SSR en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Se buscó identificar las diversas rutas de acceso a las prestaciones en SSR -incluyendo IVE- en las distintas instituciones afiliadas al SNIS, así como comprender los significados, prácticas y valores que potencian o debilitan el ejercicio de derechos por parte de las usuarias.

Los objetivos específicos son:

1. Identificar los servicios de SSR presentes en los departamentos y sus desafíos.
2. Describir y analizar el significado que los conceptos de DSR y SSR tienen para las usuarias y el vínculo entre este significado y el uso efectivo de los servicios.
3. Comprender la percepción de las prácticas de las usuarias vinculadas al ejercicio de DSR.
4. Analizar la percepción de las usuarias sobre la atención en SSR, el sistema de salud y los profesionales de la salud a partir de sus vivencias.
5. Comprender la forma en que el estigma asociado al aborto y al VIH afecta la disposición a hacer uso de los servicios y a ejercer plenamente los derechos.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en dos fases, siendo la primera de corte descriptivo-cuantitativo y la segunda de carácter cualitativo. En la primera fase se realizó un relevamiento de información sobre el funcionamiento de los servicios de SSR, incluyendo aborto, de las instituciones públicas y mutuales en las capitales departamentales de Soriano y Paysandú y en las localidades de Fray Bentos y Young del departamento de Río Negro³. Se elaboró un listado de variables clave que indagó exhaustivamente sobre los servicios disponibles, criterios y horarios de funcionamiento, integración de los equipos, insumos y recursos disponibles, prestaciones, cobertura, entre otros. El relevamiento de la información estuvo a cargo del equipo de investigación quien buscó todas las fuentes informativas legítimas, incluyendo análisis documental, recopilación de datos disponibles, entrevistas a autoridades y a informantes calificados.

El acceso a la información no siempre estuvo disponible y hubo que subsanar diversos obstáculos, tales como la disposición de las personas de los servicios para responder, tiempo para hacerlo, existencia de la información, desconocimiento sobre la normativa existente, discrecionalidad de autoridades para habilitar el acceso a los datos, entre otros. Por ejemplo, en el caso del departamento de Soriano, las sucesivas negativas a brindar la información por parte de las autoridades del prestador público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) sin una habilitación expresa de la dirección central, demoró la tarea hasta hacerla inviable. La información requerida tuvo que ser solicitada a través del recurso de acceso a la información establecido por ley y aun así, la información finalmente brindada por las autoridades correspondientes sólo respondió a una ínfima parte de las preguntas realizadas. Eso determinó que los datos de este prestador quedaran prácticamente sin ser relevados en esa etapa para el departamento de Soriano. Parte de la información pudo ser completada a posteriori, mediante entrevistas a profesionales de salud pública y mutual de ese departamento.

3 Realizado desde el segundo trimestre del 2014 hasta marzo de 2015.

El listado original de variables de esta fase contenía un total de 311 ítems sobre distintos aspectos de la SSR para un total de 3 prestadores por departamento. Las dimensiones abarcadas incluyen: anticoncepción; ITS/VIH; diversidad sexual; violencia basada en género; aborto; embarazo, parto y posparto; y cáncer génito-mamario.

La segunda fase indagó en los significados, prácticas, valores y percepciones de las usuarias ante los nudos críticos identificados sobre las prestaciones y frente a temáticas que surgieron como relevantes en los hallazgos de la primera fase⁴. Se utilizó un diseño flexible de tipo cualitativo, fueron realizadas 59 entrevistas en profundidad a mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años). Todas las entrevistas se realizaron cara a cara, con un guionsemi-estructurado.

La muestra fue no probabilística, tratando de ser lo más heterogénea posible. Se seleccionaron tres variables de corte: nivel educativo, edad y tipo de prestador de salud (público o mutual).

Entrevistas realizadas

Variables	Valores	Soriano	Paysandú	Río Negro	Total
Nivel Educativo	Ciclo básico o menos	3	4	11	
	Bachillerato	5	6	4	
	Terciario	11	10	5	
Total		19	20	20	59
Edad	15-24	4	6	4	
	25-39	9	9	11	
	40-49	6	5	5	
Total		19	20	20	59
Tipo de prestador	Público	3	6	9	
	Privado	16	14	11	
Total		19	20	20	59

Fuente: elaboración propia

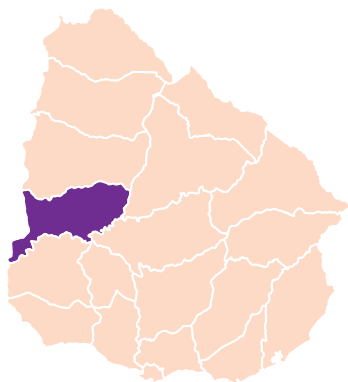
Por último, se generó un espacio de intercambio con los equipos de SSR de los departamentos con el objetivo de discutir los resultados preliminares del trabajo, lo que ayudó a validar los datos obtenidos, completar información faltante e intercambiar inquietudes y preocupaciones que nutrieron el análisis en este informe.

4 Esta parte del estudio se implementó entre enero y marzo de 2015.

**DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN LOS DEPARTAMENTOS**



DEPARTAMENTO DE RÍO NEGRO



Departamento de Río Negro

Total de habitantes	54.765
Total de mujeres	27.189 (49,65%)
Total de varones	27.576 (50,35%)
Población Urbana	49.553 (90,48%)
Población Rural	5.512 (9,52%)
Superficie	9.282 km ²
Distancia de Montevideo	316 kms
Hab. Fray Bentos	24.406
Hab. Young	16.756

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadística - Censo 2011

Prestadores de salud del SNIS de Río Negro⁵

Río Negro			
Prestador	N° de Afiliados	% de cobertura	Localidades
Administración de Servicios Sanitarios del Estado - ASSE	36.796	67,2%	Fray Bentos, Young, San Javier, Nuevo Berlín, Algorta, Grecco, Paso de los Mellizos, Sarandí de Navarro, Bellaco, Los Arrayanes, Barrio Anglo, Villa General Borges, Urbana
AMEDRIN	9.619	17,6%	Fray Bentos, Nuevo Berlín, San Javier
Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica - MUCAM	s/d	s/d	Fray Bentos, Young
Hospital Evangélico	s/d	s/d	Young
Cooperativa de Asistencia Médica de Young - CAMY	7.975	14,6%	Algorta, Bellaco, Grecco, Paso de los Mellizos, Sánchez, Sarandí de Navarro, Young

⁵ Estos datos (para los tres departamentos) fueron elaborados a partir del Catálogo Nacional de Datos Abiertos <https://catalogodatos.gub.uy/>, del portal <http://prestadoresdesalud.montevideo.net.uy/> y de datos proporcionados por ASSE a partir de una solicitud de información realizada por MYSU.

En el departamento de Río Negro se monitorearon las ciudades de Fray Bentos y Young, lo que representan el 75,16% del total de la población. Por su parte, ASSE (Young y Fray Bentos), AMEDRIN (Fray Bentos) y CAMY (Young) fueron los servicios de salud comprendidos.

La mutualista Hospital Evangélico(Young) no pudo ser relevada debido a la negativa a brindar datos y otorgar entrevistas. La misma cuenta con médicos generales y un especialista⁶. Las internaciones son realizadas en Colonia y/o Montevideo.

MUCAM (Fray Bentos)no quedó comprendido debido a la escasez de prestaciones. El equipo está compuesto por 5 médicos generales que se turnan para estar de guardia 24 horas, 4 parteras titulares y 3 suplentes. En caso de urgencias o complicaciones, se derivan pacientes al Hospital de Fray Bentos. Las consultas con especialistas se hacen en la sede en Montevideo.

EQUIPOS DE SSR

Prestadores de Río Negro

	ASSE		CAMY	AMEDRIN
Policlínica	10 (6 rurales y 4 urbanas)		5	0
2do y 3er nivel de atención	2 hospitales		1 sanatorio	1 sanatorio
	Hospital Fray Bentos	Hospital Young		
Ginecólogos/as	4	3	3	3
Endocrinólogos/as	1	1	2	1
Urólogos/as	1	1	1	1
Parteras	9	9	3	6
Psicólogos/as	5	1	2	5
Prof. del área social	3	1	1	1

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados

En el departamento de Río Negro, los **servicios del sistema público** presentan dificultades para conformar los equipos de SSR⁷. Existen policlínicas para la atención de trabajadoras/es sexuales (generadas a partir de fuertes demandas de la sociedad civil) y equipos para la atención de IVE pero no para la atención integral de la SSR. Por lo tanto en la capital de Río Negro el prestador público no cumple con la normativa vigente en cuanto a la conformación del equipo referencial aunque brinda la atención, incluida la realización de abortos, para todas las localidades del departamento y también para usuarias derivadas de localidades de los departamentos limítrofes.

La **mutualista AMEDRIN** formó su equipo de SSR integrándolo con los profesionales de las disciplinas que estipula la norma⁸. La atención que brinda el equipo incluye: educación sexual, consejería sobre SSR, anticon-

6 No se pudo obtener el dato ni de cuántos médicos generales, ni qué especialidad tiene el médico en cuestión.

7 Equipos creados por el decreto N° 293/010 que reglamentó la Ley N° 18.426.

8 Ginecología, obstetricia, asistentes sociales, enfermería.

cepción y prevención del cáncer génito-mamario. Realiza fundamentalmente tareas de atención directa pero no de referencia.

CAMY de Young tiene una estrategia de incorporación horizontal de la atención por lo cual todas las policlínicas brindan atención en SSR. Según el prestador, se optó por no crear una policlínica específica en SSR, porque eso contribuiría a identificar/etiquetar a las mujeres que allí se fueran a atender. Se manifiesta que las prestaciones mayoritarias antes de aprobada la Ley IVE estaban vinculadas a anticoncepción, mientras que actualmente hay una importante demanda vinculada a patologías de tracto genital inferior y prevención de cáncer. Este servicio no realiza IVE, debido a que todos sus profesionales en ginecología han hecho objeción de conciencia. Las usuarias se derivan a Fray Bentos para ser atendidas en AMEDRIN.

PRESTACIONES EN SSR

Anticoncepción

En el Hospital de Fray Bentos (ASSE) una partera realiza la primera instancia de consejería y receta pastillas o inyectables si son estos los métodos elegidos por la usuaria. Para colocación de DIU o de implantes subdérmicos son derivadas a ginecólogo/a. En la ciudad de Fray Bentos se está llevando a cabo un plan piloto para la oferta e inserción de implantes en el sistema público, el cual deberá ser monitoreado a futuro teniendo en consideración que este método ha sido recientemente incorporado a las prestaciones en Uruguay. En la ciudad de Young la responsabilidad de consejería recae en una ginecóloga, quien a su vez entrega tickets para la medicación que son válidos por un año y la usuaria tiene que retirar la medicación en el Hospital. Este procedimiento no ocurre con los preservativos, ya que cualquier persona con su cédula puede retirarlos en la policlínica. Para el caso de los prestadores privados no se obtuvieron datos sobre el funcionamiento de estas prestaciones.

ITS/VIH

En ASSE se realizan test de detección de ITS en la Red de Atención Primaria (RAP). En particular, se realizan test de VIH, VDRL y estreptococo. Asimismo, en el centro de salud de Young se realizan test de VIH y VDRL en el laboratorio, mientras que los test rápidos se realizan en emergencia, maternidad y en las policlínicas rurales. Debido a problemas en el trato recibido por trabajadoras sexuales en consultas, fue reubicada la policlínica que atiende a esta población. Anteriormente estaba en el Hospital de Fray Bentos y actualmente se encuentra en la RAP.

En AMEDRIN, los test de detección de ITS se realizan en la sede central de la institución. Por otra parte, si bien en CAMY los test de detección de ITS se hacen en la sede central de la institución, existe la posibilidad de realizar test rápidos de detección de VIH en las policlínicas rurales.

Violencia basada en género

En ASSE no existe un servicio específico de trabajo con situaciones de VBG. En este prestador, en el caso de que se constaten situaciones de violencia, se deriva a otros servicios estatales, aunque no parece haber una política muy activa para la detección de estas situaciones (no se utiliza el formulario de detección de violencia).

Tanto en AMEDRIN como en CAMY existen personas "referentes en metas asistenciales" que promueven la aplicación por parte de todos los profesionales del formulario de detección de violencia. AMEDRIN tiene un equipo, integrado por psicólogos y psiquiatras en el marco del programa de salud mental que exige el Ministerio de Salud Pública (MSP), al que derivan a las personas víctimas de violencia para atender esta problemática.

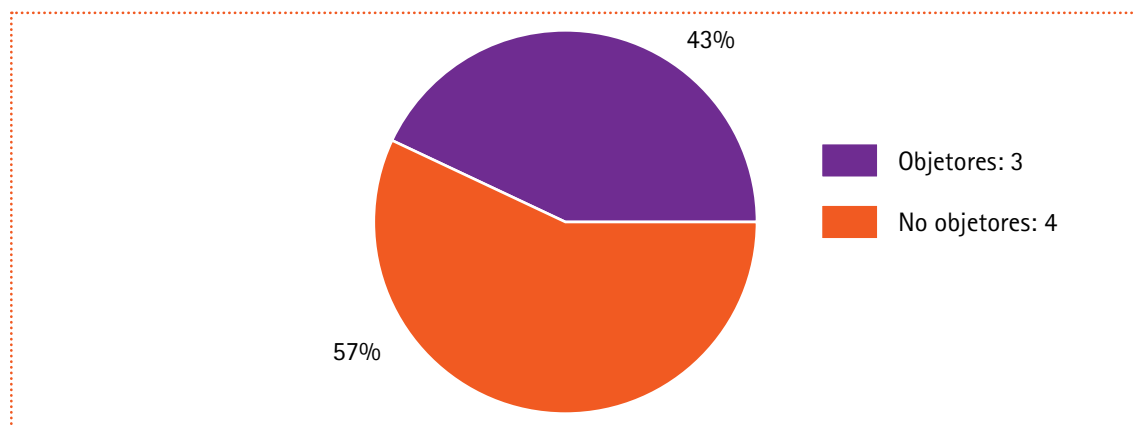
En CAMY también existe un equipo de referencia para el trabajo en violencia que al igual que en el prestador anterior, las personas son derivadas al programa de salud mental.

Aborto

Río Negro tiene siete profesionales de la ginecología en total, de los cuales 3 son objetores de conciencia. De las dos ciudades más importantes Fray Bentos concentra a todos los profesionales que brindan la atención, mientras que en Young el 100 % de los ginecólogos son objetores de conciencia.

En Young el 100% de los ginecólogos son objetores de conciencia

Objeción de conciencia en Río Negro



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados.

Objeción de conciencia en ASSE - Río Negro		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	4	57,1
Ginecólogos objetores	3	42,9
Total	7	100

En ASSE hay siete profesionales de ginecología, cuatro no objetores –todos en Fray Bentos– y tres objetores, todos ubicados en la ciudad de Young. En el caso de Fray Bentos, el proceso de IVE se realiza en el Centro de Salud de Fray Bentos (centro que integra la RAP). En dicho centro, se coordina como primer paso la ecografía para luego realizar el asesoramiento (pasos identificados como IVE 1 y 2 en la guía de implementación de estos servicios).

La intervención del equipo interdisciplinario que establece la ley para la práctica legal del aborto se hace de forma separada, durante una semana se realizan todas las consultas con cada uno de los profesionales estipulados (ginecología, psicología y asistencia social). La consulta para la interrupción (IVE 3) se realiza dos días a la semana en el centro de salud de Fray Bentos, pero la demanda está superando a la disponibilidad del

servicio dado que además de las mujeres del departamento, se atiende a las que son derivadas desde la capital de Soriano. De acuerdo a la información obtenida, **el promedio de realización de abortos en ASSE, es de aproximadamente 35 por mes.**

Cuando hay saturación en el servicio de Fray Bentos, las usuarias de ASSE que provienen de Young y de otras localidades han tenido que ser derivadas al Hospital Pereira Rossell en Montevideo.

En Fray Bentos la demanda de IVE está superando a la disponibilidad del servicio, dado que además de las mujeres de dicha localidad se atienden las derivaciones de Young y de otras localidades. En esos casos han tenido que hacer derivaciones al Hospital Pereira Rossell en Montevideo.

A las usuarias de ASSE de Fray Bentos, luego de realizado el IVE 3, se les solicita que regresen para una consulta en un plazo de cinco días, para la realización del IVE 4. En caso de que no concurren a dicha consulta, son contactadas telefónicamente para hacerlo.

Según lo relevado en Young, hay dificultades desde el prestador público para realizar seguimiento a las usuarias luego de su derivación a Fray Bentos por lo que no siempre está asegurada la consulta de control y asesoramiento en anticoncepción que se realiza en el post aborto (IVE 4).

Objeción de conciencia en AMEDRIN – Río Negro		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	3	100
Ginecólogos objetores	0	0
Total	3	100

En **AMEDRIN** (Fray Bentos) trabajan 3 ginecólogos, de los cuales ninguno es objetor. El procedimiento empieza con la manifestación de una usuaria de su voluntad de abortar a un médico de cualquier especialidad. En este caso, el profesional la deriva a un ginecólogo/a, con un pase que dice "SSR/IVE". El IVE 2, en general se realiza con una sola consulta de la usuaria con el equipo multidisciplinario en conjunto.

El IVE 3 es realizado en AMEDRIN una vez a la semana en la policlínica de SSR. En cuanto al IVE 4, se manifiesta por parte de profesionales del prestador que no han tenido "pérdidas", en el sentido de que todas las usuarias han concurrido al IVE 4. Para asegurar la concurrencia, luego del IVE 3, las usuarias también son contactadas telefónicamente.

El promedio de abortos en AMEDRIN es de 2 por mes desde la implementación de la ley.

Objeción de conciencia en CAMY – Río Negro		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	0	0
Ginecólogos objetores	3	100
Total	3	100

El prestador privado CAMY (Young) tiene 100% de objetores, por lo que no realiza IVE 3. Ante una consulta de una usuaria (generalmente a la policlínica ginecológica), se le dan las órdenes para realizarse los estudios y para el IVE 2 donde debe ver al equipo interdisciplinario que actúa por separado para dar el asesoramiento. Posteriormente se las deriva a AMEDRIN en Fray Bentos para que se prescriba la medicación y se resuelva la interrupción del embarazo.

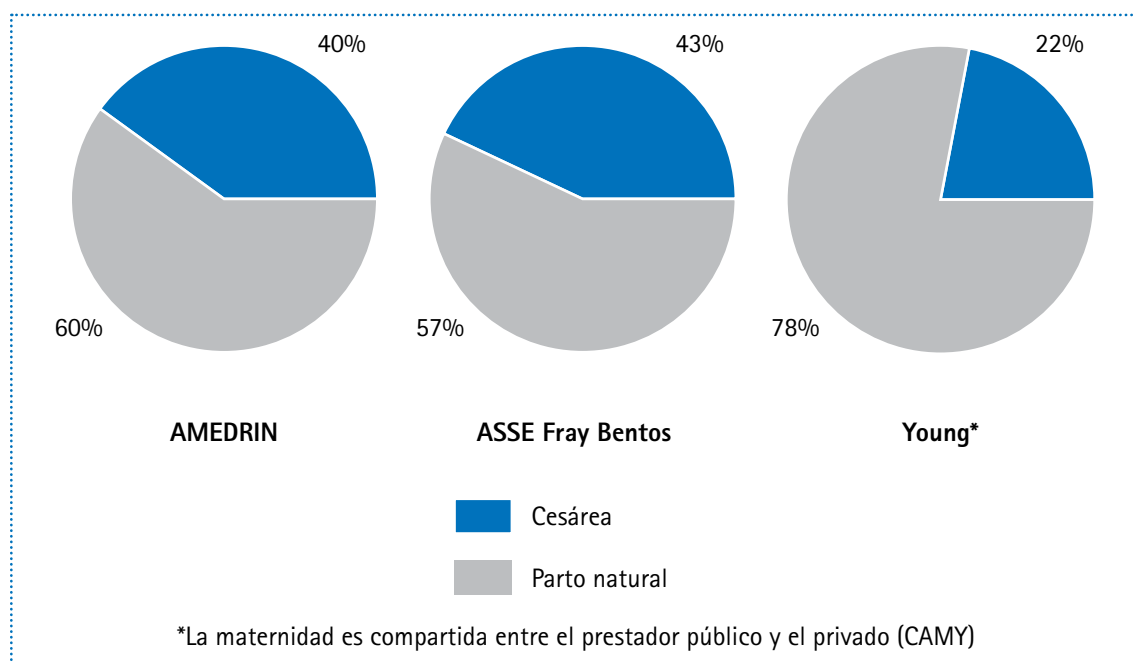
Para el IVE 4, una funcionaria de CAMY se contacta con la usuaria para fijar una consulta con el profesional de ginecología que la haya atendido en los IVE 1 y 2.

