



LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y ABORTO LEGAL

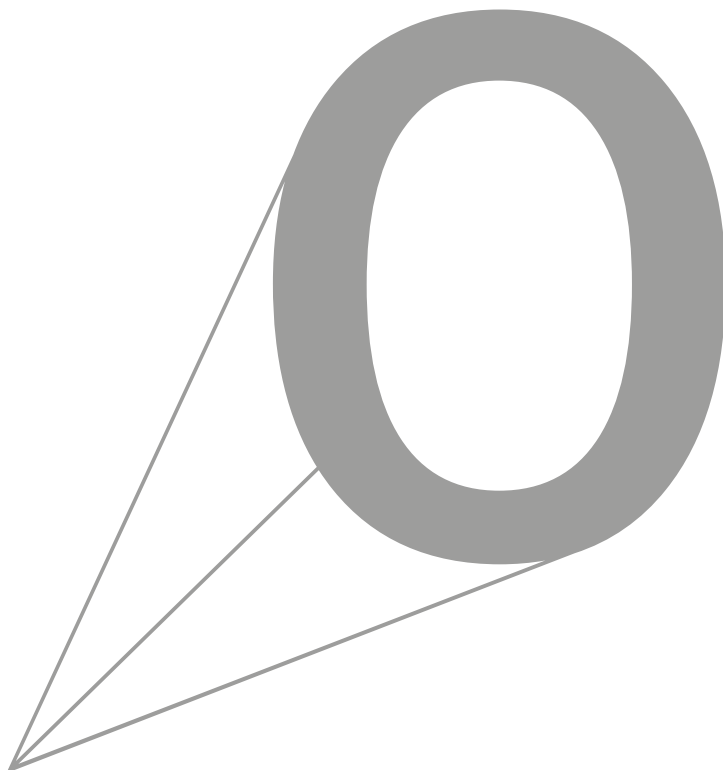
O

**OBSERVATORIO
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

MONITOREO 2013/2017

Sistematización de
los resultados de 10 de
los 19 departamentos del país



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y ABORTO LEGAL

MONITOREO 2013/2017

Sistematización de los resultados
de 10 de los 19 departamentos del país

© MYSU, 2017

La reproducción total o parcial de este informe está permitida siempre y cuando se cite la fuente. MYSU (2017). Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Edición MYSU
Salto 1267 – 11200 Montevideo – Uruguay
(598) 24103981, 24104619 – mysu@mysu.org.uy
www.mysu.org.uy

Coordinación: Lilián Abracinskas
Equipo de investigación: Verónica Pérez y Santiago Puyol
Elaboración de informe final: Lilián Abracinskas, Verónica Pérez y Santiago Puyol

Edición: MYSU
Corrección: Ana Artigas
Diseño: Montini Diseño
Impresión: Imprenta Rojo SRL
Depósito legal: 372489. Edición amparada al Decreto 218/996
ISBN: 978-9974-8513-6-8

Con el apoyo de:



Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) es una organización no gubernamental, feminista, cuya misión es la promoción y defensa de la salud y derechos sexuales y los derechos reproductivos desde una perspectiva de género y generaciones. Surge en 1996 como una instancia de articulación de varias organizaciones de mujeres y personas para debatir y promover demandas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y en el año 2004 se constituye finalmente como una asociación civil sin fines de lucro especializada en la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En 2006 se define la necesidad de generar una herramienta político – técnica – ciudadana de mayor eficacia y robustez para incidir en la mejora del acceso a los servicios de SSR con equidad de género, universalidad, calidad e integralidad. Se crea así el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva con el cometido de desarrollar un instrumento potente para la generación de información y su uso por parte de tomadores de decisión, proveedores de servicios, población usuaria y organizaciones sociales.

En 2007 se puso en marcha este programa institucional y desde entonces es una herramienta reconocida por su valor social, político y científico, siendo la información que produce de alto interés para los distintos actores. El Observatorio ha logrado, mediante sus estudios, contribuir a dar visibilidad y tratamiento a una serie de debilidades y desafíos para la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en el país, así como a demandas y necesidades de la población uruguaya en este campo.

La información que ha generado permite identificar barreras de acceso, deficiencias en la calidad de atención y en la organización de los servicios; brechas entre las demandas de atención y la oferta de los servicios, entre otros puntos. Ello ha permitido proponer una serie de recomendaciones para reorientar las políticas, siendo algunas de ellas adoptadas e instrumentadas desde el órgano rector en salud.