Embarazo, parto y puerperio

Existe un alto nivel de realización de test de VIH durante el control de embarazo, siendo muy poco frecuentes los casos en que llega una usuaria a trabajo de parto sin el test realizado.

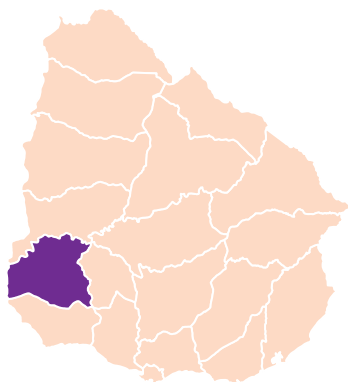
En Young, hay una decidida política de promoción del parto y presenta el porcentaje más bajo de incidencia de cesáreas (22% en el año 2013). Sin embargo cuando la mirada se centra en Fray Bentos, en el prestador público la cifra de cesáreas asciende a un 43%, y en el privado (AMEDRIN) es del 40%. Estas diferencias en el porcentaje de cesáreas entre una ciudad y la otra estaría más vinculada a prácticas institucionales que a otras razones que pudieran explicarla.

Relación entre parto natural y cesárea en Río Negro. Año 2013



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

DEPARTAMENTO DE SORIANO



Departamento de Soriano

Total de habitantes	82.595
Total de mujeres	41.742 (50,54%)
Total de varones	40.835 (49,44%)
Población Urbana	75.983 (91,99%)
Población Rural	6.612 (8,01%)
Superficie	9.008 km ²
Distancia de Montevideo	280 km
Hab. Mercedes	41.975
Hab. Dolores	17.174
Hab. Cardona	4.600

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadística - Censo 2011

Prestadores de salud del SNIS Soriano

Soriano			
Prestador	N° de Afiliados	% de cobertura	Localidades
Administración de Servicios Sanitarios del Estado - ASSE	40.362	48,9%	Mercedes, Dolores, Cardona, El Tala, Palmar, Palmitas, Egaña, Riso, Santa Catalina, Villa Soriano, La Concordia, Agraciada, Cañada Nieto, Palo Solo, Perseverano, Castillos, J. E. Rodó, Sacachispas, Chacras de Dolores
Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica - MUCAM	s/d	s/d	Cardona, Mercedes
CAMS	45.475	55,6%	Agraciada, Cañada Nieto, Cardona, Dolores, E gaña, José Enrique Rodó, Mercedes, Palmar, Palmitas, Riso, Santa Catalina, Villa Soriano
Hospital Evangélico	s/d	s/d	Dolores
Círculo Católico de Obreros del Uruguay (CCOU)	s/d	s/d	Cardona, José Enrique Rodó, Mercedes, Santa Catalina

En el departamento de Soriano se incluyeron en el monitoreo las ciudades de Mercedes, Dolores y Cardona, las que representan el 77,18% del total de la población. ASSE y CAMS son los prestadores de salud que quedaron comprendidos en el estudio⁹

El Círculo Católico posee una sucursal en Cardona y presta los siguientes servicios: enfermería, despacho de órdenes, farmacia, emergencias, policlínico con especialistas y estudios médicos. Dentro de las especialidades se encuentran ginecología, urología, endocrinología, pediatría, nutrición, psicoterapia y psiquiatría y dermatología, entre otras. Tiene instalaciones además en Mercedes, Rodó y Santa Catalina.

El Hospital Evangélico tiene su sucursal en Dolores y realiza servicio de enfermería, despacho de órdenes, farmacia, emergencias, policlínico con especialistas y estudios médicos. En caso de ser necesario, las derivaciones se realizan a Colonia o Montevideo.

Estos prestadores no quedaron incluidos por no contar con servicios de aborto. Por su parte, MUCAM no fue incluido por no brindar información.

EQUIPOS DE SSR

En **ASSE**, en el Hospital de Cardona, existe un servicio de SSR el cuál desde la implementación de la Ley IVE actúa brindando la prestación directa de aborto. El equipo se compone de 4 profesionales de ginecología, una profesional del área social, una psicóloga y dos parteras que rotan en el asesoramiento.

Se realizan actividades relacionadas a la SSR en conjunto con otras instituciones situadas en la ciudad (MIDES, instituciones educativas, etc.). El equipo trabaja de forma conjunta ya sea para el control de embarazos, IVE y otras prestaciones, lo que según las profesionales les permite abordar de mejor manera la integralidad de la SSR.

En la ciudad de Mercedes, el equipo de SSR de CAMS está integrado por psicóloga, asistente social, enfermera y ginecólogos. Esta composición se ha mantenido en el tiempo desde su comienzo, sin variaciones una vez aprobada la Ley IVE. Desde el equipo se promueven instancias de educación sexual, algunas en coordinación interinstitucional, pero no se brindan servicios de IVE por objeción de conciencia de todos los profesionales habilitados.

Además se realizan actividades de asesoramiento en anticoncepción –tanto reversible como irreversible–, ITS e IVE. CAMS cuenta con tres profesionales del área social, aunque solo uno forma parte de la atención directa en SSR, tres endocrinólogos y tres urólogos. Se desconoce si hay más de una psicóloga así como no hay datos sobre el número total de parteras en el servicio de salud.

9 De otros prestadores se realizan algunas menciones.

Prestadores de Soriano

	ASSE			CAMS
Policlínica				
2do y 3er nivel de atención	3 hospitales			1 sanatorio
	Hospital Mercedes	Hospital Dolores	Hospital Cardona*	
Ginecólogos/as	5	2	4	-
Endocrinólogos/as	-	-	-	3
Urólogos/as	-	-	-	3
Parteras	-	-	2	-
Psicólogos/as	-	-	1	3
Prof. del área social	-	-	1	-

*Datos de parteras, psicólogos/as y profesionales del área social solo sobre el servicio de SSR.

Al Hospital de Cardona le corresponde la atención de Rodó, Santa Catalina, Jackson, Egaña, entre otras pequeñas poblaciones además de las zonas rurales aledañas.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados

MUCAM no tiene equipo de SSR ni tampoco tiene ginecólogos trabajando en el servicio de Mercedes por lo que debe derivar a Montevideo o Cardona. El médico general puede llegar a recetar métodos anticonceptivos pero no se tienen en propiedad del prestador de salud, a excepción de preservativos, de los cuales hay reservas en el servicio. En caso de requerirse otra prestación como IVE, ligadura tubaria, mamografía o colocación de DIU se deriva a consulta ginecológica en Montevideo. En algunos casos la mamografía se realiza en Cardona ya que se cuenta con un mamógrafo en la sucursal allí instalada. El PAP se suele realizar en Cardona.

No se obtuvieron datos acerca del Círculo Católico –excepto para IVE, sobre lo cual se trabajará más adelante– así como del Hospital Evangélico.

PRESTACIONES EN SSR

Anticoncepción

En el departamento de Soriano existe un proyecto en materia de SSR en que trabajan en conjunto CAMS, ASSE, la Intendencia y todas las mutualistas que no tienen sanatorio o internación, con el objetivo de trabajar en prevención con toda la población con un énfasis especial en anticoncepción. Este proyecto representaría un cambio de paradigma, pero actualmente se encuentra detenido.

ITS/VIH

A nivel de Mercedes se conformó un grupo de trabajo entre la RAP y el segundo nivel de ASSE, CAMS, la Dirección Departamental de Salud, el PIT-CNT y el MIDES para abordar la problemática de las ITS. Dentro de este marco se han realizado talleres sobre VIH y derechos de las y los trabajadores/as sexuales. A parte de esto se han llevado adelante campañas de difusión.

Desde el prestador público, en materia de VIH y otras ITS, se trabaja cara a cara con los/as usuarios/as seropositivos/as para evitar problemas de discriminación o filtración de información confidencial, aunque se reconoce que existen problemas. Es un trabajo que integra a profesionales de distintas especialidades (dermatología, ginecología, psicología, entre otras).

De parte de CAMS se manifiesta la inexistencia de problemas de confidencialidad hasta el momento.

Violencia basada en género

Según manifiestan tanto prestadores públicos como privados, se aplica el formulario de "Detección de situaciones de violencia hacia la mujer en la consulta clínica".

Por otra parte, los servicios de salud en Soriano manifiestan trabajar en conjunto con el Servicio especializado de atención a mujeres en situación de violencia doméstica del INMUJERES (inaugurado en agosto del 2014) en la capital departamental.

ASSE y CAMS trabajan con un Equipo Referencial en Violencia Doméstica que da seguimiento, apoyo y asesoramiento desde las consultas médicas como desde las emergencias.

Aborto

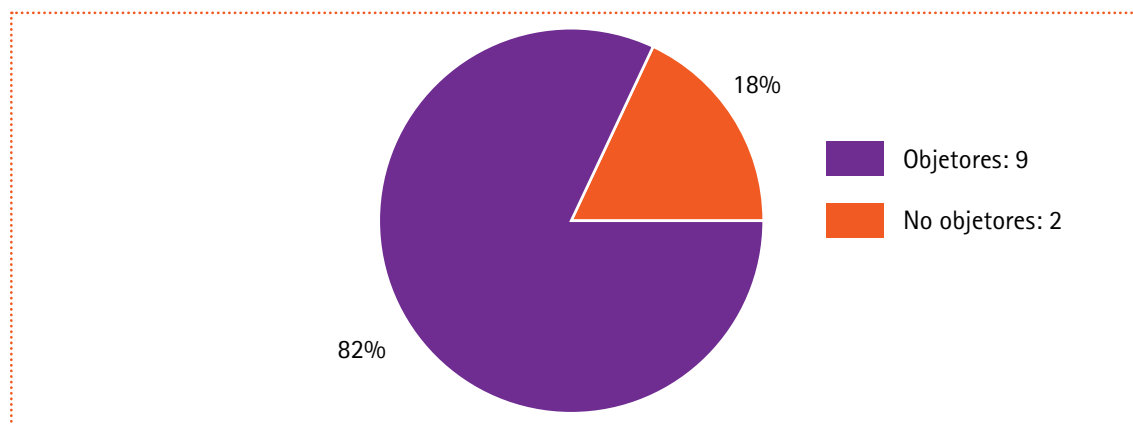
En la capital de Soriano, Mercedes, el 100% de los profesionales de ginecología han hecho objeción de conciencia: los 5 ginecólogos disponibles. Los prestadores privados resuelven el IVE 3 derivando a sus servicios en las localidades de Dolores o Cardona.

Para el caso del prestador público, las derivaciones por IVE 3 también son a Dolores y Cardona, pero en mayor medida se realizan a Fray Bentos, ciudad más cercana a Mercedes.

En Mercedes el 100% de los ginecólogos son objeto-res de conciencia, teniendo que derivar los casos a Dolores o Cardona.

Se desconoce la situación de Dolores, pero considerando que solo cuenta con un único ginecólogo no objetor de un total de dos, y que casi cuadriplica la población de Cardona (donde de 4 ginecólogos sólo 1 no objeta conciencia), es probable que el servicio de IVE pueda estar sobrecargado.

Objeción de conciencia en Soriano



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados.

En Cardona, el equipo del prestador público está compuesto por ginecóloga, psicóloga, asistente social y dos parteras. El equipo realiza las cuatro instancias de IVE de forma conjunta en cada consulta. Se manifiesta desde el equipo que esta forma de intervención ha tenido buena receptividad entre las usuarias que se muestran con mayor confianza a la hora de interactuar con los profesionales, además de representar –en su opinión– una riqueza para el trabajo de cada profesional por el aprendizaje que aporta el trabajo interdisciplinario.

Una vez que la usuaria es derivada al equipo (o asistiera directamente a ellos en primera instancia) se procede a realizar la ecografía. Se coordina para que las mujeres accedan sin hora previa y sin necesidad de explicitar el motivo. Esta medida se suma a otras que pretenden proteger la confidencialidad sobre el motivo de consulta y disminuir actitudes estigmatizadoras por parte del personal.

En cuanto al IVE 4, el equipo realiza el seguimiento de las usuarias de su propia ciudad y en algunos casos de las derivadas de Dolores. Existe la percepción de que los equipos que realizan esta prestación no siempre cuentan con el apoyo institucional ni con la sensibilización del personal que no está directamente involucrado en el equipo de IVE.

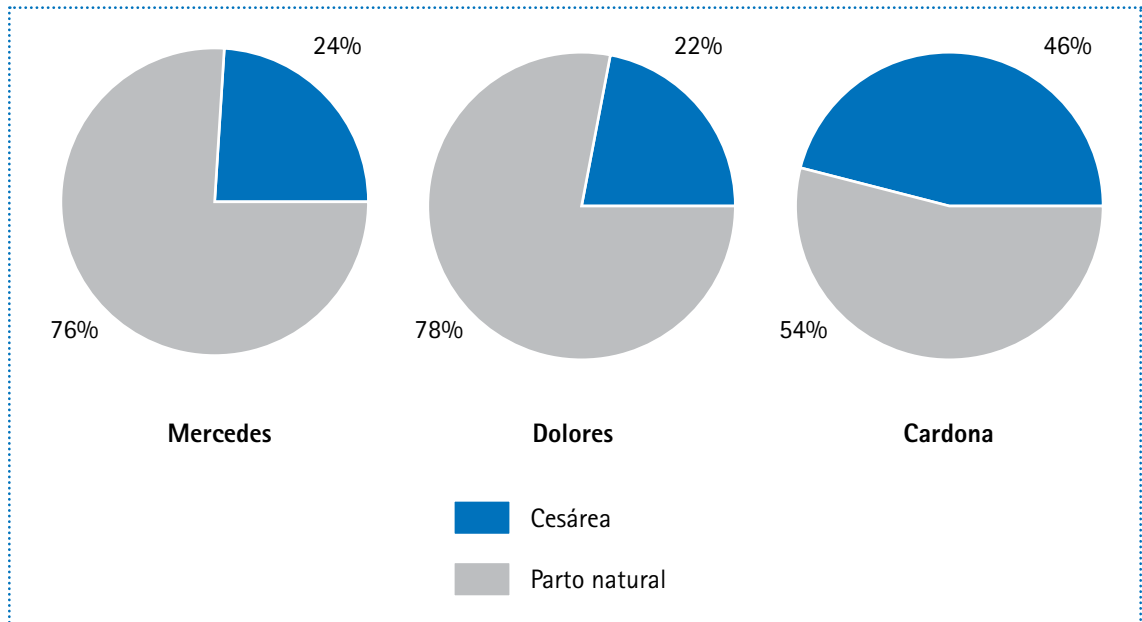
En el caso del prestador privado CAMS, una vez que reciben a una usuaria que solicita realizar la IVE, el profesional brinda el asesoramiento y se comunica directamente con la psicóloga del equipo para luego proceder a realizar los estudios pertinentes (ecografía y análisis de sangre) y continuar el procedimiento con la realización del IVE 2. Terminado el IVE 2, se deriva directamente a Cardona o Dolores para el IVE 3, consulta que se realiza solo una vez a la semana. El seguimiento de IVE 4 se realiza en la ciudad de Mercedes. La psicóloga se contacta con las usuarias ya que es la única que maneja sus datos personales y se realiza un asesoramiento en anticoncepción.

En Cardona, en el Círculo Católico que es una de las dos instituciones que han hecho objeción de ideario, las usuarias que solicitan la IVE se veían enfrentadas a un proceso de trámites muy complejo y lento, que impedía la confidencialidad, por lo que se resolvió en acuerdo con la Junta Nacional de Salud (JUNASA), generar un procedimiento más rápido por el cual se les da de baja automáticamente y se les cambia a CAMS. Las usuarias no tienen opción, o se cambian de prestador o no pueden abortar.

Embarazo, parto y puerperio

En promedio Soriano presenta cifras de cesáreas no tan elevadas en su prestador público, rondando el 27%, cuando se desglosan los datos por localidades, aparece como preocupante el 54% de cesáreas en Cardona durante el año 2013. En el año 2012, la cifra para esa localidad no se puede considerar baja (41%) pero la evolución de los números de un año demuestra una inversión en la relación parto natural/cesárea. No se pudieron relevar datos para el prestador privado de ese departamento (CAMS).

Relación entre parto natural y cesárea en el prestador público por principales localidades en Soriano. Año 2013



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

DEPARTAMENTO DE PAYSANDÚ



Departamento de Paysandú

Total de habitantes	113.124
Total de mujeres	57.759 (51,06%)
Total de varones	55.361 (48,94%)
Población Urbana	108.760 (96,12%)
Población Rural	4.364 (3,86%)
Superficie	13.922 km ²
Distancia de Montevideo	378 km
Hab. Ciudad de Paysandú	76.429

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadística - Censo 2011

Prestadores de salud del SNIS Paysandú

Paysandú			
Prestador	N° de Afiliados	% de cobertura	Localidades
Administración de Servicios Sanitarios del Estado - ASSE	62.692	55,4%	Guichón, Paysandú, Quebracho, Merinos, Nuevo Paysandú, Lorenzo Geyres, Porvenir, Arbolito, Casablanca, Constancia, Morato, Piedras Coloradas, Pinera, San Feliz, Villa María, Araujo, Arroyo Malo, Cero Chato, Pandule, Parada Daymán, Paso de los Carros, Cuchilla de Buricayupi, San Mauricio, Santa Kilda, Soto, Termas de Guaviyú, Zeballos, Bella Vista, Canadá del Pueblo, Chapicuy, El Eucaliptus, Esperanza, Pueblo Federación, La Tentación, Orgoroso, Gallinal, Arroyo Negro, Estación Porvenir, Cuchilla de Fuego, Queguayar,
Corporación Médica Paysandú - COMEPA	61.367	54,2%	Guichón, Paysandú, Quebracho

Del departamento de Paysandú se investigó la ciudad de Paysandú, la que representa el 67,56% del total de la población. Por su parte, ASSE y COMEPA son los prestadores de salud comprendidos en el estudio.

EQUIPOS DE SSR

La Red de Atención Primaria de ASSE constituyó el equipo referencial en SSR en noviembre de 2011. En un comienzo, este equipo estuvo integrado por una obstetra, una ginecóloga y una psicóloga. Posteriormente se integró una asistente social. Antes de la implementación de la Ley IVE el equipo realizó mayormente tareas de asesoramiento pre y post aborto, es decir, tareas de atención directa a usuarias, además de cumplir con su rol referencial (para el caso de los métodos anticonceptivos el equipo no realizó tareas de atención directa sino que procuró que lo hicieran las parteras y profesionales de ginecología del prestador).

El equipo multidisciplinario, luego de reglamentada la Ley IVE pasó a estar constituido por una ginecóloga, una psicóloga, una trabajadora social y una partera. El equipo multidisciplinario desarrolla sus tareas en la sede de la RAP y no actúa en conjunto en ninguna de las etapas.

COMEPA conforma su equipo multidisciplinario en enero del 2012. Este estaba integrado por tres ginecólogos, una psicóloga, partera y asistente social. No existieron cambios en la conformación de equipo luego de implementarse la Ley IVE. La atención se realiza en el servicio de SSR en el Departamento de Prevención.

Prestadores de Paysandú

	ASSE		COMEPA
Policlínica	30 (14 rurales y 16 urbanas)		5 (4 rurales y 1 urbana)
2do y 3er nivel de atención	1 hospital		1 sanatorio
	Hospital Paysandú	RAP	
Ginecólogos/as	13	4	12
Endocrinólogos/as	3	0	4
Urólogos/as	4	0	4
Parteras	18	13	30
Psicólogos/as	5	1	12
Prof. del área social	4	1	2

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados

PRESTACIONES EN SSR

Anticoncepción

En COMEPA, prestador privado de Paysandú, la distribución de métodos se realiza en general a través de la farmacia del prestador. Se entrega a las usuarias una tarjeta, válida por un año, en la que se registran los retiros periódicos de anticonceptivos. En el caso de este prestador, son los profesionales de ginecología los encargados de recetar los métodos.

ASSE distribuye los métodos anticonceptivos en las policlínicas de acuerdo al consumo que las mismas hayan tenido en el período anterior. Los profesionales que recetan los métodos son ginecólogos/as, obstetras parteras y médicos de familia.

ITS/VIH

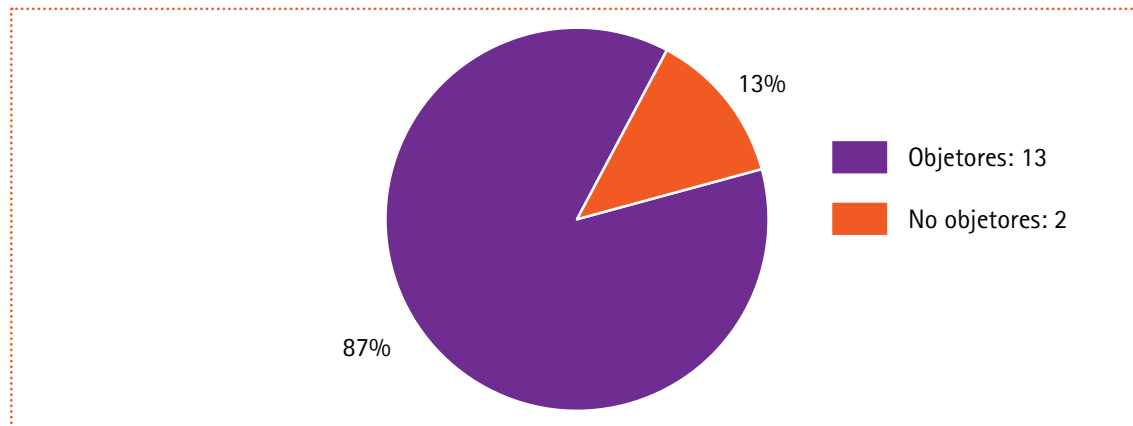
En Paysandú, los test para la detección de infecciones de transmisión sexual se realizan en el segundo nivel de atención de ASSE. A su vez, con excepción de algunas ocasiones en el espacio adolescente, no se cuenta cotidianamente con la posibilidad de realizar test rápidos.

Por su parte, el prestador privado también realiza los test en el segundo nivel de atención. COMEPA cuenta con un equipo integrado por un internista, un dermatólogo y un infectólogo que realizan tratamientos a personas con alguna ITS.

Aborto

En el departamento hay 15 profesionales de ginecología, de los cuales solamente 2 realizan la atención en aborto, los demás se declaran objetores de conciencia, representando el 87% de los profesionales disponibles del departamento.

Objeción de conciencia en Paysandú



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados.

ASSE – Paysandú		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	2	15
Ginecólogos objetores	11	85
Total	13	100

ASSE cuenta con 13 ginecólogos, dos son no objetores y solo uno realiza el IVE 3, otro lo hace solo cuando el primero se encuentra de licencia o por motivos de enfermedad.

El proceso por el que una usuaria aborta es similar al de otros lugares. En la primer consulta (IVE 1), se completa el formulario e inmediatamente se agenda la segunda consulta¹⁰.

En el IVE 2 las usuarias se entrevistan por separado con cada integrante del equipo multidisciplinario y las consultas para IVE 3 se realizan tres veces a la semana.

En situaciones en las que ninguno de los dos ginecólogos se encuentre disponible para realizar abortos, a las usuarias se les cubre el pasaje para su traslado a Salto. Antes de que hubiera una profesional de ginecología no objetora en Salto, las usuarias eran derivadas al Hospital Pereira Rossell de Montevideo, teniendo que permanecer internadas hasta comprobar que el proceso de aborto se había completado.

En cuanto al IVE 4, se espera que la usuaria concorra a esta instancia. Si esto no ocurre, es llamada telefónicamente por personal del prestador. En esta consulta, además del control mediante ecografía, se brinda la posibilidad de que la usuaria siga consultando con la psicóloga y se realiza consejería en métodos anticonceptivos. Según fuentes del prestador público, hasta el 31 de julio de 2014 se realizaron 169 abortos (lo que da un promedio de ocho abortos por mes).

COMEPA – Paysandú		
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Ginecólogos no objetores	2	17
Ginecólogos objetores	10	83
Total	12	100

En COMEPA existen 10 ginecólogos objetores y 2 no objetores. Esta institución cuenta con los mismos dos profesionales no objetores de ASSE y utiliza el mismo mecanismo de actuación: uno es el que habitualmente brinda el servicio y otro sólo actúa cuando suple al primero por motivo de licencia o enfermedad.

El proceso es similar al prestador público (la IVE 2 también se desarrolla con consultas separadas de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, y dos veces a la semana se realizan IVE 3).

¹⁰ Fueron manifestados inconvenientes para la realización de ecografías, debido a que éstas se realizan en el segundo nivel de atención, y a menudo no se respetaba el plazo de 48 horas en el que tenían que realizarse luego de la primera consulta. Si bien el inconveniente se ha subsanado mediante el diálogo entre los directores del primer y segundo nivel, no se registra una solución permanente a este problema.

En cuanto al IVE 4, se realiza el mismo procedimiento que en ASSE: si la usuaria no concurre a la consulta, es llamada telefónicamente por el personal de COMEPA. En esta comunicación, si la usuaria manifiesta que no desea concurrir al IVE 4 el proceso se termina.

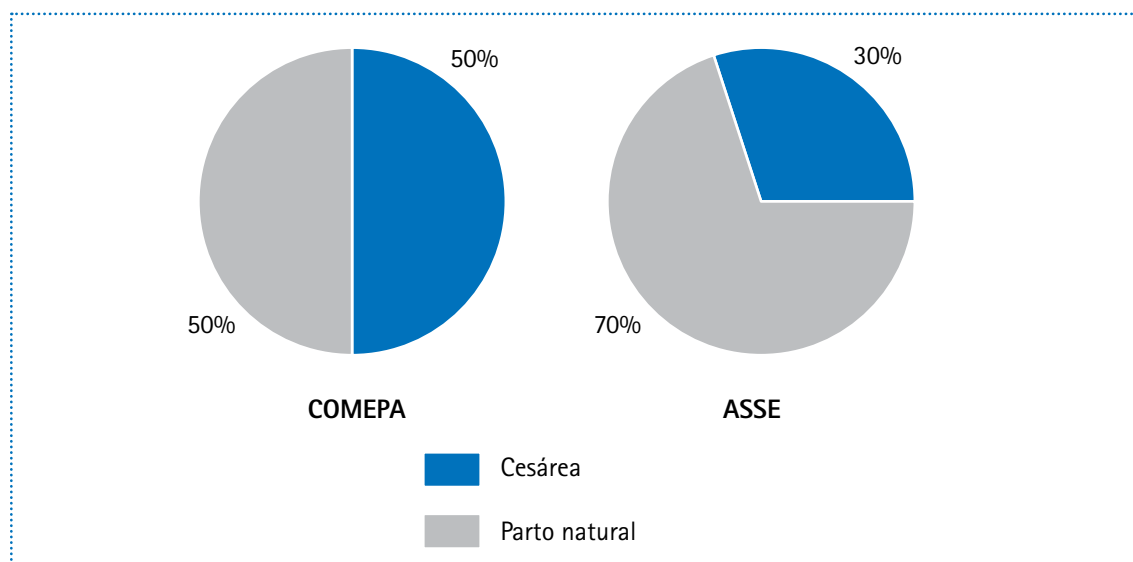
En COMEPA se han realizado en promedio, 6 abortos al mes¹¹.

Embarazo, parto y puerperio

Existe un alto nivel de realización de test de VIH durante el control de embarazo, siendo muy poco frecuentes los casos en los que llega una usuaria a trabajo de parto sin el test realizado.

La relación parto/cesárea para el departamento de Paysandú muestra diferencias significativas entre el sector público y privado. Mientras que en ASSE el parto natural presenta un porcentaje de 70% en comparación a un 30% de cesáreas, en COMEPA la relación es 1 a 1, o sea, por cada parto natural se realiza una cesárea. A pesar de esta diferencia el porcentaje es elevado en ambos sectores.

Relación entre parto natural y cesárea en Paysandú. Año 2013



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

Violencia basada en género

En ASSE no hay equipo de violencia y los casos son detectados en su mayoría a través de la consulta común y el resto a través del formulario de "Detección de situaciones de violencia hacia la mujer en la consulta clínica", también conocido como formulario violeta. La atención la realiza la misma asistente social y psicóloga que integran el equipo IVE.

COMEPA cuenta con equipo de violencia que funciona en la policlínica de SSR y es de acceso directo. La institución utiliza el formulario violeta y frente a la detección de un caso, éste se deriva al equipo.

11 Dato aproximado recabado el 10 de setiembre de 2014.

NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL MONITOREO



En el marco del análisis del estado de situación de los servicios en cada departamento, en el presente apartado se abordan las estrategias de difusión y promoción de las prestaciones relativas a anticoncepción e VIH-ITS; atención en violencia basada en género; diversidad sexual; embarazo y parto; y organización de los servicios. Acerca de la prestación de aborto y el recurso de objeción de conciencia se hace un abordaje particular dado que se ha constatado que la situación de estas prestaciones presentan obstáculos específicos en el acceso a los derechos reconocidos en la ley.

En cuanto a la **difusión y promoción de derechos y servicios**, en ninguno de los tres departamentos relevados se constata la existencia de una política de difusión sobre derechos y SSR. La difusión se realiza en ocasiones puntuales, usualmente en fechas específicas como el Día de la Lucha contra el SIDA o el Día Internacional por la no violencia hacia la mujer. A pesar de esto, existen algunos dispositivos de sensibilización, difusión de servicios disponibles y en el caso de anticoncepción y VIH, distribución de métodos y realización de test de detección respectivamente.

En ninguno de los tres departamentos se constata la existencia de una política de difusión sobre derechos y SSR.

Desde la sociedad civil se denuncia la falta de información y materiales suficientes para el trabajo en torno a estos temas, lo que resulta especialmente relevante ya que son las organizaciones sociales quienes tienen una labor más activa y constante en la difusión y promoción.

En general las campañas y otras instancias de sensibilización (como charlas en centros educativos o en los propios centros de salud) suelen fundarse en un entramado interinstitucional que las sostiene. Sin embargo, muchas veces reviste un carácter voluntario, esporádico y sin constancia, a la vez que no responde a demandas o requerimientos previamente identificados. Por otra parte, en la mayoría de los casos se encuentran dirigidas a poblaciones vulnerables (adolescentes, trans, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres en situación de violencia, etc.), corriendo el riesgo de contribuir a reforzar visiones estigmatizadoras sobre las mismas en materia de SSR.

Se identifica que en algunos casos la inexistencia de campañas se fundamenta en la percepción de los profesionales de que las personas usuarias de los centros de salud cuentan con un conocimiento y ejercicio pleno de los DSR, lo que como se verá más adelante, a partir de los relatos de las entrevistadas se constata que no es una realidad generalizada en el territorio.

A pesar de que tanto en Río Negro como en Paysandú los prestadores de salud (públicos y mutuales) declaran no tener mayores dificultades con las prestaciones en anticoncepción, tanto reversible como no reversible, desde la sociedad civil se manifiestan carencias y barreras en el acceso a las mismas. En el caso de las ligaduras tubarias en Río Negro, de acuerdo a la percepción de algunos actores entrevistados, como se verá, la decisión sobre su realización depende de la opinión del profesional y no de la petición de la usuaria. Un elemento fundamental es que no se cuenta con la disponibilidad de los recursos humanos requeridos para realizarlo.

Si bien no queda incluido en el presente monitoreo, es relevante señalar que MUCAM (Soriano) presenta importantes dificultades en materia de anticoncepción dado que el único método que tiene disponible es el preservativo masculino. Ante la demanda de estos métodos se deriva a las personas que lo requieran a Montevideo o Cardona.

En el caso de Paysandú, uno de los obstáculos mencionados es la falta de horas para consulta, así como la falta de disponibilidad del block quirúrgico y de camas para realizar las ligaduras tubarias de acuerdo a la demanda.

En materia de colocación de DIU, también en este departamento los prestadores parecen identificar pocos problemas en el acceso, aunque llaman la atención acerca de una reducción en el uso y demanda del método por parte de las usuarias. Esta percepción parecería alinearse con los datos arrojados en un estudio previo de MYSU¹² que confirma un conocimiento y uso relativamente bajo del método¹³.

Resulta alarmante que los criterios para la disponibilidad de los métodos no reversibles no siempre estarían en función de lo estipulado por las guías clínicas y comunicados al cuerpo médico emitidos por el MSP¹⁴. Estas situaciones parecen corroborarse con los resultados obtenidos en la segunda fase del estudio, a través del relato de distintas usuarias.

En relación a **ITS/VIH**, en entrevistas con organizaciones de la sociedad civil se denuncia que los test para detección rápida del VIH no siempre están disponibles en las policlínicas o centros de salud de los prestadores, así como el destrato que algunos usuarios reciben por ser portadores o por ir a realizarse estudios.

Sobre la confidencialidad ante los motivos de consulta y frente al resultado de exámenes, la percepción de integrantes de los servicios, como de otros actores de la sociedad civil es que no siempre está asegurada.

Para sortear algunos problemas de confidencialidad, en el Hospital de Mercedes, el equipo intenta utilizar distintas estrategias como intentar que la menor cantidad de funcionarios maneje información sobre exámenes y estudios.

La atención en salud de las situaciones de **violencia doméstica y sexual** no siempre funciona adecuadamente, con mayores dificultades cuando se trata de la respuesta en el área rural, alejada de las capitales departamentales. En estos casos, los recursos materiales y humanos son escasos y no siempre cuentan con la formación y condiciones necesarias para brindar las respuestas adecuadas.

En todas los departamentos e instituciones estudiadas se identificaron resistencias para la aplicación del formulario de despistaje y críticas sobre su pertinencia como estrategia de detección de situaciones de violencia doméstica en la trayectoria vital de las usuarias. No siempre los formularios están disponibles en los servicios públicos. Por otra parte, no todos los profesionales tienen la formación para manejar las situaciones de violencia que detecten, no están establecidos los mecanismos de derivación para atención especializada ni de respuesta interinstitucional, entre otras dificultades señaladas por los actores entrevistados.

12 MYSU (2013b). Necesidades y demandas en SSR en mujeres uruguayas. MYSU, Uruguay.

13 Un 10,8% de las mujeres de sectores socioeconómicos más altos, un 13,0% de las mujeres de los sectores socioeconómicos medios y un 20,7% de las mujeres de sectores socioeconómicos más bajos manifiesta haber usado el DIU en su última relación sexual (MYSU, 2013).

14 En un comunicado del 8 de marzo de 2012, el Programa de Salud Integral de la Mujer, del Área de SSR del MSP, expresa que en cuanto al procedimiento de ligadura tubaria y vasectomía, el consentimiento informado lo pueden firmar "individuos mayores de 18 años, cualquier menor (de cualquier edad) legalmente casado/a o emancipado/a, curador de una discapacitada/o (de cualquier edad), en el caso de un menor no casado/a (soltero/a, concubinato, etc), se aplica el principio de autonomía progresiva (contenido en el código de la niñez y adolescencia), pudiendo el profesional actuante decidir que esta existe, dar por válido el consentimiento de la menor y proceder. En caso de dudas puede solicitar el consentimiento de cualquiera de los padres o el tutor. Si estos lo dan, está obligado a actuar. Queda un espacio en caso de que el profesional considere que no configura la autonomía del menor y el tutor no consienta la esterilización. En ese caso lo prudente es aconsejar al menor para que realice la solicitud por vía judicial, aclarando que la institución procederá a la misma una vez aclarado el valor del consentimiento. Nunca se debe proceder a una ligadura sin el consentimiento del menor, aunque lo soliciten los adultos responsables". Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ligadura%20tubaria%20y%20vasectomia.%20Comunicado%20cuerpo%20medico.pdf

En materia de **diversidad sexual** una constante a lo largo de los tres departamentos es el déficit de respuesta a los requerimientos específicos en SSR de esta población. En general, no se identifican esfuerzos por parte de los prestadores, quienes alegan desconocer completamente cuál es la demanda o si existe alguna en esta materia.

Desde la sociedad civil se denuncian episodios de discriminación, en especial hacia la población trans pero también hacia homosexuales y lesbianas. La identidad de género diversa es la que genera mayores controversias y tratos estigmatizantes por parte del personal, situación que concuerda con los datos relevados por el estudio sobre necesidades de salud en personas Trans (MYSU, 2012).

Han habido iniciativas para la instalación de centros libres de homolesbotransfobia en Paysandú y Río Negro, pero estos esfuerzos no han logrado concretarse realmente.

En cuanto al acceso a tratamientos hormonales para la adecuación corporal a la identidad de género, en Río Negro el prestador público tiene dificultades para disponer de tiempo de consulta con endocrinólogo dado que hay una sola profesional para todo el departamento.

En el departamento de Paysandú, la RAP no cuenta con endocrinólogo, y tiene registrado demandas en este sentido. En algunos casos usuarias que solicitan tratamientos hormonales han sido derivadas a Montevideo.

En Soriano, CAMS declara desconocer cuánta población LGTB puede haber entre sus usuarios. A su vez, en materia de terapia hormonal explicita que esto queda en manos de los profesionales mismos. En caso de reasignación de sexo, además, se aclara que no se cuenta con los recursos para ello y por eso se derivaría a Montevideo, si se presenta algún caso.

Con respecto a **embarazos**, el monitoreo da cuenta que la relación parto natural - cesárea arroja cifras preocupantes en cuanto a la incidencia de estas últimas, superando ampliamente los porcentajes recomendados. Según indica la OMS *"Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal."* (OMS, 2015, 4)

Con respecto a embarazos, el monitoreo da cuenta que la relación parto natural - cesárea arroja cifras preocupantes en cuanto a la incidencia de estas últimas, superando ampliamente los porcentajes recomendados

Las cifras obtenidas de distintos prestadores dan cuenta de una alta incidencia de cesáreas. En particular en ASSE, Cardona (Soriano) el porcentaje de cesáreas asciende al 54% y en COMEPA (Paysandú) al 50%. Por su parte en ASSE Fray Bentos (Río Negro) asciende al 43% y en AMEDRIN al 40%. Como lo estipulan la evidencia clínica, las cesáreas implican riesgos a corto y largo plazo, tanto para la mujer como para el bebé, por lo que sin lugar a dudas dichos porcentajes al exceder de tal manera las recomendaciones internacionales justifican una intervención decidida por parte de las autoridades sanitarias.

Por último, resulta importante destacar que la **organización de los servicios** de SSR varía en cada localidad y de acuerdo a cada prestador de salud lo cual podría entenderse como una estrategia virtuosa para dar cobertura y cumplir con los nuevos requerimientos prestacionales que satisfagan las necesidades de las usuarias en este campo. Sin embargo, estas diferencias no permiten establecer rutas claras de acceso a estas prestaciones lo que dificulta, además, su difusión para la mejor utilización de las mismas. También es una barrera para la evaluación adecuada de estas políticas en función de lo establecido en la normativa.

ABORTO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Al igual que en el anterior estudio en el departamento de Salto, se ha identificado aquí que la objeción de conciencia de los médicos ginecólogos representa una importante barrera para el acceso de las mujeres a la prestación del aborto.

En los tres departamentos se constata que si bien existen servicios de aborto disponibles, el porcentaje de ginecólogos que declaran objeción de conciencia es muy alto y se da la grave situación de que en varias localidades el servicio no se encuentra disponible, debido a que la totalidad de los ginecólogos de los prestadores declaran objeción de conciencia.

Como se señaló anteriormente, en Río Negro la misma asciende a 43%, en Soriano a 82% y en Paysandú a 87%. Como puede verse se encuentra muy por encima del 30%, promedio manejado por el MSP (como se verá adelante), y difiere de los datos otorgados por ASSE en respuesta al pedido de información realizado por MYSU en conjunto con CAINFO. (MYSU, CAINFO: 2015)

El MSP no tomó real conciencia en su momento, de las dificultades que se generaron por la objeción de conciencia tal cual se planteó. Según indicó el subsecretario del MSP en funciones en ese momento, el Dr. Leonel Briozzo, *"Para nuestra sorpresa, por un lado muy grata, sólo un 30% de los ginecólogos y ginecólogas en nuestro país recurrió a la objeción de conciencia, el 70% se mostraron como nosotros dijimos públicamente, comprometidos de conciencia, e independientemente de su posición con respecto a la despenalización del aborto se comprometieron a trabajar a favor de este derecho de las mujeres a la atención integral en salud"* (Briozzo, 2014: 13).