Agradecimientos

El equipo de MYSU agradece a quienes durante estos años han apoyado los estudios y las actividades que hicieron posible generar conocimiento sobre el estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.

Agradecemos a las organizaciones Global Fund for Women (GFW), International Women's Health Coalition (IWHC) y Safe Abortion Action Fund (SAAF) las cuales proporcionaron recursos financieros para la realización de este informe. A su vez, reconocemos los aportes de la Oficina del Fondo de Población de Naciones Unidas en Uruguay (UNFPA) y Médicos del Mundo Francia a investigaciones previas sin las que no hubiera sido posible la elaboración de esta sistematización.

MYSU reconoce asimismo el invaluable aporte brindado por las personas entrevistadas para la elaboración del monitoreo a lo largo de todos estos años, sin las cuales este trabajo no hubiera sido posible.

Lista de acrónimos

ACO	Anticonceptivos Orales
AE	anticonceptivos de Emergencia
APS	Atención Primaria en Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CAMCEL	Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
COMERO	Colectivo Médico Rochense
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ECR	Equipo Coordinador de Referencia MAC- Métodos Anticonceptivos
FEMI	Federación Médica del Interior
IAMC	Instituciones de Atención Médica Colectiva
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
IWHC	International Women Health Coalition
MI	Ministerio del Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
NBI	Necesidad Básica Insatisfecha
OC	Objeción de Conciencia
OI	Objeción de Ideario
RAP	Red de Atención del Primer Nivel
RN	Recién Nacidos
SAAF	Safe Abortion Action Fund
SEIC	Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TCA	Tribunal de lo Contencioso Administrativo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (siglas del inglés)
VD	Violencia Doméstica
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	7
1. INTRODUCCIÓN	10
2. METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	14
3. EL CONTEXTO LEGAL: PRINCIPALES CONTENIDOS DE LA NUEVA LEGISLACIÓN.....	18
4. PRINCIPALES RESULTADOS.....	22
4.1 Funcionamiento general de los equipos de salud sexual y reproductiva	23
4.2 Espacios adolescentes	24
4.3 Servicios de anticoncepción.....	26
4.4 Embarazo, parto y puerperio	30
4.5 Violencia	32
4.6 ITS/SIDA	35
5. PRINCIPALES RESULTADOS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ABORTO.....	37
5.1 Rutas de acceso a la IVE.....	40
5.2 Obstáculos en la atención de IVE: la objeción de conciencia	45
5.3 Obstáculos en el acceso: traslados debido a la objeción de conciencia.....	50
5.4 Obstáculos en la ruta de acceso a los servicios: estigma y discriminación	52
5.5 Abortos legales en cifras	53
6. DESAFÍOS.....	59
7. RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXO 1	75

Resumen ejecutivo

Desde 2007 Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), a través de su Observatorio Nacional en Género y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva, genera información estadística y cualitativa sobre la implementación de los servicios de SSR en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay. Entre 2013 y 2017 el Observatorio de MYSU realizó 10 estudios departamentales en los que dio seguimiento al funcionamiento de los servicios vinculados a la salud sexual y reproductiva.

El objetivo de los estudios que comenzaron en 2013 fue, por un lado, recabar información que permitiera describir la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva, anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, diagnóstico y tratamiento en VIH/ITS, violencia doméstica y sexual y aborto. Por otro, identificar barreras en el acceso a estos servicios y realizar recomendaciones de mejora. De esta forma MYSU retomaba una línea de monitoreo territorial iniciada nueve años atrás (MYSU 2008 y MYSU 2009) y, en particular, realizaba seguimiento a los servicios de aborto introducidos en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de la Ley N° 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Si bien el monitoreo no abarcó todos los departamentos ni todos los prestadores de salud del país, se estudiaron 24 instituciones de 10 departamentos donde vive el 64% de la población del país. El estudio incluyó a los centros de salud –públicos y privados– más importantes de los departamentos relevados, ubicados en las capitales y en las segundas o terceras ciudades más densas de cada región. Este documento resume y sistematiza los principales hallazgos de estas investigaciones.

Los avances en materia legislativa sobre salud sexual y reproductiva y aborto de Uruguay en los últimos años son importantes y colocan al país a la vanguardia en la región. Asimismo, el seguimiento territorial de la implementación de los servicios que consagran las nuevas normas muestra que estos servicios existen y funcionan. Tras casi cinco años de investigación en el territorio, una primera gran conclusión que se extrae de los informes del Observatorio de MYSU es que los servicios de anticoncepción, control de embarazo, parto y puerperio, aborto, violencia doméstica y sexual, y tratamiento de VIH-Sida, están disponibles y son utilizados por la población. Esto habilita a la ciudadanía a acceder a una multiplicidad de prestaciones que posibilitan el ejercicio más adecuado de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, estos servicios también presentan limitaciones y debilidades en su funcionamiento.