Los datos que se desprenden del presente monitoreo indican que esa afirmación no se corresponde con la realidad en el territorio. La objeción de conciencia tal y como está contemplada en la Ley N° 18.987 y dada su reglamentación, ha favorecido la existencia de situaciones en las cuales la posición individual con respecto a la despenalización del aborto (o incluso otras razones) ha ido en detrimento del derecho de las mujeres a una atención integral en salud.

El carácter actual de la normativa, favorece que bajo el recurso de objeción de conciencia se realicen desacatos a la norma aprobada por mayoría parlamentaria en el legislativo, lo cual se configura como desobediencia civil. A lo largo del monitoreo, se constata la existencia de ginecólogos que manifiestan que sus objeciones no responden a razones estrictamente religiosas o filosóficas. En algunos casos responde a que no se sienten capacitados para escuchar y asesorar a las mujeres sobre otras alternativas al aborto, al hecho de que participar de estos servicios les quita tiempo para otras prestaciones que tienen compensación económica o directamente a que no están de acuerdo con la norma.

En este mismo sentido, sostiene Marcelo Alegre que: *"(...) en muchos casos de objeción de conciencia que se dan en el terreno de la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta las experiencias de nuestra región (...) No se busca una excepción a la regla, se busca desbaratar o cambiar la regla, de modo que se pasa de una acción o reclamo de tipo personal o individual, a un modo de disputar por otros medios lo que no se ha logrado en el ámbito democrático parlamentario (...) se trata de imponer una ética a través de estas prácticas de objeción desreguladas que implican barreras de acceso"*. (Alegre, 2014; 19)

En ese marco, resulta imprescindible reconsiderar la objeción de conciencia incorporada a la prestación del aborto, de manera que no interfiera con el acceso a las prestaciones por motivos que no correspondan. La falta

de especificación de dicho instituto, sumado a la ausencia de la necesidad de exposición de motivos por parte de los objetores, resulta en un nicho favorable para que el número de objetores sea ampliamente superior a aquel que el espíritu de la norma presupuso.

La objeción no puede ir en detrimento del derecho de las mujeres. En última instancia, tanto el SNIS como cada institución deben responsabilizarse de que el acceso a la IVE sea garantizada sin mayores obstáculos.

En Young (Río Negro) y Mercedes (Soriano), dos ciudades importantes en esa región del país, el 100% de los ginecólogos de los servicios de salud han declarado objeción de conciencia y las mujeres deben trasladarse (costeándose el propio traslado) a otras localidades para poder acceder a la realización del aborto. Esto constituye una barrera nada menor para el acceso, ya que implica agregar obstáculos (materiales y simbólicos) a una situación que en sí ya es compleja para las mujeres.

En el caso de Young las mujeres deben trasladarse a Fray Bentos, a casi 100 km de distancia. Por su parte, en Soriano los prestadores privados resuelven el IVE 3 derivando a sus servicios en las localidades de Dolores o Cardona (38,6 y 96 km), mientras que en el prestador público, las derivaciones por IVE 3 también se realizan a Dolores y Cardona pero en mayor medida se realizan a Fray Bentos, ciudad más cercana a Mercedes. (34,7 km).

Es prioritario que las instituciones corrijan dichas situaciones a la brevedad. Siguiendo a Adriasola, cuando el derecho a la objeción de conciencia colisiona con el derecho de la usuaria a la prestación, ésta última no puede sucumbir. Según explica, la convocatoria por parte de una institución a médicos no objetores es legítima. *"El empleador puede contratar personal con la condición de que no sea objetor de conciencia, en tanto ello no afecte a otros colegas y es más, tiene la obligación de hacerlo para poder cumplir con una prestación"*. Considera además que es responsabilidad de la institución contar con médicos no objetores, y que solo en caso de imposibilidad insalvable de contar con estos profesionales deberá concretar acuerdos eficaces con otras entidades que permitan prestar el servicio. (Adriasola, 2013; 53)

En el departamento de Paysandú, no existe unanimidad de objeción pero la situación es igualmente muy compleja. Del total de profesionales de ginecología, solamente 2 realizan la atención en aborto, todos los demás se declaran objetores. Tanto ASSE como COMEPA emplean a dichos profesionales y en ambos casos se da la situación de que sólo uno realiza la etapa IVE 3, mientras que el otro lo hace sólo cuando el primero se ausenta por motivos de licencia o enfermedad. En situaciones en las que ninguno de los dos ginecólogos esté disponible para realizar abortos, a las usuarias se les cubre el pasaje para su traslado a Salto, debiendo recorrer una distancia de 120km. Antes de que hubiera una profesional de ginecología no objetora en Salto (en ese departamento la totalidad de los ginecólogos son objetores por lo que se ha establecido que una ginecóloga no objetora viaje desde Montevideo para realizar la prestación), las usuarias eran derivadas al Hospital Pereira Rossell de Montevideo, permaneciendo internadas hasta comprobar que el proceso de aborto se hubiera completado.

Los altos niveles de objeción, además de generarles inconvenientes a las mujeres, resultan un obstáculo para el sistema en sí. Las derivaciones en muchos casos generan saturaciones en los servicios receptores. Este monitoreo revela que en Fray Bentos se dan situaciones en las que la demanda de IVE en el prestador público supera la disponibilidad del servicio. En su caso, además de recibir derivaciones de Young, se reciben también de otras localidades, entre ellos de Mercedes. En esos casos también se han tenido que derivar al Hospital Pereira Rossell en Montevideo.

Por otra parte, este tipo de resolución del tema de la objeción dificulta la calidad de la atención. Por ejemplo, se ha visto que en algunos casos, a causa de las derivaciones se generan dificultades para el seguimiento de las usuarias. De acuerdo a lo relevado en Young, se generan dificultades desde el prestador público para realizar

seguimiento a las usuarias luego de su derivación a Fray Bentos por lo que no siempre está asegurada la consulta de control y asesoramiento en anticoncepción que se realiza en el post aborto (IVE 4).

Asimismo se dan situaciones en las cuales los prestadores no cuentan con otras filiales a las cuales enviar a las usuarias, por lo que deben recurrir a otros prestadores. En Young, el servicio mutual CAMY debe realizar la derivación a AMEDRIN. De esa manera, se obliga a las mujeres a atenderse en una mutualista distinta.

Dadas las consecuencias que trae aparejado los altos índices de objeción de conciencia a nivel territorial, resulta fundamental investigar cuál es el motivo que se encuentra por detrás de los números. Una de las razones posibles detrás de las falsas objeciones es el estigma hacia los profesionales que realizan dichas prestaciones, tema que se profundizará más adelante en el documento. Lissa H. Harris ha trabajado sobre los efectos del estigma en la objeción de conciencia y destaca que este factor es una razón importante por la cual algunas personas no quieren prestar los servicios de aborto. Según entiende, esto constituye un elemento importante ya que *"Mientras que la conciencia amerita protección legal, la estigmatización no. De hecho, los estigmas son la antítesis de lo que la ley debería proteger en la medida en que tienen que ver con la deshumanización y, finalmente, con la discriminación."* En ese sentido, plantea la necesidad de contar con un sistema de rendición de cuentas mediante el cual se pueda establecer la diferencia entre la objeción basada en la conciencia y la objeción basada en otros asuntos (Harris, 2014).

MYSU sostiene la idea de que la objeción de conciencia debe ser regulada, estableciendo un marco que permita distinguir a los objetores de los "pseudo objetores". Si bien han habido avances desde el MSP, por ejemplo, al pedirle recientemente a las instituciones de salud la nómina de objetores, es importante la creación de un tribunal ante el cual los profesionales que quieran ampararse en este instituto deban fundamentar su decisión. Esto permitiría avanzar en cuanto a que los motivos de la objeción se correspondan con el espíritu de la ley. Por otra parte, de cara a garantizar el acceso a la prestación sin dificultades, el SNIS debería promover que (por lo menos en el sistema público) las instituciones contraten ginecólogos bajo la condición de que no sean objetores, hasta tanto no esté garantizado el servicio.

Como afirma Coppola, el derecho a la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y por tanto no es equiparable al derecho a la asistencia médica. *"Siempre que sea posible deben preservarse ambos y garantizar la asistencia por el resto de personal de salud, pero en caso de que esto no sea posible (...) prevalece el derecho de la paciente"* sostiene. (Coppola, 2013; 38). En esa línea Cook R.J; Arango Olaya, M. y Dickens, B. M., afirman 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."* (Cook, R.J; Arango Olaya, M. y Dickens, B. M., 2009: 4).

La Ley de IVE significó un avance para el campo de los DSR, de todas maneras para su correcta implementación es necesario abordar la problemática asociada a los altos porcentajes de objeción de conciencia. Para tal fin, es posible apoyarse en los tres enfoques que plantea Alegre para abordar este tema. Uno es aquel que se podría llamar liberal clásico o libertarista, que siguiendo la lógica del mercado apunta a la desregulación. En ese caso el profesional puede negarse a cumplir con sus deberes profesionales no teniendo que dar explicaciones. Un segundo enfoque planteado, llamado de derivación, obliga a los profesionales a derivar al paciente a otro profesional o servicio, con el problema de que presupone que el acceso está garantizado. Este segundo enfoque sería el que rige actualmente y que como hemos visto, demuestra sus limitaciones. Por último, Alegre presenta el paradigma de la igualdad o de los derechos humanos. El mismo da prioridad al acceso a los servicios de salud, haciendo énfasis en la necesidad de que los profesionales cumplan con sus obligaciones como el correlato razonable del privilegio de ser universitarios profesionales. Según se indica, en el marco de este paradigma existen limitaciones a la objeción de conciencia. *"Se vuelve aceptable que el estado contrate prioritariamente a profesionales no objetores, por lo menos hasta que estén garantizados los servicios. Se vuelve aceptable que*

exista registro de objetores, que esos registros sean accesibles, que exista una audiencia previa para acceder a esos registros, para descartar que los profesionales quieran transformarse en objetores en base a prejuicios o a errores” (Alegre: 2014; 20-21)

Los monitoreos de MYSU han mostrado que la objeción de conciencia tal como está planteada representa tanto un obstáculo tangible como intangible. El mismo, agrega dificultades a una situación que en si misma implica varias complejidades. En muchos casos significa retrasar o hasta mismo negar los abortos, reforzar la estigmatización y/o aumentar el sufrimiento de las mujeres. Asimismo es un elemento importante que induce a muchas mujeres a mantenerse en el sistema clandestino. Por lo tanto representa una vulneración de derechos, a la vez que sobre carga a los profesionales que sí lo realizan, así como al sistema en general.

**EXPERIENCIAS Y PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS
SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**



El presente capítulo abordará el análisis de las percepciones y experiencias en relación a los servicios de SSR, relevadas a través de entrevistas a mujeres entre 15 y 49 años con cobertura de salud en instituciones de los tres departamentos estudiados. Se registraron percepciones positivas y negativas de usuarias para la mayoría de los servicios previstos por la normativa vigente, siendo un caso particular la atención en Violencia Basada en Género debido a la falta de conocimiento sobre este servicio.

En general las valoraciones positivas se remiten a la comparación entre las situaciones antes y después de aprobados los cambios normativos y a la incorporación de las prestaciones de la canasta de SSR¹⁵. Por su parte, aún en los casos de valoración general positiva sobre los servicios, se reconoce la existencia de problemas o fallas.

LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las mujeres no poseen un conocimiento adecuado acerca del concepto de SSR lo que dificulta que puedan formar un discurso integral que tome en cuenta sus distintos componentes y su inter-vinculación. Tener una mirada integral acerca de la SSR posibilita hacer un mejor uso de los servicios y prestaciones del sistema de salud. Además, brinda herramientas para enfrentarse a situaciones en las cuales el sistema pudiera estar fallando o incumpliendo aquello que la ley exige. En este sentido, estas dimensiones sirven de base para valorar el grado de ejercicio de los derechos.

En términos generales las usuarias entrevistadas remiten a distintas fuentes de información sobre las prestaciones existentes en SSR, aunque la mayoría expresa que no son los servicios de salud la principal referencia. En general es a través de los medios de comunicación, de los entornos familiares o de amigos, por internet, organizaciones sociales u otras instituciones públicas no vinculadas específicamente al ámbito de la salud, que obtienen información sobre estos asuntos.

La limitación a la hora de identificar la SSR aparece ligada a un discurso del desconocimiento, y algunas mujeres admiten no conocer sobre el tema.

La escasez o falta de información señalada, es tanto sobre los servicios existentes como de las medidas de prevención, diagnósticos y tratamientos.

"Alguna charla en el liceo en algún momento y después por ahí en la calle que te daban algún folleto o cuando vas por ejemplo a [mutualista privada] o por ahí que hay folleto o algo y los ves pero mucho más tampoco" E. 16.¹⁶

"Mal, en cuanto a la información por lo menos, mal. Tendría que haber un lugar que te informen, no sé si lo hay. (...) Me parece que no, no te informan mucho. Yo por ejemplo no sé cómo es el tema del aborto que es legal y todo... No sé cómo es. Lo del VIH por ejemplo, eso tampoco" E. 17.

"Los médicos de acá no son de dar información (...) Ahora, últimamente creo que yo y unas cuantas personas nos informamos más por internet que por lo que te dicen los médicos" E. 21.

Este discurso del desconocimiento engloba varios problemas para las mujeres. El "no sé" se pone en el centro de las respuestas y aun cuando no lo expresen de ese modo, los silencios o el pedir explicaciones sobre lo preguntado lo dejan en claro. A veces son los términos los que no conocen, a veces confunden significados.

15 Con la ley N° 18.426, el decreto que la reglamenta (N° 293/010) y la Guía para la implementación de la atención de la Salud Sexual y Reproductiva en las instituciones prestadoras de salud, del MSP (2010).

16 Entrevista, 16. Está será la nomenclatura a utilizar para mencionar el o la entrevistada/o.

En otros casos, producen afirmaciones incorrectas que atentan contra el pleno ejercicio de los derechos. Las mujeres identifican ese mismo problema. Les preocupa no saber, no entender qué está fallando y lo más grave, temen que eso incida en su capacidad para exigir determinadas cosas.

"Falta mucho saber a la gente, falta mucho educar a la población. Yo veo que sigue costando el tema de abrirse, de hablar, y es un trabajo muy difícil y que lleva mucho tiempo. Pero me parece que en todos los aspectos (...) falta educación de la población". E. 49.

"No conocemos mucho de todo esto. Conocemos muy poco y hoy por hoy le damos, hablando vulgarmente, muy poca bolilla en verdad". E. 9.

"Si la persona a veces es ignorante en lo que te corresponde, en lo que tiene como derecho, como que la atención que se le da, de parte de los ginecólogos, de parte del obstetra, en el caso de cuando van a hacerse los estudios y eso, no es el mismo del que se le da a una persona que sí conoce sus derechos y que sabe que puede reclamar por tal cosa, por tal otra". E. 39.

El papel de los servicios de SSR (y de los servicios de salud en general) para combatir estas dificultades es sin dudas crucial. Si los servicios no brindan las herramientas necesarias a las usuarias, ni la información suficiente, correcta y en profundidad, será complejo que las mujeres incorporen cabalmente un concepto integral e integrado de SSR. El hecho de que las mujeres no logren asociar el concepto a los servicios y muchas veces no tengan idea de su existencia complejiza aún más la situación, ya que el acceso de las mujeres a estos se hace aún más esquivo.

Este discurso antes identificado convive, extrañamente, con un discurso completamente opuesto y contradictorio de que la información, lejos de escasear, es la norma. A la hora de hablar de aborto, de anticoncepción, de VIH o de violencia doméstica y sexual en ocasiones aparece un discurso acerca del amplio conocimiento de los derechos y de acceso a la información disponible.

Una frase recurrente en las mujeres al pararse desde esta perspectiva es la de *"todas sabemos sobre esto"*. En este sentido, mientras el discurso del desconocimiento denuncia la falta de información como un problema del sistema, este otro discurso responsabiliza a la usuaria (y por extensión, al usuario también) por la falta de conocimiento, ya que la información "se encuentra disponible", sobre este punto se volverá específicamente en el capítulo sobre estigma.

Lo antes mencionado se evidencia aún más a la hora de conceptualizar la anticoncepción. Independientemente de si los discursos de las mujeres están fundados en información errónea (la idea de que las ligaduras tubarias son reversibles, que el DIU es un método anticonceptivo irreversible o que las adolescentes no pueden usarlo, por ejemplo), el concepto de que todas las personas tienen un conocimiento total sobre la anticoncepción es algo prácticamente unánime.

Una visión similar se plantea a la hora de hablar sobre VIH. Se entiende que la información es accesible a todas las personas y por ende quienes se infectan lo hacen por exponerse a los riesgos. No se infectan con VIH por no saber, lo hacen por "no tomar conciencia". Aquí la responsabilidad recae enteramente en las personas.

"VIH, es una responsabilidad digamos, porque ta, tenés los métodos para cuidarte (...) y toda la información y eso, se brinda en el liceo y a través de los libros" E. 33.

Cuando los discursos entran en tensión, usualmente sobre el final de la entrevista, es habitual que las mujeres maticen su postura. En lugar de afirmar que *"todo el mundo sabe todo"*, o que *"todo el mundo sabe poco o nada"*, se plantean por qué existiendo información en abundancia las personas no tienen acceso o no la tienen en

consideración. Usualmente la mirada vuelve a los servicios, aunque sin abandonar la visión de que los usuarios y usuarias tienen cierta responsabilidad. La conclusión suele ser que para que exista un acercamiento entre usuarias y servicios resulta crucial que haya esfuerzos de ambas partes. Las usuarias deberían mostrar mayor receptividad, mientras que los servicios por su parte deberían realizar más campañas de difusión, haciéndose más visibles.

Por su parte, algunas entrevistadas reconocen la existencia de un proceso de mejora con respecto a épocas anteriores. Encuentran que la información es más accesible y que ha habido esfuerzos por parte de los prestadores por mejorar la difusión.

"Yo creo que acá la mutualista privada ha avanzado muchísimo, este... Yo que llevo a mi hija más chica ahora, yo observo la cartelería que tiene la mutualista por ejemplo y tiene muchísima folletería de información sobre todo en policlínica adolescente todo lo que es prevención, información, los grupos que hay terapéuticos, o información adolescentes que antes no existía... Yo creo que ha avanzado en eso, que ha avanzado muchísimo y se ve" E. 11.

"Yo creo que está muy bien. Se brinda la información necesaria (...) Creo que en eso ha avanzado muchísimo más" E. 34.

La difusión de información en SSR es identificada como producto del esfuerzo de instituciones educativas, sociales y de los profesionales de la salud.

"Te informan bastante, sí. Sobre el aborto y eso, bastante con la ley esta que vino (...) para los adolescentes es bastante amplio, y en el liceo o los padres... por todas las charlas que hemos tenido en el liceo siempre han sido médicos que los llamamos, o le pedimos un servicio y ellos acceden" E. 33.

"Lo de anticoncepción como te digo, sé que todos los años hacen una charla en UTU y el liceo, donde van ginecólogos y van (...) Tanto en la escuela, en la escuela también, digo... E. 49.

De los relatos no puede identificarse si los dispositivos de información obedecen al cumplimiento de las directivas sanitarias¹⁷, son producto de iniciativas aisladas o incluso iniciativas individuales.

EL (DES) CONOCIMIENTO SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En 2013, el estudio realizado por MYSU a nivel nacional a mujeres uruguayas de entre 15 y 49 años exploró el conocimiento e identificación de los DSR por parte de las encuestadas. Frente a la pregunta *"Existen una serie de derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción, denominados 'Derechos sexuales y derechos reproductivos', ¿ha escuchado hablar de estos derechos?"*, sólo un 57.5% de las mujeres respondió afirmativamente. Según distintas variables se observó que: *"las adolescentes son las que menos conocen la existencia de leyes (32%), frente a las más añosas (54%)"*, y que existe una diferencia de casi veinte puntos porcentuales entre las mujeres con enseñanza primaria (44.5%), frente a las universitarias (63%). A su vez, se observa un mayor conocimiento en las residentes en Montevideo en comparación con las mujeres del interior, así como las que cuentan con cobertura mutual frente a aquellas afiliadas en ASSE (MYSU, 2013a: 52).

17 El inciso f de la sección "Cometidos del Equipo Coordinador de Referencia" de los Servicios de SSR de la Guía del MSP, reza: *"Promover acciones y actividades intersectoriales e interinstitucionales para promover los derechos en SS y SR y las acciones al respecto, incluyendo la articulación con organizaciones territoriales gubernamentales y no gubernamental"* (MSP, 2010)

En cuanto al conocimiento sobre la normativa vigente sobre DSR dicho estudio identificó que *“apenas la mitad de las mujeres conocen la existencia de los marcos normativos que protegen y garantizan estos derechos, mientras que un tercio de ellas los desconoce y un 15.6% responde no saber”* (idem).

El no poder identificar el término “DSR” supone una barrera en la búsqueda del *“reconocimiento de los derechos que favorece los procesos de apropiación subjetiva, ejercicio y exigibilidad de los mismos”* (ibidem, 51).

En las entrevistas realizadas para el monitoreo de los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano se observó un preocupante grado de desconocimiento de los DSR, así como una baja identificación del término.

“[Sobre los DSR] No sé. Tampoco quiero decirte cualquier incoherencia” E. 27.

“[Sobre normativa en materia de SSR y DSR] Sí hay una pero no me acuerdo, porque la tratamos justo en el curso de... Me parece que se refiere más a la información y eso, pero no estoy muy segura” E. 42.

En los casos en los que se dijo conocer el término, fue frecuente la identificación de los DSR con derechos de las mujeres. Esto refleja el rol reproductivo asignado a las mujeres, y no así a los varones. Supone una exclusión de estos últimos en los temas referidos a reproducción, así como desatiende sus propias necesidades en SSR. Tal como plantea Cook (2005) *“en algunos aspectos de la salud reproductiva en los cuales la responsabilidad es compartida entre el hombre y la mujer, la carga recae especialmente sobre las mujeres por razones biológicas y sociales”* (Cook et al 2005:13).

“Que me parece que los derechos sexuales y reproductivos tienen mucho que ver con la elección del sexo y el tema de la reproducción también, sobre todo muy vinculado a la mujer” E. 23.

“Derechos sexuales y reproductivos (...), no sé, los derechos que se conocen de la mujer” E. 38.

“[Sobre DSR] Y el derecho que tiene una mujer a tener un hijo o (...) a practicarse un aborto en condiciones humanas” E. 34.

El modelo hegemónico de masculinidad enmarcado en políticas educativas y sanitarias sexistas no solo afecta el interés de los varones por su propia SSR, sino que además promueve comportamientos sexuales de riesgo y baja asunción de responsabilidades reproductivas (MYSU, 2013c). Este comportamiento afecta en igual medida a la SSR de las mujeres. En la búsqueda de promover esta dimensión, los varones podrían compartir *“la responsabilidad frente a la planificación familiar utilizando métodos masculinos, apoyado a su pareja en la utilización de anticoncepción femenina y en la decisión sobre el tamaño apropiado de la familia, adoptando una conducta sexual responsable, incluyendo la utilización de condones para proteger a su pareja”* (Cook et al 2005:15).

CUANDO EL SABER ES PODER

El estado uruguayo asumió el compromiso de: *“Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respecto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho*

a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y reproductiva"- Consenso de Montevideo¹⁸ (CEPAL, 2013: 46).

La idea de promover y difundir derechos parte de la concepción de que una ciudadanía informada es una ciudadanía con poder. Así, cuando se habla de los DSR la necesidad de información y conocimiento para ejercerlos efectivamente se constituye como un elemento fundamental.

Una mujer entrevistada refleja esta idea: a más conocimiento de los derechos adquiridos, mayor posibilidad de exigirlos.

"Si la persona a veces es ignorante en lo que le corresponde, en lo que tiene como derecho (...) no es el mismo [trato, posibilidades], de que se le da a una persona que sí conoce sus derechos y que sabe que puede reclamar por tal cosa, por tal otra. Exige, puede exigir porque sabe lo que le corresponde" E. 39.

Ciertamente, si bien las entrevistadas en su mayoría no construyen de forma tan abstracta los beneficios de conocer sus derechos, en la práctica su conocimiento les permite identificar cuando sus derechos son vulnerados.

"Supuestamente hay una ley que es para que ginecólogos tienen que darte rápido. Eso no se cumple" E. 12.

"[sobre el protocolo de atención a la mujer embarazada del MSP] Yo no lo conocí, lo conocí ahora porque una amiga me lo paso y hay un montón de cosas que una no tiene ni idea y que a veces vas y en el momento del parto lo hacen. No tienen por qué hacerlo, si querés caminar y tenerlo parada lo puedes hacer, ¿no? Como que pesa más la comodidad del médico que el de la mujer y tendría que ser al revés, es la mujer la que está pariendo" E. 1

Desde el conocimiento se puede exigir el cumplimiento de los DSR y reclamar el buen trato por parte de profesionales y funcionarios.

"Todas tenemos derechos a ser atendidas bien, uno de los derechos es poder elegir tanto embarazarse o no, cuándo seguir con un embarazo o no, el parto... Hay que evitar, muchas veces hay una violencia que es obstétrica, a veces las personas que atienden el parto se consideran que son las que saben que tienen que, no pueden ver como que la mujer tienen un objeto ahí que pare, y punto, y se olvidan que tienen derechos" E. 59.

"[Tengo derechos] al embarazo y al parto. Tengo mis recelos también con esto, ¿no? Porque yo digo: me tiene que tocar alguien que tenga la sensibilidad, que tenga un poco de humanidad (...). Tengo como cierto miedo a esta parte de cómo te van a atender. (...) Sí, más que nada me parece en la parte del parto, Si van a respetar el derecho del padre de asistir al parto, si te van a tratar bien" E.13.

A su vez, esta capacidad de exigir representa la oportunidad de una buena atención desde los centros de salud.

"[Sobre la atención en salud] Buena porque yo soy medio de exigir mis derechos, tendría que ser buena por eso" E. 13.

"No, no, no [se cumplen siempre los derechos en el centro de salud]... Y si no se cumple algo voy a patear para que se cumpla" E. 11.

En otro sentido, la obligatoriedad de la realización de exámenes o estudios impuestos por las autoridades sanitarias se percibe como una acción favorable para "el cuidado de la salud" y no como una acción tutelante que avasallaría la autonomía y la libertad de decisión sobre el cuerpo, desde una perspectiva de derechos. La

18 Párrafo 34 de la sección D6.

obligatoriedad de los exámenes del papanicolau(PAP) y de mamografía, se entiende como positiva afirmando incluso alguna de las entrevistadas que, de otra forma, las mujeres no se los realizarían. Algunas incluso ven como un derecho el que los exámenes sean obligatorios.

"Antiguamente las mujeres íbamos cuando ya tenía un síntoma muy malo y ahora vas a la atención de salud y te exigen la mamografía. Es una forma que vos tenés derecho a un control que capaz si no te lo harías, una forma de obligarte pero está bueno" E. 2.

"Si bien me parece que hay carencias se ha mejorado en la parte de que sea obligatorio el PAP y que tengas derecho a hacértelo" E. 28.

En ocasiones se tiene mayor conocimiento de las obligaciones que de los derechos.

"En la mujer es cáncer de útero. No sé qué derechos podés tener, no conozco. O sea, sé lo que es, y que hay que hacerse controles, más que nada en las mujeres el cáncer de mamas" E. 45.

Sin embargo pocas reclaman el derecho a la información sobre efectos nocivos de estudios como la mamografía, así como pocas se reconocen con el derecho a decidir no realizarlas y poco cuestionan el que se haya convertido en una obligación para obtener el carné de salud laboral o el de estudiante.

"A veces pienso que la mamografía es algo exagerada. He leído algo ahí pero no mucho, no tengo mucho fundamento, tendría que investigar más. No sé, a veces me parece que es más nociva la radiación y todo eso que capaz te hace mal" E. 22.

"Mira, ahora con el tema de la mamografía he estado leyendo que no es buena la mamografía por el tema de la radiación. Y bueno, y ahora voy a hablarlo con el ginecólogo porque claro, decían que hacerse la mamografía tan seguido puede generar... Y ta, voy a ver qué decido, porque no es lo mismo mamografía que ecografía. Y ahí puede ser" E. 41.

La culpabilización a las mujeres es otro elemento que se destaca y muchas las perciben tanto desde la sociedad en su conjunto como desde los servicios de salud, a través de sus profesionales médicos y desde el personal en general. Las campañas de sensibilización se transforman en mandatos a cumplir por las mujeres y no en medios de transmisión de mensajes sobre el derecho a decidir. Las campañas sobre amamantamiento son un ejemplo o el cuestionamiento a la solicitud de cesárea, otro.

"Que hubiera un derecho que contemplara la manera en que vos querés que nazca tu hijo. Eso sí me parece súper importante. Porque como que hay como una sobrevaloración del parto natural ¿no? Y la culpabilización de la mujer que no llega al parto natural. Es como que si parís por parto natural sos como una diosa y está súper valorado (...) Y cuando es por cesárea, o sea como que... 'Ah, bueno, no la tuvo porque es una jodida'" E. 32.

"Para la lactancia, para amamantar. Me parece que a las mujeres como que no se les... Si deciden no amamantar, como que no se las respeta. A veces pasa que estás súper convencida de que vas a amamantar y orgánicamente a veces demora, o no podés. Pero me parece que acá no está la opción de que vos digas 'no quiero amamantar'. Es tan grande el machaque y el este... Es como que si no das la teta, como que sos la peor (...). Me parece que eso es un derecho, que si vos no querés, no querés; que se debe respetar" E. 32.

"Ta bien la campaña que tenés que darle pecho, pero no corre por todas las mujeres, hay gente que yo sé que no da pecho porque no quiere, pero hay gente que quiere y no puede como yo, entonces me agarre un estrés" E. 22.

Como plantea *The Boston Women's Health Book Collective* (2000: 306): "Seamos ricas o pobres, casadas o solteras, con muchos amantes o fieles a una pareja, amas de casa o trabajadoras fuera del hogar, con o sin hijos,

todas tenemos cuerpos hechos para crear vida y todas vivimos bajo reglas sociales que tratan de controlarlo supuestamente para el beneficio de la sociedad".

CIUDADANÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Muchos de los relatos de las mujeres entrevistadas dan cuenta de situaciones de vulneración de derechos ante diversas necesidades asociadas a la vida sexual y a las decisiones reproductivas pero no siempre en dichos relatos hay conciencia de los derechos que fueron vulnerados o de cómo proceder ante esas vulneraciones que se registran en los servicios de salud.

"Tendrían que brindar más información con algunos temas, ser más accesibles. (...) El tema este del aborto, de la violencia sexual, informar... por lo que yo leí se pueden hacer denuncias en caso de que te traten mal cuando vas por el parto, y eso que es lo que suele suceder" E. 8.

"Concientizar para que se cumplan los derechos. Soy una mujer adulta que no soy consciente de los derechos sexuales y reproductivos que tengo, ¿por qué? Soy docente, soy profesora de biología, ¿por qué? Me parece que no es mi culpa, mucho. Tampoco nosotros salimos en la búsqueda, ¿no? Pero me parece que podrían hacernos llegar esa información importante" E. 55.

El ejercicio de derechos sexuales y reproductivos no se encuentra incorporado como una dimensión de ciudadanía, y desde el sistema de salud y en la atención que brindan los profesionales no se promueve ni respeta dicha dimensión. En numerosas ocasiones se fomenta la subordinación ante el mandato médico y las políticas de salud se conciben en base a obtener el disciplinamiento y la obediencia por parte de la población usuaria.

Los mecanismos de denuncia ante situaciones de maltrato no están debidamente aceitados y cuando se registran no siempre se obtiene respuesta o reparación ante la vulneración de derechos constatada. Existe el miedo y la percepción de represalias si se denuncia al centro de salud o la actuación de un profesional. En general las mujeres entrevistadas dijeron sentirse desalentadas a reclamar ante malos tratos, deficiencias en la atención o respuestas inadecuadas ante sus reclamos.

"Uno va, está 3 horas haciendo una cola para que te sellen la receta, para hacer otra vez otra cola de 2 horas para levantar los remedios. Y te atienden... Están tomando el cafecito, mirando para arriba o en el facebook en la computadora, y uno esperando en la cola. Y si le llegás a decir algo, si por favor te atienden, tenés que aguantarles la boca y quedarte callado, porque la próxima que vayas a sellar, no te atienden" E. 21.

"No hizo denuncia porque muchas veces tienen miedo a represalias. (...) La traté de alentar a que hiciera denuncia pero no. No quiso denunciar. Pero la verdad que es terrible" E. 59.

Los discursos indican que los mecanismos que conocen o buscan para reclamar y hacer valer sus derechos son inconducentes o inaccesibles.

"¿Qué le iba a decir? O sea... Podía decir, hay un libro de quejas, ¿quién ve el libro de quejas? ¡Nadie!" E. 10.

"Una vez quise hablar con el director del Hospital, no me acuerdo por qué fue... Ah, por eso, por la atención de los que te atienden para sellar las recetas y eso. No, nunca pude. Otras veces estaba ocupado, o no estaba. Entonces no fui más" E. 21.

Hacer que los derechos sean respetados es percibido además como algo costoso en términos personales. Las palabras "lucha" y "pelea" o "insultos" aparecen varias veces para describir las dificultades o imposibilidades para recibir un trato respetuoso.

*"Y lamentablemente, nosotros nos dimos cuenta que si vos no peleás y no sabés de tus derechos, te pasan por arriba"*E. 18.

El nivel cultural y socioeconómico es identificado como un diferencial en el trato que se recibe en los servicios.

*"[En el tema atención al embarazo y parto] es según. Acá es mucho según el nivel que vos tengas, el nivel... capaz cultural (...) Si, varía totalmente porque si la persona a veces es ignorante en lo que le corresponde, en lo que tiene como derecho, (...) la atención que se le da, de parte de los ginecólogos, de parte del obstetra, en el caso de cuando van a hacerse los estudios, y eso, no es el mismo, del que se le da a una persona que sí conoce sus derechos y que sabe que puede reclamar por tal cosa, por tal otra. Exige, puede exigir porque sabe lo que la ley, lo que le corresponde"*E. 39.

Además de problemas en la relación profesionales de la salud – usuarias, surgen relatos sobre vulneración de derechos por parte de funcionarios no médicos, algo que también la Ley N° 18.426 de Defensa de la SSR intenta desestimular¹⁹. Las entrevistadas identifican la falta de preparación, capacitación o sensibilidad para trabajar en temas de VBG o IVE, como las situaciones más frecuentes en las que los derechos son vulnerados, pero también la violencia obstétrica.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Un elemento que se repite en muchos de los relatos es el haber sufrido violencia obstétrica. Las experiencias durante el parto muestran que, según la percepción de las entrevistadas, la atención recibida es de maltrato y de no respeto. Desde haber recibido una atención "fría" o "poco humanizada", hasta actos de mal praxis, de iatrogenia médica y/o prácticas invasivas e innecesarias.

*"La atención del parto fue horrible, así como para otra gente fue mala para mí fue horrible, tuve un primero de marzo (sic) que era feriado, a las doce de la noche en un cambio de turno y bueno capaz que me tocó todo lo peor, y digo la atención fue espantosa yo siempre digo. (...) Porque te dejaban sola, no tenían un seguimiento, después que tuve al nene, lo tuve de noche y hasta el otro día de mañana no fue nadie a verme. Yo me acuerdo de eso horrible, me fui a bañar y no había... Te bañabas con un chorro que te quemaba. No puedo decir que nada fue bueno. No andaba nadie y bueno se quedó [mi madre], porque si no, yo me hubiera quedado sola"*E. 3.

*"Estaba re dolorida, y que hubiera mucha gente... A veces había practicantes que no sabían y preguntaban y hablaban ahí en un momento que vos estás que no das más. Incluso una practicante fue, no me acuerdo, que yo ya estaba con la dilatación para tener y había roto bolsa y tenía toda la cabeza y todo ahí, y no me querían llevar a la sala de parto y estaban ahí 'que no, que sí', eran todas practicantes"*E. 17.

Otras, con conocimiento del trato humanizado que debería recibirse no sólo dan cuenta de su experiencia personal sino de la situación de maltrato generalizado.

19 Ley N° 18.426. Artículo N° 2 (Objetivos generales), literal b): "garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias"

"Bueno ahí es donde yo te digo de los malos tratos y todo eso, muchas me han contado malos tratos del personal. Me parece que en ese momento es donde se deberían tener buenos tratos y ponerse en tu lugar también. Un momento importante, que estás nerviosa y se junta todo, y muchas personas he sabido sobre que a veces te dicen: 'Ay, si te gustó hacerlo y ahora tenés problemas.' Cosas así" E. 8.

"Yo por ejemplo que fui madre primeriza no sabía nada cómo era, para mí era algo totalmente nuevo. Y ellas, las enfermeras que son las que siempre están, no te tratan bien." E. 17.

"Mirá, yo pasé mal y me parece que fue negligencia de la doctora, me tuvo 36 horas con contracciones sin dilatación y sufrí muchísimo. Considero que sí, que fue mi primera vez y que no me va a volver a pasar porque soy grande y ya tengo experiencia y no voy a permitir que pase eso de vuelta" E. 28.

Algunas de las entrevistadas manifestaron haber experimentado un sentimiento de abandono durante el puerperio donde toda la atención y preocupación del entorno tanto profesional como familiar se centra en el recién nacido. Se registra que *"el modelo materno infantil institucionalizado en la concepción y en las prácticas de los Centros de Salud, ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias"* (López et. al., 2003: 87).

"Pre parto es espectacular, y después post parto, como que la mujer pasa a segundo plano y ta, está todo pensado para el niño. Yo pienso que la parte psicológica, el apoyo psicológico sería importante que se contemplara también (...) Nace el niño, y como que ta, ya está, (...) Se siente la diferencia. Venís de un control mensual sobre el embarazo, donde te preguntan cómo estás, qué sentís, cómo te alimentás, todo súper mimado, y después que nace se termina" E. 32.

Se registra violencia psicológica durante y luego del parto, especialmente en casos donde las mujeres no se adaptan a los modelos hegemónicos de buena parturienta, puérpera y abnegada madre.

"Yo que estuve con mi hermana, psicóloga también, formada no sé qué, la maltrataban de una manera porque no podía prenderse por ejemplo del pecho y le decían: 'Ah no le quedés dar, no le querés dar teta, ah sos mala ¿no? No le querés dar teta'" E. 13.

"Lo que hay como una fuerte presión acá, que yo la entiendo, es con la lactancia. Es como una fuerte presión. Y yo al principio no... Como tuve cesárea, no fue inmediata, no bajó la leche enseguida. Entonces en ese aspecto... No me hicieron sentir mal, pero yo sé que hay como una presión, hay como en el sistema una presión fuerte con respecto a la lactancia materna. (...) durante todas las charlas de preparación de parto, que empezás en la semana 32 (...) se inculca mucho, se habla mucho sobre las ventajas, sobre los beneficios. Entonces, imaginate, cuando nace [mi hija], yo la primer semana no tenía [leche], entonces era como una doble presión, que no podía alimentarla, que yo sabía que era re importante la lactancia, por lo que implica todo lo que es la alimentación, pero además por el vínculo. Entonces, era como una presión, que en realidad no era explícita, pero yo la tenía re incorporada." E. 30

SOBRE LA LIGADURA TUBARIA

El derecho a decidir de forma libre y debidamente informada sobre los métodos anticonceptivos a utilizar, no siempre está asegurado de acuerdo a la percepción de algunas de las entrevistadas. El procedimiento de ligadura tubaria fue identificado como uno de los que tienen particulares dificultades de concretarse y de ser respetado cuando se solicita. La resistencia de los médicos cuando no acuerdan con la decisión de la usuaria

ya sea por la edad, número de hijos o situación de pareja prevalecen por sobre la decisión de quien lo solicita, estableciendo criterios arbitrarios que revelan un desconocimiento o incumplimiento de la normativa vigente²⁰.

"Es que yo ya quería que me hicieran [la ligadura] porque yo no quería tener más. Ya te digo, yo pasé mal los embarazos, no quería tener más. Y yo ya sabía que era derecho de uno de pedir, cuando uno no quería tener más familia podía pedirlo. Y a mí, los tres ginecólogos de acá, los tres me dijeron que no, que no me iban a ligar." E. 21.