En primer lugar, se destaca que, aunque todos los centros de salud en los que se realizó el monitoreo tienen equipos de salud sexual y reproductiva constituidos, son pocos los que cumplen funciones referenciales dentro del prestador como dispone la normativa vigente. En general, las funciones de estos servicios están limitadas al asesoramiento en anticoncepción, y tras la implementación de ley de IVE,

quedaron asimilados a prestar servicios de aborto. Esto restringe las funciones integrales que estos equipos deben tener.

En segundo lugar, aunque está disponible una canasta amplia de métodos anticonceptivos, se registraron problemas en el acceso a la colocación de DIU debido a demoras y falta horas de consulta, y en el acceso a métodos irreversibles como la ligadura tubaria. En este último caso, MYSU constató la existencia de médicos que se resisten a realizar ligaduras tubarias cuando las mujeres lo solicitan. Comportamientos de este tipo quedan por fuera de lo estipulado por las normativas vigentes en Uruguay y se constituyen como actos de objeción de conciencia *de facto*. En otro orden, destaca que los servicios de anticoncepción están pensados y son usados principalmente por mujeres; las consultas de varones son mínimas. Sin embargo, este fenómeno parece ser más leve en los "Espacios Adolescentes". Aunque estos espacios no funcionan en todos los prestadores, parecen ser un ámbito novedoso y relativamente efectivo para la incorporación de varones jóvenes a los cuidados en salud sexual y reproductiva.

En tercer lugar, en relación a la dimensión de embarazo, parto y puerperio, además de destacar las altas tasas de cesáreas que existen en el país, en particular en los prestadores de gestión privada, la investigación de MYSU muestra las dificultades que tienen algunos prestadores públicos del interior del país por falta ginecólogos y anestesistas de guardia. Como un rasgo positivo se registra el comienzo de la incorporación de servicios de parto humanizado en algunas instituciones.

En cuarto lugar, el relevamiento de MYSY muestra que en los servicios de violencia todos los prestadores de salud tienen problemas para detectar casos y que hay prestadores que no tienen constituidos los equipos de violencia que determina la normativa vigente. Este fenómeno es particularmente visible en los prestadores públicos pues para los privados esta es una "meta asistencial" del SNIS, lo que hace que estén incentivados a constituir los servicios.

En quinto lugar, en relación a la dimensión de VIH-Sida, el informe destaca, por un lado, las diferencias en el porcentaje de adherencia a los tratamientos de VIH entre los prestadores públicos y privados, y los problemas para resguardar la confidencialidad de los pacientes en algunos prestadores. Por otro, que las campañas públicas de difusión son puntuales y no trascienden las fechas conmemorativas.

Finalmente, este documento de sistematización de resultados dedica una sección entera al monitoreo de la implementación de la ley de IVE. El documento destaca el funcionamiento de servicios de aborto en todas las capitales departamentales, pero también señala problemas en el funcionamiento de estos servicios. En particular, se observa como gran obstáculo la objeción de conciencia (OC) de los médicos ginecólogos, los únicos que según la ley pueden realizar abortos. En Uruguay, el país más laico de América Latina, los niveles de OC son altos y afectan negativamente los derechos de las mujeres consagrados en la ley de IVE. La OC complejiza la ruta de IVE. Más allá del porcentaje total de objetores de conciencia (promedio nacional) importa considerar su distribución geográfica y, en particular, su concentración en determinados departamentos. MYSU detectó que en Uruguay hay zonas con 100% de objetores y otras en las que se estimaron porcentajes de objetores mayores al 60%.

Cuando la objeción de conciencia en un departamento es alta, se genera una "cadena de complicaciones" para las usuarias del sistema de salud. Hay objetores de conciencia que limitan la información de las mujeres y no realizan una adecuada derivación cuando reciben en la consulta a mujeres con embarazos no deseados. En zonas con altos porcentajes de objetores de conciencia se producen retrasos en el acceso a los servicios de IVE y, muchas veces, las mujeres deben trasladarse grandes distancias para acceder a una interrupción legal. MYSU encontró evidencia de que en los departamentos con altos porcentajes de médicos objetores persiste el mercado clandestino de abortos. Distribuciones no homogéneas de profesionales objetores de conciencia en el territorio generan desigualdades entre mujeres y, en particular, afecta a aquellas que tienen menos recursos y apoyos sociales y familiares. El informe remarca el concepto de "fugas" del sistema legal de abortos, que alimentan el circuito clandestino que la ley buscaba evitar.