"En la [ligadura] tenés que probar un montón de cosas para que te lo hagan, tenés que probar que tenés muchos hijos, porque no te lo hacen porque quieras" E. 22.

"Creo que no te lo hacen así nomás tampoco, sobre todo dependiendo de la edad de la mujer" E. 47.

"Yo ya sabía que tenía derecho a la ligadura. Y acá en Fray Bentos no me querían ligar. Yo tuve la tercer cesárea y no me hicieron la ligadura. (...) Porque me decían que era muy joven acá, y no me querían ligar. Y yo por más que quería y quería, no, no... Y ahí tenía veinte y pocos, 21, 22" E. 21.

Esto se condice con lo relevado por el estudio de MYSU en Salto (MYSU, 2014a), donde a través de entrevistas a profesionales, autoridades de salud y usuarias se identificó la problemática de la no realización de ligaduras por parte de profesionales frente al deseo expreso de las mujeres.

En otros casos, la ligadura de trompas es vista como necesaria para mujeres que tienen numerosos hijos, entendiendo como deseable tener un determinado número y viendo de forma negativa a las mujeres que superan ese umbral.

En ambas situaciones el derecho a decidir cuántos hijos tener queda relativizado ante el ideal de hijos que debería tenerse de acuerdo a la percepción del profesional actuante y en relación a la edad y condición socio-económica de la mujer usuaria. La mujer con muchos hijos/as, o que no cuenta con la posibilidad de brindarles un cuidado "adecuado" por su situación socioeconómica, parecería no tener el mismo derecho a decidir que el resto de las mujeres.

"Mujeres... muchísimo, que se hayan hecho el atado de trompas, muchas que ya jovencitas han tenido muchos hijos, 25 años o antes de los 30 tienen seis hijos, ocho hijos, siete hijos, si no se lo hacen van a seguir" E. 40.

"Porque hay mujeres que ya tuvieron 5 hijos y 'tamijitaatate las trompas'" E. 2.

"Entonces yo creo que es un derecho como mujer decidir cuántos hijos queremos tener siempre y cuando lo podamos cuidar, ¿no?" E. 14.

En la afirmación de muchos profesionales se destaca que muchas mujeres no deben ser esterilizadas porque después pueden cambiar de opinión y demandarlos, lo cual reafirma el no reconocimiento y relativización de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones. Por tanto se desestima la solicitud de la ligadura o se obstaculiza su acceso.

"Vos el día de mañana cambiás de pareja o llega a pasar algo y vos querés tener un hijo y vos en su momento lo decidiste y ya está y aparte capaz que no hay necesidad habiendo preservativos, anticonceptivos y otras cosas más me parece que no hay necesidad tampoco" E. 16.

20 Actualmente el único requisito para solicitar la ligadura tubaria es que la mujer tenga 18 años o más, no siendo necesario tener hijos. El no respeto a la decisión de la mujer de realizarse la esterilización supone una vulneración de derechos por parte de los médicos tratantes.

Si bien la mujer es vista como sujeta de derechos, no se la considera con capacidad de decidir sobre su vida reproductiva. Se plantea que el riesgo que corre la mujer de arrepentimiento es tan grande que es preferible que no se realicen la ligadura, lo que evidencia la concepción de las mujeres como seres tutelables y limitadas en su capacidad de agenciarse de las decisiones que asumen.

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Los centros de salud no son percibidos por las mujeres como centros de referencia a los cuales recurrir ante situaciones de violencia doméstica o sexual. De las entrevistadas muy pocas identificaron los servicios de salud como lugares a donde dirigirse cuando están sufriendo este tipo de situaciones.

"Yo hacía años ya que venía aguantando y no le podía contar a nadie. Y siempre cruzaba por la terminal, y veía eso que decía, que si precisaba ayuda, que había sicólogo, y todos los días cruzaba y miraba y no me animaba a entrar. Y un día entré. Me asomé ahí, y me empezaron a atender ahí. No sabía a quién ir a contarle o decirle lo que me estaba pasando.[Nunca se le ocurrió ir a un centro de salud] porque tampoco sabía..." E.21

Las usuarias que tienen conocimiento de que los prestadores de salud brindan servicios en VBG tienen distintas críticas a la atención que recibieron. Algunas perciben que los profesionales carecen de la sensibilidad necesaria en el tema para poder apoyarlas.

"¿Violencia doméstica y sexual? No existe. Esto de que los médicos por ejemplo, hay como un formulario ¿no? (...) Entonces el médico te sienta ahí y te dice: '¿vos sufriste violencia doméstica?'. Tiene que ver con la receptividad, es un tema como muy sensible. Por eso creo que el médico tiene que ser como muy sensible también de armar ese... Por lo menos de implementarlo de otra forma, (...) que no sea una ficha más" E. 5.

Esto ya había sido identificado por MYSU en otros estudios: *"Este formulario (el de violencia) no siempre es utilizado, ya que los profesionales de la salud suelen entender que entorpece la dinámica habitual de las consultas o que con la falta de tiempo necesario para desarrollarlo no se puede indagar correctamente en la problemática. Las organizaciones de la sociedad civil suelen identificar problemas con el formulario también, pues no es un instrumento privilegiado para favorecer que las mujeres expresen su situación, en especial al ser un formulario genérico y estandarizado" (MYSU, 2015).*

El desinterés del prestador de salud y la baja prioridad de estas problemáticas en las instituciones tanto públicas como privadas, es también identificado como un problema por las mujeres entrevistadas.

"Hay gente que yo qué sé, le llega una violencia doméstica y enseguida te llama y hay otros que no le dan importancia y le dan de alta y no le dan un pase de equipo de referencia. Y es como todo, en todos lados hay gente como que no está preparada, hay gente que no está preparada pero sabe derivar aunque sea y hay gente como que no quiere nada, lo pasa como un hierro caliente, lo larga y no lo deriva" E. 59.

"El tema de la violencia doméstica si bien cada departamento (...) tiene su servicio y ASSE tiene un protocolo por ejemplo, ¿no? Para seguir situaciones de violencia, yo pienso que se tiene que reforzar, hay muchas cosas hoy que por omisión no se hacen" E. 23.

"Después lo otro, digo, atacar más los temas de violencia doméstica y sexual. Ese es un problemón que estamos teniendo. No dan abasto ni asistentes sociales, ni psicólogos, no dan abasto porque sobrepasa la gente porque hacen un trabajo espectacular acá" E. 47.

En otros casos hubo valoraciones positivas de parte de las entrevistadas percibiendo mejoras en la atención, en la dedicación de algunos profesionales, así como el hecho de que actualmente desde el sistema se indague sobre la problemática. Sin embargo, no se trata de una valoración sobre la atención recibida ante casos de VBG, sino sobre la importancia de que se integre esta problemática al SNIS²¹.

“Yo creo que han mejorado mucho. El tema violencia doméstica antes nadie te preguntaba nada, nadie sabía nada, ahora vos vas y el centro de salud te pregunta de violencia doméstica, y te preguntan si vos conocés gente. Digo, no solo si te pasa a ti, si conocés a alguien... yo en algún momento he mencionado que sí conozco, y ahí te dicen cómo las podés ayudar. Yo he ayudado a una amiga en un caso de violencia y la verdad que no tenía idea ella de cómo salir y bueno tuvo la suerte de salir. Eso ha mejorado” E. 56.

“Es más, hasta he ido por la parte de oftalmólogo y hasta se preocupan si vos sufrís violencia doméstica. Hay una pregunta que te lo dicen. Y está impecable. A las mujeres por lo menos” E. 9.

ABORTO, CONOCIMIENTO DE LA LEY Y LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Cuando a las mujeres entrevistadas se les pidió que nombraran espontáneamente leyes que conocieran en relación a la SSR, la más mencionada fue la de aborto, esto probablemente se deba a la magnitud del debate público que alcanzó su promulgación. Sin embargo, el hecho de conocer la ley no ha significado tener similar conocimiento sobre su contenido y los servicios que creó. Ante la pregunta sobre los procedimientos establecidos para acceder al aborto legal las respuestas indican una importante desinformación.

“Se supone que los médicos deben darte la información como para tratar primero que aceptes a tu hijo. Si no, se procede a realizar el aborto” E. 12.

“Los sicólogos, con todas esas charlas que te dan, supongo que lo que intentan es que no abortes” E. 15.

“Se supone que previamente al aborto vos tenés un psicólogo, pasas por un montón de etapas que vas teniendo charlas, o no sé bien como es, y supongo que por ejemplo, el psicólogo va a ser el primero que va a tratar de evitar un aborto, o sea creo que por ejemplo si hay un psicólogo que es objetor de conciencia, él a toda costa va a decir ‘que no, que no aborte’ pero hay otro que si está de acuerdo le va a dar las dos posturas, las dos posibilidades, no sé de qué manera pero le va a decir, como que la va a convencer de que sí pero también la va a convencer de que no” E. 16.

La desinformación de muchas entrevistadas sobre los servicios que atienden sus necesidades puede deberse a la baja intensidad de las campañas informativas sobre el contenido de las leyes, los derechos reconocidos y los servicios creados. A esto se le suma la desigualdad existente para acceder a la información según edad, nivel educativo y socio-económico. Las respuestas indican otras complejidades ante una práctica que ha sido denostada, perseguida y que continúa siendo condenada penalmente si no se realiza dentro de las condiciones que habilita la ley. La objeción de conciencia es un ejemplo de esta desinformación.

“[La objeción de conciencia de un ginecólogo o ginecóloga] es la posibilidad que tiene para no poder llevar a cabo aborto. (...) No sé si existe [alguno/a en el departamento]” E. 30.

“[Sobre si se atendería con un objetor] no sé si tengo posibilidades de saber si es o no es” E. 5.

21 Desde el 1° de enero de 2011 es obligatoria la aplicación del formulario en todas las consultas a mujeres entre 20 y 45 años.

Entre las usuarias que tenían conocimiento de lo que es la objeción de conciencia (y para aquellas que no, pero que en la entrevista se les explicó), las opiniones son divergentes. Algunas consideran que es un derecho del profesional, y que resulta positivo en el sentido de que no sería bueno para las usuarias que desearan atenderse por IVE, hacerlo con un profesional que se opusiera al procedimiento. Por otro lado, hay usuarias que también consideran que la objeción puede ser un derecho, y manifiestan su acuerdo en que exista, pero al mismo tiempo entienden que el derecho a la IVE debe ser garantizado para las usuarias que quieran ejercerlo.

"Yo creo que como uno tiene derecho a decidir, los médicos en su profesión también. Si son sus principios y sus pensamientos (...) peor que lo hicieran obligados me parece a mí, porque si vos vas y te dan una charla obligada o lo que sea, no va a ser lo mismo. Inclusive creo que también digo, en esa postura ellos defenderían lo de ellos y bueno, y te tratarían de convencer de algo que capaz bueno no es tu decisión. O sea yo creo que si ellos no están de acuerdo, no tendrían que participar" E. 3.

"Ya hay una ley que resguarda y garantiza eso [el derecho a abortar]. Por eso me parece que debería aplicarse. (...) al ser poca población, yo creo que hay mayor control social. Entonces, eso hace que si hubiera acá, como un efecto contagio, que algunos digan "no", y otros también. Me parece que no debería ser así [poder objetar], que si es parte de un derecho, habría que cumplirlo" E. 30.

"Si todos aprendemos desde chicos que las leyes son para respetarlas, que todos somos iguales ante la ley, todos tenemos que cumplir los derechos de los otros y demás, y cuando vos estudiás la profesión... No sé, yo estudié abogacía, a mí no es que me encante digamos, hacer, no me encantan las riñas ni disputas y no por eso voy a dejar de tramitar un divorcio por riñas y disputas. Me parece, lo solicita la persona. Si no lo quiero hacer no debería haber estudiado abogacía... ¿no?" E. 53.

Otras expresaron puntos de vista más cuestionadores sobre la validez de la objeción de conciencia.

"La verdad que, eso es algo medio personal. Con el médico y con la clínica tendrían que tener... No sé si la clínica está de acuerdo que un ginecólogo o ginecóloga tiene que cumplir el rol de hacer un aborto. Ahí la que manda es el dueño de la clínica, y si el médico no está de acuerdo o lo tendrán que suspender o lo tendrán que echar o si no poner a alguien en su lugar" E. 19.

Cuando se indagó si se atenderían o no con un médico objetor, las respuestas fueron variadas.

"No tendría problema [en atenderse con un objetor]. Si necesito otra cosa me atendería con otro (...) No creo [que cambiaría la atención]. Es un tema muy puntual eso" E. 31.

"No estoy a favor, me parece que un ginecólogo es una persona y tiene derecho a decir que no lo quiere hacer, me parece perfecto.(...) Puede ser que capaz puede que[un ginecólogo objetor] luche para que no lo hagas. Pero en el caso del que yo conozco no cambiaría en nada, o sea, él simplemente no lo hace porque no le gusta, pero te aconsejaría como cualquier otro me parece" E. 45.

Para las que consideraron que no se atenderían, las ideas de miedo y falta de confianza aparecieron como los principales motivos.

"No [se atendería con un objetor, porque] (...) me da miedo" E. 6.

"... Si me enterara, por ejemplo, que es objetor, creo que cambiaría la confianza que yo le pueda tener" E. 32.

"Creo que me daría miedo (...) porque creo que no sería bien visto. No estoy segura de la confidencialidad. Ya te digo es de prejuicio porque no sé, no estoy segura si me sentiría por ejemplo, contenida o protegida. No sé." E.32.

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

La relación médico-paciente ha estado mediada por múltiples asimetrías que la convierten en una de las expresiones de la desigualdad entre las personas y de género, en tanto relaciones inequitativas de poder. En el campo de la SSR esta relación de poder adquiere especial significado del control de la sexualidad y del cuerpo femenino. A las desigualdades de clase y de género, se suma el valor del conocimiento científico por sobre toda otra forma de saber y el lugar del disciplinamiento arraigado en la práctica médica frente al reclamo de la autonomía y libertad del derecho ciudadano.

Las opiniones y experiencias de las entrevistadas dan cuenta del sentimiento de subordinación e impotencia ante el discurso médico y el de desvalorización por parte del saber médico frente a una opinión divergente o conducta exigente y "no paciente" de quien consulta.

"Yo le digo, yo no estaba embarazada. Entonces dice 'sí, porque no se qué', cosa que yo le decía que no. (...) Cuando vuelvo de vacaciones, tenía hora con mi ginecólogo (...) y me dice: 'sí, tenías razón, vos no estabas embarazada'" E. 18.

"Yo no podía darle pecho, yo lo llevaba para que me dieran el complemento y la doctora no me daba porque decía que yo tenía que tomar tres litros de agua para tener leche y yo tomaba horrores y no me salía la leche" E. 14.

Muchas de las normas establecidas, enfatizan el poder del control médico y fortalecen su intervención disciplinante como garantía de sabiduría en las decisiones sobre la vida y la salud de las personas. Este paradigma si bien ha sido cuestionado y se procura que la salud sea entendida como un estado de bienestar sustentado en la concepción de derechos humanos, aún conviven formas desiguales y antagónicas de relacionamiento entre el personal de salud y las personas como portadoras de derecho.

"Acá (...) generalmente los médicos no te hablan, no te cuentan, no te dicen. Uno tiene que estar preguntando, exigiendo, porque si no te cambian de conversación, o están atendiendo el celular. Los médicos de acá no son de dar información.

(...) Prácticamente todas las consultas es común también que te atiendan rápido, ¿viste? Y no te explican, no te dicen nada, y te dan el remedio y chau: esa es una atención común. No hay una atención especializada, como dicen a veces, no hay" E. 21.

Contar con información basada en evidencia mejora las capacidades para tomar decisiones. Desde la generación de datos que permitan evaluar las políticas y realizar las correcciones que permitan mejorarlas, hasta la difusión de los servicios para que las personas tengan acceso a los recursos para efectivizar sus decisiones, acceder al conocimiento y a la información es clave para el desarrollo de una ciudadanía activa en derechos.

"A veces frente al médico te sentís que no sabés nada de lo que te pasa o te sentís ignorante en ciertas cosas porque él tiene... Él sabe cosas que vos no, y esas cosas que él sabe y vos no es respecto a tu cuerpo" E. 1.

La falta de actitud de escucha y respeto al saber de las personas por parte de los profesionales de la salud se agrava con la falta de tiempo suficiente para las consultas y las condiciones adecuadas para realizarlas.

"El médico no te brinda toda la información, porque está apurado, porque tiene una cesárea. 'Y bueno, dale, dale mija que me tengo que ir'" E. 38.

"Fui, y yo contenta de que había quedado embarazada y el primer control. Y (...) como que me despachó rápido y yo tenía mil preguntas para hacerle porque imagínate el primer control y como que dijo: ta no, en realidad tendrías como que haber ido a otro lado. Que ta, un médico muy bueno pero ta" E. 1.

"Te dice: 'a ver qué tenés, a ver qué tenés'. Y te dicen 'ta, ta', y se te van, porque están apurados, porque se le hace tarde y tienen que irse a la casa, porque vienen atrasados" E. 16.

Los relatos sobre maltrato en el marco de las consultas, y de culpabilización por la situación de salud se reiteraron en varias entrevistadas.

"¡Quedate quieta! ¡Ponete en la cama! ¡No grites! ¡Pujá! Entonces no es un animal, porque ni a un caballo un veterinario le grita" E. 38.

"Te tratan mal a veces, porque dicen: 'ah, y para otras cosas no te duele'. Te juegan, y si uno se queja te dicen eso: 'para otras cosas no te duele'. Te lo dicen así directo con todas las palabras. No son delicados para hablarte" E. 21.

Así como la práctica profesional (el *habitusmedico*) se construye en la interacción con las pautas sociales imperantes, el rol de usuaria o paciente también se define de manera vinculante.

"El sentimiento para mí es de indefensión total. Vos estás ahí a merced de las decisiones de otros, porque tampoco participás en nada. Nosotros pedimos la cesárea (...) y la ginecóloga se enojó porque dijo que iba todo bien, porque... Nos hizo firmar un papel para cubrirse y todo" E. 32.

"No sé qué es lo que pasa, el médico como que es superior a uno y como que te asusta y no deberíamos sentir eso ni ellos incentivar eso o fomentar eso" E. 36.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Cabe particular mención la situación de las personas adolescentes y el respeto a sus derechos. La encuesta de hogares realizada en el año 2013 por MYSU sobre necesidades y demandas en SSR de mujeres adolescentes reveló que apenas un tercio de las encuestadas conoce los marcos normativos que protegen y garantizan los DSR. El nivel de conocimiento difiere según el nivel socioeconómico y educativo: *"mientras que el 44% de ellas los desconoce y 22% responde no saber (...) aquellas con nivel alto y muy alto conocen más, con 50% de las respuestas, frente a las menos favorecidas, con 27%. Son éstas últimas quienes presentan porcentajes más elevados de no respuesta"* (MYSU, 2013b:32).

A lo largo de las entrevistas se encuentran referencias directas al ser adolescente y la posibilidad de vulneración de derechos en esta etapa. Se manifiesta la necesidad de contar con espacios específicos para adolescentes donde se sientan libres de consultar y asesorarse sobre su SSR. Se considera que estos espacios de consulta favorecerían su derecho a asesoramiento e información. Esta percepción de las entrevistadas coincide con la pregunta planteada por López Gómez: *"¿Cómo es posible que los y las adolescentes puedan gozar de autonomía en la toma de decisiones sobre su vida sexual sin acceso a información de calidad, servicios de salud sexuales y reproductiva adecuados, espacios confiables para dialogar sobre sexualidad?"* (López et al, 2006: 62).

"En el caso de los adolescentes que puedan consultar en forma individual, que no tengan que ir con la familia. Eso para mí es re positivo, que un adolescente pueda acercarse al centro de salud de su barrio, y pueda acceder

a la información solo. (...) Los gurises siempre tienen esa idea como que tienen siempre que ir con un adulto. Y eso también te da mucho más libertad” E. 30.

Este marco de intervención permitiría fomentar la autonomía en la decisión de los adolescentes sobre su sexualidad y reproducción, ya que el concepto de autonomía implica “saberse sujeto de derechos también en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas” desde un lugar de equidad (López et al, 2006: 61). Sin embargo, los relatos dan cuenta de experiencias que van en el sentido contrario y se alejan de la promoción de información para el desarrollo de decisiones autónomas, el ser adolescentes fue la razón para el desconocimiento de los derechos.