Una de las principales contribuciones de esta investigación es ir más allá de los promedios nacionales, destacando las disparidades regionales –y entre prestadores públicos y privados– en la implementación de las leyes promulgadas en el campo de la salud sexual y reproductiva. En este sentido, en este informe se documentan buenas y malas prácticas registradas en el territorio, y los desafíos más importantes que tienen las autoridades para garantizar el acceso efectivo e igualitario de la población a las condiciones que habilitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Para los diversos actores en juego es necesario y de utilidad generar información que permita conocer mejor la realidad en un área novedosa de la política pública como es la de las prestaciones en salud sexual y reproductiva y aborto legal. El campo de los derechos sexuales y reproductivos es un terreno en disputa que los estados comienzan a reconocer. Acuerdos como el Consenso de Montevideo, asumido en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (CEPAL, Uruguay 2013) consagran estas responsabilidades y la necesidad de generar insumos para definir políticas adecuadas y acciones para cumplir con estos compromisos. Para contribuir con este proceso, MYSU lleva adelante la tarea del Observatorio, que apuesta por conocer mejor la realidad para cambiarla.

1. INTRODUCCIÓN



Desde 2007 Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), a través de su Observatorio Nacional en Género y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), genera información estadística y cualitativa sobre la implementación de los servicios de SSR en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay. Se ha dado seguimiento al cumplimiento de normativas y guías clínicas por parte de las instituciones de salud en distintos componentes de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) identificando avances, buenas prácticas, obstáculos y vacíos. El conocimiento obtenido por estos estudios es utilizado para la elaboración de informes y material de difusión dirigidos 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. Con estos insumos MYSU elabora recomendaciones y estrategias de incidencia para la defensa y promoción de los DSR.

El 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 América Latina y el Caribe. Esto constituye una estrategia de exigibilidad ciudadana para el logro de garantías y control en el cumplimiento de los compromisos políticos y jurídicos asumidos por los países de la región –incluido Uruguay– ante el sistema regional e internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas, entre los que recientemente destaca el Consenso de Montevideo (2013).

Producto de la histórica demanda y la acción de las organizaciones sociales a favor del derecho a la salud y la autonomía de las mujeres, en Uruguay en los últimos años se concretaron cambios legales y una acelerada reglamentación e implementación de servicios en el campo de los DSR (Correa y Pecheny 2016). En 2008 se aprobó la Ley N° 18426 de "Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva", una norma marco en DSR. Adicionalmente, en 2012 se aprobó la Ley N° 18987 de "Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)", que regula la práctica del aborto –bajo un sistema de plazos– estableciendo requisitos para efectuar el procedimiento de forma legal en el ámbito del SNIS.

Estas reformas ubican a Uruguay entre los países de la región que presentan mejores condiciones para el respeto y la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Las normas marco sobre SSR son poco frecuentes en América Latina (Rodríguez Gustá y Madera 2014), en tanto las leyes que permiten interrumpir legalmente embarazos no deseados son excepcionales: solo Cuba y Uruguay tienen leyes de aborto bajo un sistema de plazos, el resto de los países cuentan con legislación restrictiva sobre aborto (lo permiten bajo algunas causales) o directamente lo prohíben (Center for Reproductive Rights 2015, Guttmacher Institute 2016).

En ese marco, y tras la incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto al SNIS, el Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU se propuso monitorear la implementación y funcionamiento de esas prestaciones en el territorio. Para ello, de 2013 a 2017 MYSU relevó información sobre el estado de situación de los servicios en 10 de los 19 departamentos. Los objetivos de los estudios fueron:

1. Describir la organización de los servicios y el funcionamiento de los equipos de SSR y aborto, identificando las características de las prestaciones.
2. Releva las rutas de acceso a los servicios de aborto, anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, diagnóstico y tratamiento en VIH/ITS y violencia doméstica y sexual.
3. Identificar barreras en el acceso a los servicios y realizar recomendaciones para mejorar la respuesta.

Como producto de estos relevamientos se elaboraron cinco informes (ver Anexo 1). Si bien el monitoreo no abarcó todos los departamentos ni todos los prestadores de salud, se estudiaron, sin embargo, 24 instituciones de 10 departamentos donde vive el 64% de la población del país.

Este documento tiene como cometido sistematizar y analizar los datos obtenidos en todos los estudios departamentales. De este modo, en este documento se identifican tendencias y, en particular, se destacan diferentes rutas de acceso, así como los avances y dificultades encontrados en el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, y de aborto legal en el territorio.

Más allá de los promedios nacionales que se expresan en las cifras oficiales, esta investigación destaca las disparidades regionales –y entre prestadores públicos y privados– en la implementación de las leyes promulgadas en este campo. Asimismo, en función de los datos de los informes departamentales, este documento destaca buenas y malas prácticas registradas en el territorio, y los desafíos más importantes que tienen las autoridades para garantizar el acceso efectivo e igualitario de la población a las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, al enfatizar en las lecciones aprendidas, este documento pretende ser una "caja de experiencias" que pueda ser tenida en cuenta en el ámbito nacional y en otros países de la región que promuevan e implementen reformas similares. Generar información que permita conocer mejor la realidad en un área novedosa de la política pública como es la de las prestaciones en SSR y aborto legal es muy necesario y de utilidad para los diversos actores en juego. El campo de los DSR es un terreno en conflicto. Los estados comienzan a reconocerlos como derechos humanos y, progresivamente, van asumiendo la responsabilidad de generar las condiciones para su ejercicio sin discriminaciones. Acuerdos como el Consenso de Montevideo, asumido en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (CEPAL, Uruguay 2013) consagran estas responsabilidades y demandan insumos para definir políticas adecuadas y acciones para cumplir con estos compromisos. Para contribuir con este proceso, MYSU lleva adelante la tarea del Observatorio, que apuesta por conocer mejor la realidad para cambiarla.

Este trabajo se estructura de la siguiente manera. Tras esta introducción, la segunda sección detalla la metodología y las fuentes de información utilizadas en los estudios departamentales que fueron la base para este documento. En la tercera sección se resumen los principales contenidos de la normativa vigente en SSR y aborto. En las secciones cuarta y quinta hay un extracto de los principales resultados de los monitoreos departamentales, en los que destacan tendencias nacionales y, en especial, disparidades territoriales en las prestaciones de SSR y aborto. Por último, en los apartados restantes se discuten los

desafíos del país en materia de implementación de las normas de salud sexual reproductiva y aborto, y se plantean recomendaciones de ajustes en el diseño e implementación de estas políticas con el fin de mejorar los servicios.

2. METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN



La sistematización de este estudio se basa en los informes departamentales sobre el "Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto". El trabajo de campo que nutrió a estos informes se desarrolló entre 2013 (primer año de implementación de la ley de IVE) y el primer semestre de 2017. Durante este lapso se relevó información sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en 10 de los 19 departamentos del país: Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Rivera, Cerro Largo, Florida, Maldonado, Rocha y Montevideo (Anexo 1). Los departamentos fueron seleccionados a partir de criterios socio-demográficos y realidades particulares detectadas en el campo de la salud y los DSR.

El primer monitoreo se realizó en el departamento de Salto, al noroeste del país. La elección de Salto se basó en que la totalidad de sus profesionales de ginecología objetaron conciencia y se negaron a brindar la atención en aborto. Ese estudio exploratorio aportó orientaciones para continuar el relevamiento en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano, ubicados al oeste del país. Estos cuatro departamentos constituyen la región del "litoral", frontera fluvial con Argentina.

El siguiente grupo de departamentos monitoreados incluyó a Rivera, Maldonado y Florida. La incorporación de éstos a la línea de trabajo de monitoreo brindó una mirada más diversa de la realidad nacional, al incluir un departamento en frontera seca con Brasil (Rivera), uno que concentra migración interna y que es centro del turismo internacional (Maldonado) y otro (Florida) con el mayor porcentaje de población rural. Finalmente, la última etapa del monitoreo abarcó, por un lado, a Cerro Largo y Rocha, ambos ubicados al este del país, con frontera seca con Brasil (al igual que Rivera) y población dispersa. Y, por otro, Montevideo, capital del país, que concentra el 40% de la población total y es sede de las principales instituciones de salud que no solo atienden la población del departamento, sino que reciben derivaciones de personas usuarias del interior del país.