“No, porque yo me acuerdo que fui a levantar pastillas y como yo era una gurisa me dejaron hasta lo último y cuando llegue al lugar me dijeron que no porque ya había terminado el turno” E. 10.

Los malos tratos desde la acción médica pero también desde el personal no médico tienen que ver con el hecho de ser adolescentes, y la incapacidad o inseguridad de los y las adolescentes de reclamar o exigir cuando no son respetados.

“Ahora que lo pienso tendría que haber ido a algún lugar a decir lo que ella hizo, pero ta, yo que sé... Tenía como 20 años como que no le di bola” E. 17.

La falta de reconocimiento de los derechos de la población adolescente tienen en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas particular relevancia. En general las adolescentes son vistas como seres incapaces o irresponsables para tomar decisiones con relación a su cuerpo y su salud. Esta situación debe ser modificada para poder brindarle las condiciones que les permita desarrollarse en su capacidad y ejercicio ciudadano de los derechos.

MATERNIDAD COMO PROYECTO

La maternidad como proyecto supone, la idea de elegir si tener o no hijos, y cómo, cuándo y con quién, incluyendo implícitamente la idea del cambio radical que supone para una mujer el ser madre. Según algunas entrevistadas un hijo o hija viene a cambiar la vida cotidiana de la mujer de una forma en la cual pocos eventos logran hacerlo del mismo modo.

La edad, el nivel socioeconómico y el nivel educativo alcanzado por las mujeres son determinantes sustantivos para la decisión autónoma y libre de la maternidad como una opción y un derecho.

Por ejemplo muchas de las mujeres entrevistadas, independientemente de su edad, entienden el embarazo adolescente como problemático porque supone una disrupción de la vida de la adolescente y viene a alterar completamente el proyecto de vida que la misma está forjando.

“Como que la adolescente no es tan consciente como una persona ya grande (...) Aparte como que también le corta mucho la libertad y las alas, porque en realidad, también tener un hijo tan joven, ya no podés estudiar, no podés trabajar” E. 39.

Hacerse cargo de los hijos e hijas está tradicionalmente asociado a la figura de la madre incluso cuando se trata del embarazo de una adolescente.

“Pero, yo veo mucha juventud, muchas gurisas que están embarazadas, y yo digo, ‘¿dónde están las madres? ¿Por qué quedan embarazadas?’” E. 37.

"A mí cuando veo una chiquilina de 14 años embarazada me duele (...) si la puedo ayudar la ayudo, pero me duele porque es muy jovencita (...) me da rabia a veces con la madre que no la hizo tomar pastillas". E. 36.

Percibir el embarazo como una "carga" o "culpa" remite a la idea de que es un embarazo "no válido" y esto se debe a que en el discurso de las usuarias raras veces la adolescente está en una pareja estable o al menos el padre del hijo o hija decide hacerse cargo. Aquí la maternidad, lejos de ser esa bendición que algunas describen, es vivida como una fatalidad:

"Yo había arrancado a estudiar, era un bruto cambio, y tuve un retraso. Era toda la presión de decir: 'no, yo tengo que estudiar'. Viste, esos planes que tenés como proyectos: 'después que estudie...' Imaginate, con 18 años, podía ser una bomba". E. 30.

"Y si estuviera embarazada, yo soy una persona que ponele, si no me baja en un día ya estoy recontra perseguida porque ta, en eso soy bastante organizada". E. 45.

En términos generales, y en los hechos, la maternidad compite con las posibilidades de desarrollo educativo, profesional o de la realización de otras actividades o tareas. Así lo expresan algunas mujeres fundamentalmente en relación al trabajo, alegando las dificultades que supone para una embarazada conseguir un empleo.

"si estás embarazada no vas a ponerte a conseguir un trabajo, no te lo va a dar nadie, y después también, los primeros meses tampoco te van a dejar". E. 3.

La edad juega un papel relevante en la planificación de la maternidad también para las mujeres en sus últimos años de vida reproductiva. Aquellas mujeres que han postergado la maternidad también son señaladas, juzgadas o consideradas irresponsables, pues son los riesgos de un embarazo en esas edades lo que suele generar el discurso de "castigo" a la mujer.

En cuanto al nivel socioeconómico, tanto para las mujeres como para sus entornos, éste tiene una fuerte incidencia en la validación o aceptación de la decisión de la maternidad. Las mujeres de clases socioeconómicas más desfavorecidas suelen estar en el centro de discursos descalificatorios señalándolas como irresponsables por traer hijos que no pueden sostener, o por tener más hijos que "el promedio" tácitamente aceptado.

"A veces he visto mujeres que tienen chorreras de hijos y yo digo '¿por qué no recurren a eso [ligadura tubaria], no?' Porque sabés que a veces no los pueden mantener". E. 26.

"El tema del cuidado, del preservativo y eso, que se han preocupado un poco más a los barrios carenciados, a llevarles, a regalarles preservativos, para mí es la base". E. 19.

Prácticamente de forma unánime, una situación socioeconómica desfavorable parecería habilitar en la opinión de las entrevistadas acciones de control de natalidad fuertemente contrapuestas a una concepción de respeto de los derechos. Estos planteos son focalizados hacia las mujeres de estos sectores de la población como medios para frenar la reproducción de la pobreza.

La maternidad como destino también es mencionado por algunas de las entrevistadas como condición para la realización del ser mujer. En esta concepción usualmente la idea de familia y de pareja consolidada es parte del proyecto anhelado y la concreción de un mandato social que no es cuestionado. Una pareja "sella" su relación mediante la reproducción y el rol del varón es muchas veces idealizado porque no siempre o no necesariamente se corresponde con lo que se constata en la realidad en cuanto a la responsabilidad y participación de los varones en las parejas.

"Fue un embarazo planificado, fue una cosa para mí fundamental (...) Nosotros fuimos a todas las charlas juntos. No podíamos ir a todos los controles por los horarios de trabajo de mi pareja, pero a las charlas de preparación de parto fuimos a todas juntas. Y el trabajo de parto lo hice con él. Todo fue muy espontáneo, teníamos como un plan junto que era, bueno, tener un hijo y una vida juntos". E. 30.

"En ese sentido, de parte de la pareja siempre estuve acompañada. Los niños fueron buscados, decididos, planificados. Y todo el proceso lo hicimos juntos". E. 32.

Esta idea se refuerza al regresar a algunas definiciones de SSR hechas por las usuarias,

"un estado de bienestar, de una mamá, del papá y del niño. Desde antes de planificar, desde antes de que uno planifica tener un hijo, hasta después de que nace, pocos meses después" E. 55.

Cuando las mujeres adoptan un discurso crítico sobre la falta de participación y compromiso de los hombres en relación a la paternidad hacen referencia al "machismo" como generador de esta conducta. El planteo es que para los hombres la masculinidad se mide por (entre otros factores) el potencial reproductivo que tienen. Así, un hombre que no es capaz de reproducirse estaría en un escalafón bajo de la masculinidad y el "más macho" es el que engendra muchos hijos independientemente de si se hace o no, cargo de ellos y de su crianza.

LA DIMENSIÓN DEL PLACER

Aunque a lo largo de los discursos en mayor o en menor medida son nombrados tanto los derechos sexuales como los reproductivos, resulta interesante atender a la forma en que los primeros aparecen.

Las figuras del cuidado y protección al cuerpo son recurrentes en los discursos, mientras que en pocas oportunidades se hace referencia a vivir una sexualidad libre y placentera independientemente de la orientación sexual.

A los derechos sexuales se los vincula fundamentalmente con el no verse forzada a mantener relaciones sexuales o al cuidarse para no quedar embarazada y es nombrado con mucha menos frecuencia como el derecho a vivir la sexualidad de forma placentera. El placer sigue siendo una dimensión no explicitada, ni reconocida o reivindicada, particularmente para la sexualidad femenina.

"No sé bien cual serían los derechos, pero, si a tener la decisión, ese sería uno de los más principales en cuanto a lo sexual, tener la decisión, tener libertad, libertad en el sentido, no libertad sexual digo, si digo de, de bueno, de que no te obliguen, en el momento que uno no quiera, que te fuercen, que hay gente que ta, que la sufre pobre" E. 3.

"Pienso yo que nos cuidemos... Preservativos, pastillas... A la violación ¿no? Los derechos de nosotros mismos de... Que no nos obliguen a hacer a mantener relaciones, a esto o aquello" E. 26.

"También el respeto a la otra persona, o sea sus deseos. Y su voluntad y... O sea, si no quiere tener relaciones contigo y eso, respetar su voluntad, que pueda decidir" E. 20.

En ocasiones se manifiesta una libertad positiva de la sexualidad a través del poder de decisión.

"Y tener la potestad de cómo mujer de tomar decisiones de qué hacer con tu sexualidad" E. 28.

"Que tenés derecho a decidir sobre tu cuerpo, la mujer tiene derecho a decidir si quiere tener hijos, sí, todo, si quiere tener sexo si no quiere tener sexo" E. 29.

El placer y la libertad en las relaciones sexuales aparecen en el discurso excepcionalmente y cuando se explicitan, de todas formas, siempre son vinculados a la responsabilidad de la protección.

"Y tener una libertad absoluta de elegir. Métodos, modos, formas de tener una actividad sexual que sea placentera y agradable pero cuidándote ¿no?" E. 47.

"Tengo derecho a cuidarme el cuerpo, a cuidar mi sexualidad, mi salud reproductiva. Me embarazo si quiero. Si tengo un hijo ahora está la ley del aborto" E. 29.

"Como te decía la ley del aborto, la ley de cuidarte, de elegir, de... Tenés derecho de ir y yo que sé. El sexo vos lo podes practicar, sí, pero ser responsable" E. 29.

"¿Derechos? El tema este para cuidarse ¿no? Puede ser. El tema pastillas y todas esas cosas" E. 25.

Importa resaltar que aparece en los discursos de algunas entrevistadas el vínculo de los derechos sexuales con los derechos adquiridos por la comunidad gay, lesbiana y trans. Lo que podría explicarse por el debate público y los derechos conquistados por la población LGTB en el país.

"[DSR son] Ahora por ejemplo con todo esto de la ley del casamiento de las personas con... Homosexuales. Con la adopción... Con la posibilidad que tienen las personas homosexuales de adopción. Ahora con la ley del aborto" E. 32.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

El estigma es una de las barreras identificadas en el ejercicio de DSR y es, a su vez, de las más difíciles de abordar debido a su imperceptibilidad, vinculado a su carácter social y por tanto, no tangible (a diferencia por ejemplo, de la objeción de conciencia o del diseño institucional de los servicios que brinda un prestador de salud). Un estigma se puede definir como un atributo (una marca física, una conducta o una acción) que permite desacreditar a la persona. Este descrédito surge de la contradicción entre una expectativa de rol (aquello que se espera de una persona) y como efectivamente es o se comporta, donde el atributo funciona como indicador de ese comportamiento distinto a lo socialmente esperable.

Para ordenar el estudio del estigma, es importante plantear analíticamente el *Ciclo del estigma* y entender los distintos componentes del mismo.



ATRIBUTO DESACREDITABLE

El atributo desacreditable es la base del estigma. Funciona como el indicador de un desajuste entre lo que espera la sociedad de una persona en cuanto a sus acciones, y aquellas que efectivamente realiza. Del discurso de las entrevistadas se pueden identificar distintos tipos de desajustes. La existencia de una discordancia entre el deber ser que asigna la comunidad a las personas y las acciones que las personas realizan aparece fuertemente vinculado, particularmente, a las situaciones de aborto y VIH.

SOBRE ABORTO

El primer desajuste refiere a la extendida idea de que el aborto implica un crimen.

"Lo llamemos como lo llamemos, está interrumpiendo una vida" E. 41.

"Lo que me molestaría es un aborto de tres o cuatro meses, me chocaría, me cae mal. Sé que es como un guri, es como agarrar un guri y matarlo" E. 36.

"Es matar a alguien, porque por más que se lo saques a tiempo, que digas que no esté formado ni nada, es una vida" E. 17.

Es así que en este caso, el desajuste es entre el mandato de las personas, particularmente de las mujeres, de generar vida y de no interrumpirla.

En segundo lugar, también aparece el desajuste entre el deber de ser madre en tanto rol natural de la mujer y el aborto como indicador del no cumplimiento de ese rol.

"Supongo que en una mujer que se lo haga como que dirían 'ay ay, ¿no vas a sentir como que ya no sos mujer?' A veces se piensa que si no puede tener hijos la mujer deja de ser mujer" E. 19.

"Lo más digno que puede haber es tener hijos" E. 25.

"Me parece que para una mujer, las mujeres estamos preparadas física y psicológicamente para ser madres. El tomar la decisión... Que ya somos madres y decidir no serlo es como que ya es ir en contra de uno, es ir en contra de nuestra biología. Entonces me parece que una quedaría traumatizada por tomar esa decisión antinatural" E. 55.

La expectativa de rol, ese deber ser que contradice el aborto, aparece nombrado en el fragmento de la entrevista anterior como lo "natural", una de las formas típicas de referirse a lo que socialmente no puede tener alternativas. Así, el aborto sería antinatural por contradecir el mandato de las mujeres. Lo biológico aparece a su vez, como fundamento indiscutible para el cumplimiento estricto de ese deber ser. Por último, el ser mujer se relaciona directamente a la maternidad y por lo tanto, la decisión de no ser madre aparece como una negación del supuesto rol básico y primario de las mujeres. En este caso, el aborto viene a cuestionar uno de los pilares de la sociedad patriarcal que implica que la encargada de la reproducción biológica y social es la mujer, y que esa es su función fundamental en la sociedad. Existe por tanto, en este discurso, la base de un mecanismo de control para que la mujer cumpla con un dictado fundante del sistema sexo-género vigente que a su vez, permite asegurar la vigencia del patriarcado como régimen estructurante de la organización social.

El deber ser de la responsabilidad para el ejercicio de la vida sexual, es el segundo atributo desacreditable frente al aborto, ubicando a las mujeres que quedan embarazadas sin deseárselo como irresponsables.

"Si abrió las piernas para tener una relación, que se abra las piernas para tener el bebé" E. 9.

"No fue, ponele, por violación. Y lo hizo porque quiso. Tenés miles de formas de no engendrar un hijo" E. 54.

"Porque vamos a cuestionar por qué lo está practicando: ¿y por qué no se cuidó antes? ¿Y por qué no tomó las precauciones antes?" E. 1.

"Yo al principio: ¿qué estaba pensando? La mente. Qué estaba pensando porque hoy en día hay muchas prevenciones" E. 43.

La culpabilización de las mujeres que abortan está fundada en la idea de que actualmente están dadas todas las condiciones para prevenir siempre el embarazo si no se desea ser madre. No aparecen en los discursos o se niegan las formas abusivas de relacionamiento sexual entre hombres y mujeres o las dificultades que tienen las mujeres para negociar con sus parejas la protección en las relaciones sexuales.

"Porque posibilidades tenés un montón, porque si no tenés dinero para una pastilla podés ir al hospital, así que con esa no me venga, lo mismo con el preservativo y si bueno mija querida. (...) Porque es muy fácil abrir las piernas, pero para abrir las piernas tenés que ser muy responsable, tenés que tener la cabeza centrada allá abajo" E. 38.

"Y el tema del aborto para mí es para una persona que es un caso especial, me parece a mí. Porque hoy se previene, hoy como están las cosas hay mucho avance, muchas pastillas, se puede prevenir un embarazo. Y hay que ver que se habla mucho hoy en día de eso" E. 43.

Pareciera que en términos del debate social se ha avanzado de tal forma que el discurso de la sociedad incorporó algunos argumentos a favor de la despenalización del aborto, aquellos de tipo pragmático. Así, es común encontrar discursos que manifiestan estar en contra de la realización de un aborto, que nunca lo harían pero que señalan que un texto legal que despenalice la práctica está bien. Sin embargo los argumentos profundos vinculados al derecho a decidir de la mujer son los más resistidos, también en el ámbito de los servicios de salud.

El atributo desacreditable entre la irresponsabilidad y la juventud es también muy frecuente. Si se entiende que un embarazo no deseado es acto de irresponsabilidad, ¿quiénes son las más irresponsables? Según muchos discursos, las mujeres jóvenes y las adolescentes.

"El aborto es algo que se hacen las adolescentes que andan por la vida descarriadas, manteniendo relaciones con cualquiera, eso dice la gente del aborto. (...) [La gente] piensa que, por qué no se cuidó antes, por qué no evitó el embarazo. Que piensa como que es cualquiera, como que no tiene valores" E. 55.

"Hoy en día hay gente que lo toma como que es algo normal. Por ejemplo, la juventud, quedan embarazadas y van y se hacen un aborto y chau" E. 35.

Los discursos que denuncian que el aborto se ha transformado en un método anticonceptivo, dan cuenta de la banalización de la situación y de la subestimación de las mujeres como sujetos éticos capaces de tomar decisiones responsables; incluso por parte de las propias mujeres. Existe la opinión de que las que piensan practicarse un aborto son mujeres que están equivocadas, o que necesitan recapacitar o que son irresponsables. Esta idea puede haber sido reforzada por el diseño de los servicios al que obliga la Ley IVE, donde la decisión de la mujer debe ser velada desde la intervención de un equipo de profesionales y la imposición de un tiempo de reflexión.

SOBRE VIH

Para las ITS, en particular VIH/SIDA, aparecen tres tipos de desajustes entre la expectativa de rol y la conducta que indicaría el atributo desacreditable. En este caso, los discursos corroboraron elementos esperables.

En primer lugar, el VIH aparece como indicador de un consumo problemático de drogas por parte de la persona.

"¿Cuántas personas con SIDA hay en el Uruguay? Y es chico el país. Digo, o es tonta la gente o no sé... También sé que se contagian de SIDA por el tema de la droga, que se pinchan con la aguja" E. 38.

El VIH/SIDA en tanto indicador de la orientación sexual o identidad de género aparece con fuerza en los discursos en tanto se afirma que la inferencia que hace la comunidad es que, generalmente, las personas portadoras del virus son homosexuales o personas trans.

"Yo creo que la sociedad sigue apartando a este apestoso o relacionado al travesti, al gay, pero no, te puede pasar a cualquiera" E. 28.

"Siempre se asocia con la homosexualidad, que tampoco es así. Porque tenés SIDA por ser gay" E. 1.

"Del VIH/SIDA me parece que [la gente] piensa, que sigue pensando, que es una enfermedad de los homosexuales, y homosexuales hombres. Como que la homosexualidad femenina la gente no sabe que existe. Como que es algo exclusivo de los hombres y homosexuales" E. 55.

"Se contagié el SIDA porque es homosexual... Igual te podés contagiar de cualquier manera. Porque andaba con muchas mujeres o porque... Muchas veces sí, convengamos que la transmisión es por ahí. Pero también puede ser re tranquilo" E. 3.

El otro tipo de desajuste que aparece refiere a la cantidad de parejas sexuales y al tipo de vínculo existente. Así, los discursos expresan que la infección se da solo en el marco de relaciones ocasionales o en personas promiscuas. Este desajuste está asociado a una creencia sobre la forma de prevenir la transmisión de ITS basado en que si se tienen relaciones estables, aunque no sean protegidas, no hay riesgo de transmisión.

"Generalmente piensan que porque alguien tenga SIDA habrá estado, habrá tenido relaciones con todo el mundo" E. 15.

"Eso es bravo, eso es bravo. Digo, de cuidarse, ¿no? Digo, tratar de tener siempre la misma pareja, y siempre tener relaciones con la misma pareja nomás" E. 37.

"Pienso que es naturaleza con orden, ¿no? No estoy de acuerdo con tener sexo con todo el mundo, pero si tenés tu pareja está todo bien, con orden, que es que si hubiera realmente orden se terminaría el Sida" E. 36.

DIFUSIÓN DEL ATRIBUTO DESACREDITABLE

El segundo componente del ciclo del estigma depende de la difusión o no del atributo desacreditable. Si este atributo no es visible o no es conocido por la comunidad, nunca pasará a ser desacreditada la persona que tiene la conducta o la actitud desacreditada. Por tanto, la difusión sobre la existencia del atributo desacreditable es condición *sine qua non* para que se constituya discriminación.

"Sí se difunde, obvio: 'ay viste fulana que se hizo un aborto'" E. 38.

"Sí, sin duda. Más acá en Paysandú, en ciudades chicas, te enterás. De las cosas malas siempre te enterás. Bueno malas, por decir malas" E. 19.