En todos los departamentos incluidos en el monitoreo se relevó información sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en el prestador público (Administración de Servicios de Salud del Estado- ASSE) y el prestador más importante del departamento de gestión privada que integra el SNIS (subsidiado por el Estado a partir de un sistema de "cápitales"). En algunos departamentos del interior del país solo existía un prestador privado relevante por lo que fue el único que se incluyó en el relevamiento. En el caso de Montevideo, el relevamiento del subsistema público incluyó al Hospital Pereira Rossell –centro de referencia en servicios de SSR en el país– y al Hospital Policial (tabla 1), además de las instituciones de asistencia médica colectiva Médica Uruguaya y COSEM por el sector privado.

En los 10 departamentos incluidos en el monitoreo la información relevada abarcó las siguientes dimensiones:

- Funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva
- Funcionamiento de los servicios sobre aborto
- Anticoncepción
- Embarazo, parto y puerperio

- VIH/ITS
- Violencia doméstica y sexual
- Espacios adolescentes

Para la recolección de la información se elaboró, en primer lugar, un listado de variables clave que indagó sobre los servicios disponibles, criterios y horarios de funcionamiento, integración de los equipos, insumos y recursos disponibles, prestaciones, cobertura, entre otros. Posteriormente, se construyó un formulario que fue aplicado de dos formas: en los primeros departamentos relevados (región litoral) se aplicó directamente por el equipo de investigación de MYSU, que buscó todas las fuentes informativas legítimas, incluyendo análisis documental, recopilación de datos disponibles, entrevistas a autoridades y a informantes calificados de los equipos de salud. En una segunda fase, el formulario se envió a las direcciones técnicas de cada prestador seleccionado, quedando a su criterio definir la persona responsable del llenado. Las entrevistas a los equipos de salud no solo permitieron completar la información requerida por el formulario de campo, sino que posibilitó agregar detalles sobre las dimensiones incluidas en el relevamiento. Asimismo, se hicieron entrevistas a mujeres y varones entre 15 y 49 años, con cobertura de salud en el departamento en estudio, como forma de completar la información en base a percepción sobre existencia de los servicios y su capacidad de respuesta a requerimientos de la población.

El acceso a la información de las instituciones no siempre estuvo disponible y hubo que subsanar diversos obstáculos para llegar a ella, 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 (ASSE), demoró la tarea hasta hacerla inviable. La información requerida tuvo que ser solicitada interponiendo el recurso habilitado por la ley de acceso a la información pública y, aun así, los datos brindados por las autoridades correspondientes solo respondieron a una parte menor de los campos demandados.

Otra de las complejidades que tuvo este relevamiento fue que durante el trabajo de campo hubo nuevas ordenanzas ministeriales en respuesta al fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) que derogó artículos de la reglamentación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo que implicaron modificaciones en el funcionamiento. Entre estos cambios uno de los más significativos fue el de la confidencialidad de los nombres de profesionales objetores, lo que determinó la imposibilidad de acceder a la nómina con lo que en los departamentos relevados con posterioridad al fallo (Florida, Rivera, Maldonado, Rocha, Cerro Largo y Montevideo) no se pudo hacer el cálculo del porcentaje de objetores por departamento sino que se relevó la cantidad de objetores por institución de salud. Esta realidad genera un importante problema no solo para el monitoreo social, sino para que las autoridades sanitarias puedan ejercer su capacidad de fiscalizar y controlar sobre la magnitud que adquiere la objeción de conciencia. En cuanto a la información que recibe la población usuaria, esta medida atenta contra el derecho a saber si el profesional con el que se atiende es objetor o no.

Tabla 1:
Resumen de prestadores de salud incluidos en el monitoreo

Depto.	Población del departamento	Institución	Tipo	Localidad estudiada	Año del estudio
Salto	124.878	ASSE	Público	Salto (capital)	2013
		CAM	Privado		
Soriano	82.595	ASSE	Público	Mercedes (capital), Cardona y Dolores	2014
		CAMS	Privado		
Río Negro	54.765	Círculo Católico (solo aborto)	Privado	Fray Bentos (capital), Young	2014
		ASSE	Público		
		AMEDRIN	Privado		
Paysandú	113.124	Cooperativa de Asistencia Médica de Young (CAMY)	Privado	Paysandú (capital)	2014
		ASSE	Público		
Rivera	107.187	Cooperativa Médica de Paysandú (COMÉPA)	Privado	Rivera (capital)	2015
		ASSE	Público		
		CASMER	Privado		
Maldonado	177.349	COMERI	Privado	Maldonado (capital), San Carlos, Pan de Azúcar, Piriápolis	2015
		ASSE	Público		
		Mautone	Privado		
Florida	69.283	La Asistencial	Privado	