"Todo el mundo sabe quiénes son las personas que tienen SIDA cuando me parece que eso no tendría que ser así, que tendría que ser mucho más confidencial" E. 45.

En muchas ocasiones por la dimensión del territorio, o por el diseño y la disposición de los servicios, desde el sistema de salud se difunde el atributo desacreditable.

"Si vos vas a [mutualista privada] y te hacés un análisis de sangre para ver si estás embarazada, entonces se va a enterar todo el mundo" E. 45.

"Es un poco lo que decíamos antes: si ella va a un sanatorio, y se plantea un aborto, y ya van a comentar" E. 47.

"Me enteré que pasó con gente de acá en el hospital de acá, que fue una usuaria por un tema de aborto y el otro le grita en la ventanilla '¿vos sos la que venís por el aborto?' y bueno, se enteró toda la sala de espera" E. 53.

"Si saben de alguien que tiene SIDA, sí [lo comentarían]. Y ha habido casos que se han conocido, y ahí está lo de la confidencialidad médico – paciente, que ha trascendido de alguien que tiene SIDA, y notás que todo el mundo como la señala" E. 31.

CONFORMACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

La materialización del estigma es el momento en que la comunidad expresa su juicio negativo basado en el desajuste entre las expectativas del rol y el desempeño de la persona. Existe consenso en que la comunidad discriminaría tanto a las mujeres que pretendan abortar o aborten como a quienes sean portadores de alguna ITS –particularmente VIH/SIDA.

"(...) La tratan como a una asesina, porque es así, estás matando a un ser humano. Ya te digo, no la entienden, no saben por la situación que está pasando la mujer" E. 21.

"Me parece como que la sociedad rechaza esa situación. Ya si vos se lo planteás a alguien le cambia hasta la cara, hasta el modo de verte y el modo de tratarte. Y creo que te exponés a una condena social" E. 57.

Por otra parte, existe la percepción de una diferencia entre la actitud que asumen las personas en la intimidad (en el vínculo directo con la persona) y por otro lado, el discurso público de estas mismas personas.

"Hace muchos años, cuando no estaba permitido el aborto, cuando era ilegal, conocí a alguien que decidió y era amiga mía, es amiga mía. E increíblemente mucha gente le dio direcciones de dónde se lo podía hacer (...). Pero esa gente hoy, que le dio direcciones, es de las primeras que enarbolan la bandera contra el aborto. (...) En la intimidad, en el cara a cara, más de uno te apoya, pero cuando tienen que hacerlo público se hacen los que no, 'que mire, que interrumpir un embarazo'" E. 31.

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

"Uno te dice que sí, el otro te dice que no. El psicólogo te dice una cosa, el ginecólogo te dice otra cosa. Y todavía después mete la cuchara la vecina, mete la cuchara el vecino, mete la cuchara la amiga de la amiga... La cabeza tuya empieza a marear" E. 52.

El hecho de que la decisión de la mujer sea objeto de discusión, coincide con la forma de implementación que establece la Ley IVE para los servicios de aborto, donde la usuaria tiene que transitar por varias instancias explicando las razones por las que quiere abortar.

En el caso de las ITS, también existe consenso en que la comunidad discriminaría a las personas, como lo muestran los siguientes fragmentos de entrevista:

"Ay tiene HIV y como que lo rechaza o dice 'este sidoso', o esta. Yo en realidad no tengo ningún problema de sentarme con un HIV" E. 19.

"Acá en Young sí, en cualquier ámbito se entera alguien de que tenés VIH, no conseguís trabajo. Quedarías aislado" E. 32.

En referencia a las ITS, la discriminación se expresa a través del aislamiento de la persona por temor a la transmisión.

"El SIDA es espantoso. Yo la verdad que no sé si compartiría un vaso con alguien que tiene SIDA, me daría miedo. Pero tampoco lo discriminaría, simplemente me cuidaría. Por instinto" E. 45.

"El del VIH es un tema complejo. Sigo insistiendo que el desconocimiento también de las formas... De que si le das un beso a la persona que tiene VIH no te vas a contagiar. Pero hay todavía una cuestión de que si hay una persona con VIH, 'ah, tengo que dejar de tomar en el mismo vaso.' Como que hay desinformación" E. 5.

"Del SIDA hay muchas dudas todavía, lamentablemente. Digo, hay muchos prejuicios, siempre está el miedo. Y ante el miedo, la distancia y la discriminación. Pero sé que se puede compartir de muchas formas y digo no dejar de lado a una persona con SIDA" E. 58.

El discurso predominante entre las entrevistadas es que la comunidad discrimina por desinformación, lo que ya había sido constatado por la encuesta de MYSU sobre *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*. En este estudio se señala que *"más de una de cada 10 considera que no tocar a las personas con VIH es una práctica preventiva y un porcentaje mayor considera que también lo es el no mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Estas representaciones sociales están anudadas con ideas y prácticas discriminatorias que persisten en presentarse como medidas preventivas para la reducción de riesgos"* (MYSU, 2013b: 46).

Lo que resulta peculiar es que la mayoría de las entrevistadas señalan la desinformación como algo propio de la comunidad y argumentan correctamente sobre el por qué de los errores de las creencias populares. Sin embargo, prácticamente ninguna sostiene estos discursos. Se podría concluir que estamos ante un incipiente cambio donde las personas identifican el problema social vinculado a la discriminación por desinformación sobre las vías de transmisión.

LOS EFECTOS DEL ESTIGMA

El estigma vinculado a la práctica del aborto está fuertemente presente en el relato de las mujeres entrevistadas en los tres departamentos estudiados y persiste más allá del cambio normativo y de la instalación de los servicios.

La discriminación asociada al estigma actuaría como factor de culpabilización y como obstáculo para el uso de las prestaciones disponibles. El "ocultamiento" de la situación tanto de embarazo no deseado como del riesgo de

ITS es frecuente por el temor de las mujeres a la sanción de los entornos familiares y comunitarios y se refuerza con la percepción de que en los servicios no se garantiza la confidencialidad sobre el motivo de la consulta.

El conjunto de estos componentes podría estar contribuyendo a mantener la clandestinidad de la práctica del aborto así como la situación de soledad, temor y angustia en las mujeres que deciden recurrir a la interrupción. Esta situación podría generar una falsa percepción sobre la dimensión de la demanda de aborto en las distintas localidades y una desajustada decisión de las instituciones en cuanto a la organización y distribución de los recursos humanos para cubrir esta necesidad de la población.

También el temor a ser catalogadas como promiscuas o el enfrentarse a situaciones de violencia por la detección de una infección de transmisión sexual o de VIH obstaculiza consultas para la detección precoz o el tratamiento adecuado de ellas y sus parejas.

Desde las instituciones se registra una suerte de "secretismo" sobre la disponibilidad y funcionamiento de los servicios de SSR, y en particular de aborto y de VIH. Se constata la falta de difusión y de información de estas prestaciones en la propia cartelería de los centros de salud. Además la confidencialidad de las consultas no parece estar siempre asegurada de acuerdo a los relatos de las entrevistadas, con lo cual la población usuaria no siente la confianza de asistir a dichos servicios. Por lo tanto, la intervención de las instituciones de salud no estaría contribuyendo a combatir el estigma identificado ni a promover un cambio de condiciones para fomentar el respeto a la intimidad de las personas, a la diversidad de creencias ni a la autonomía en la toma de decisiones.

REFLEXIONES FINALES



A PESAR DE LOS AVANCES QUEDA MUCHO CAMINO POR RECORRER

En los últimos años el país ha recorrido un camino intenso en materia de atención a la SSR. Este proceso es dispar y, como todo proceso histórico de cambios profundos, está plagado de contradicciones, marchas y contramarchas. No obstante, MYSU entiende que se está ante un momento crucial para lograr un avance que permita mejorar sustantivamente la calidad de vida de mujeres y hombres en cuanto a su SSR.

Es indudable que existen condiciones para propiciar este importante avance. El marco legal, aunque tiene problemas notorios, ofrece elementos para seguir profundizando los avances y consolidar nuevas conquistas.

Al Estado le compete una mejora sustancial de la implementación de los servicios de SSR. En primer lugar, Uruguay no ha logrado cumplir con la Ley de IVE cabalmente. Tal como se ha visto en este documento, la falta de profesionales de ginecología constituye un obstáculo así como la de los otros profesionales involucrados en los equipos definidos por ley para asegurar el acceso legal al aborto. Es necesario abordar la situación de la objeción de conciencia, estudiando los mecanismos que permitan que su uso no sea abusivo por parte de los profesionales y que no se convierta en una barrera para el acceso de un derecho consagrado por la ley en el ámbito de la atención en salud.

Con respecto al marco normativo, debería ser revisada la ley N° 18987 para modificar aquellas condiciones que obstaculizan su debida implementación. La experiencia internacional indica que para la prescripción de la medicación abortiva, por ejemplo, no se requiere de un profesional de la ginecología sino que se debe contar con personal debidamente capacitado. En caso de modificarse la condición de la ley que sólo habilita al médico ginecólogo, esto permitiría que los servicios de aborto que fundamentalmente están asentados en el primer nivel de atención, pudieran brindarse por parteras o médicos de familia, lo que resolvería la falta de recursos humanos y facilitaría la universalización de los servicios. Racionalizando la intervención de los profesionales de la ginecología para la intervención en el segundo o tercer nivel y cuando es necesaria la resolución quirúrgica de un aborto.

Por otra parte, el alcance y limitación de la objeción de conciencia, debería ser debidamente controlada. Se requiere establecer las condiciones para que el uso del recurso respete la libertad de conciencia del profesional pero no permita su uso abusivo o por razones que no se corresponden con las creencias religiosas, morales o filosóficas del profesional. Es importante atender la colisión entre derechos y el Estado como las instituciones de salud que deben velar por el derecho de la mujer de acceder a un servicio habilitado por la ley. El estudio realizado por MYSU a nivel territorial identifica altos porcentajes de médicos objetores y "pseudobjectores" como un obstáculo a la adecuada y debida implementación de las prestaciones. Esto conlleva la sobrecarga de los profesionales que sí cumplen con la ley y perjudica particularmente, a las mujeres que viven en esas localidades.

En otro sentido deben asegurarse dispositivos de capacitación permanente para el personal de salud afectado especialmente, a los servicios creados de salud sexual y reproductiva, enfatizando la formación desde una perspectiva de equidad de género y de derechos. La falta de formación curricular dentro de las profesiones vinculadas a esta atención, deberá ser subsanada por las instituciones referentes en formación profesional en el país. También es necesario entenderlo como una dimensión de la responsabilidad institucional el contar con el personal debidamente capacitado para brindar estos servicios con calidad en la atención y respeto de la población usuaria. Estos dispositivos de formación permanente deben ser fortalecidos y deben estar dirigidos tanto a los equipos profesionales de la salud como a todo el personal afectado a los servicios.

La organización y difusión de los servicios también deben ser mejoradas. La información sobre salud y DSR debe incrementarse sustancialmente, incluyendo la difusión de los derechos y las rutas de acceso a la atención, procurando mejorar la relación entre oferta de servicios y demandas y necesidades específicas de la población de acuerdo a edad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género y nivel socio-educativo.

El Estado debe asegurar los canales de denuncia cuando la atención es deficiente o de mala calidad, o intervenir administrativamente cuando se constata incumplimiento de normativas y guías clínicas por parte del personal actuante. También se debe procurar que el tránsito de dichas denuncias permita que las autoridades las conozcan, las investiguen y actúen en consecuencia reparando, si corresponde, a la persona afectada por la situación y/o subsanando el mal funcionamiento de los servicios o la mala actuación del equipo de salud. Cuando se evidencian situaciones de vulneración de derechos las instituciones y autoridades competentes deberían actuar exista o no una denuncia de la persona afectada, dado que en muchas ocasiones la población usuaria teme a las represalias en servicios donde deberá continuar asistiéndose.

POTENCIAR LA ATENCIÓN Y LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El SNIS debe profundizar el carácter integral de la SSR porque las personas son seres complejos que requieren satisfacer distintas dimensiones de su vida sexual y reproductiva para alcanzar grados de bienestar en este campo de su salud. La intervencionalidad de las necesidades también tiene impacto sobre la debida atención de los problemas que puedan presentarse. La promoción de conductas informadas, la accesibilidad a los recursos materiales y simbólicos para desarrollar una sexualidad placentera y sin consecuencias negativas, la promoción de decisiones responsables, los cambios de las conductas de riesgo, la prevención adecuada y la atención de las dificultades y problemas así como la satisfacción de diversos requerimientos específicos, son dimensiones inherentes a este campo de la salud.

Los equipos referenciales en SSR (ECR), creados como elementos clave en la implementación de estas prestaciones, deben fortalecer y cumplir mejor con los cometidos asignados de gestión, organización, capacitación de los recursos humanos y evaluación del funcionamiento de los servicios. En la amplia mayoría de las instituciones monitoreadas estos ECR están abocados a brindar atención directa en detrimento de las otras tareas.

La SSR debe potenciarse en su capacidad de promoción y prevención fortaleciéndose en las intervenciones desde el primer nivel de atención. Con tal cometido, deberían sistematizarse las buenas prácticas, compartirlas y desarrollar estrategias de acción comunitaria que procuren alcanzar a aquellos sectores de la población que más lo necesitan. En especial a la población joven tanto de mujeres como de varones y a la que se encuentra viviendo en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Las instituciones públicas y privadas deberían mejorar y potenciar el trabajo coordinado, involucrar a diversos actores de la comunidad y compartir recursos materiales y humanos con el fin de ampliar la difusión, alcance y resultados de los servicios que brindan.

CONCIENCIA Y EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Si bien el país ha tenido avances en el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos aún queda camino por recorrer para garantizar su pleno ejercicio sin discriminaciones y superar las brechas de desigualdad persistentes.

Una ciudadanía conocedora de sus derechos y capaz de ejercerlos de manera consciente y responsable contribuye, sin lugar a dudas, a mejorar los niveles de calidad de vida, de bienestar y de desarrollo del país.

En este campo, la experiencia uruguaya demuestra que los cambios registrados en esta "nueva agenda de derechos" ubicando a Uruguay como un país de avanzada, es producto de una demanda ciudadana que tuvo la capacidad de organizarse, de exigir y de producir cambios con el objetivo de superar los déficits y corregir las situaciones de vulneración de derechos.

El Estado, la sociedad y cada persona, desde la responsabilidad que a cada quien compete, han estado y están interpelados a continuar destinando los esfuerzos que aún se requieren para profundizar el proceso de transformación, mejorar la calidad de la democracia y asegurar una ciudadanía plena y sin exclusiones.

Promover, legitimar y generar las mejores condiciones para la participación social y el ejercicio responsable de los derechos implica universalizar el acceso a la información, mejorar la calidad de las normas y de las políticas públicas, adecuar la organización de las instituciones para su mejor desempeño, asegurar recursos humanos debidamente capacitados, contar con los insumos y recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de la población así como fomentar la conciencia ciudadana para el ejercicio y respeto de los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA



- Adriasola, G. (2013). *La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?* Artículo de opinión. *Revista Médica del Uruguay*; 29 (1):47-57
- Alegre, M. (2014). *¿Objeción u opresión a conciencia? La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva*. En: *Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos*. Seminario Regional. Cotidiano Mujer.
- Barrán, J. (1993). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*, Tomo II *La ortopedia de los pobres*, Montevideo: Banda Oriental.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Briozzo, L. (2014). *Palabras del Subsecretario del Ministerio de Salud Pública de Uruguay*. En: *Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos*. Seminario Regional. Cotidiano Mujer.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México – Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
- CEPAL (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Montevideo.
- Cook, ArangoOlayaEt Dickens (2009). "Health care Responsibilities and Conscientious Objection" en *104 International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, pp.249-25222.
- Cóppola, F. (2013). *Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. Artículo de opinión*. *Revista Médica del Uruguay*; 29 (1):36-39
- 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 Doctorsforchoice.
- Harris, L. (2014). *La Conciencia y el Aborto: Acerca de los Estigmas. Notas de una investigadora*. En: *Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos*. Seminario Regional. Cotidiano Mujer.
- Kumar, A. et. al. (2009). "Conceptualising abortion stigma" en *Culture, Health & Sexuality*. Vol.11, N° 6.
- López, A. et. al. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: UNFPA, Fundación Mexicana para la Salud, Facultad de Psicología – UdelAR
- MSP (2010). *Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*. Área Salud Sexual y Reproductiva, Montevideo: MSP.
- MSP (2014). *Balance primera año de implementación de ley 18.987 – Interrupción Voluntaria del Embarazo. Decreto 375/012, Reglamentación de la ley de IVE. Diciembre 2012 – Noviembre 2013*. Montevideo: MSP.
- MYSU (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans*. Montevideo: MYSU.

22 Traducción al español disponible en: https://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP18-HealthcareResp_CO.pdf [última revisión: 8/2014]

MYSU (2013a). *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes uruguayas*. Montevideo: MYSU.

MYSU (2013b). *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de mujeres uruguayas*. Montevideo: MYSU.

MYSU (2014a). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo: MYSU.

MYSU (2014b). *Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva*. Montevideo: MYSU. [Documento inédito]

MYSU (2015). *Monitoreo VIH y violencia contra las mujeres*. Montevideo: MYSU.

MYSU-CAINFO (2015) *Información para la acción. Acceso a la información pública sobre salud sexual y reproductiva en Uruguay*. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/12/Ver-el-informe.pdf>

Norris, A. et. al. (2011). *Abortion Stigma: a reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences*. Women Health Issues. May-Jun; 21.

Sorhaindo, A. et. al. (2014). "Qualitative Evidence on Abortion Stigma from México City and Five States in México" en *Women & Health*. Vol.54, N° 7.

The Boston Women's Health Book Collective (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para la salud de la mujer Latina*. Nueva York: Siete Cuentos Editorial.

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

GLOSARIO DE TÉRMINOS DE RECURRENCIA



- ASSE** – Administración de Servicios de Salud del Estado
- CEPAL** – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- DSR** – Derechos sexuales y reproductivos
- HPV** – Virus del Papiloma Humano
- IAMC** – Institución(es) de Asistencia Médica Colectiva
- ITS** – Infecciones de Transmisión Sexual
- IVE** – Interrupción Voluntaria del Embarazo
- MIDES** – Ministerio de Desarrollo Social
- MSP** – Ministerio de Salud Pública
- PAP** – Papanicolaou (Examen médico)
- RAP** – Red de Atención Primaria
- SIDA** – Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana
- SNIS** – Sistema Nacional Integrado de Salud
- SSR** – Salud Sexual y Reproductiva
- VBG** – Violencia Basada en Género
- VIH** – Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), desde el 2007 a través de su Observatorio nacional en género y Salud Sexual y Reproductiva, monitorea las políticas públicas en este campo, con el cometido de generar conocimiento y evidencias sobre las respuestas existentes para la identificación de avances, obstáculos y vacíos. El objetivo final es poner estos insumos a disposición de decisores políticos, gestores de políticas públicas, equipos de profesionales, organizaciones sociales y población usuaria, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Con la aprobación de la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en el año 2008, la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en 2012 y la incorporación de estos servicios al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Observatorio incluye en sus estudios el monitoreo de estos nuevos servicios. En este marco se define dar a los estudios una perspectiva territorial monitoreando los servicios a nivel departamental. Esta nueva línea comenzó en 2013 por el departamento de Salto y en el 2014 continuo en Paysandú, Río Negro y Soriano cuyos resultados presenta este informe.

El estudio "Estado de situación de los servicios en Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano" contiene la información relevada sobre la organización de los servicios en SSR e IVE, de las instituciones públicas y privadas de salud de los tres departamentos. Incluye las rutas de acceso a las prestaciones sobre diversos componentes de la SSR así como el número de profesionales que brindan esta atención y los que han adherido al recurso de objeción de conciencia. Además, incorpora los resultados de entrevistas en profundidad realizadas a mujeres entre 15 y 49 años de cada departamento que indagan sobre el grado de conocimiento de derechos, nivel de información sobre los servicios existentes y percepciones sobre las necesidades y demandas de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, explorando sobre todo el peso del estigma a la hora de interrumpir voluntariamente el embarazo.

MYSU agradece el apoyo de Médicos del Mundo – Francia, International Women's Health Coalition, y Safe Abortion Action Fund quienes hicieron posible la elaboración, edición y difusión de esta publicación.



Esta publicación fue realizada con el apoyo de:

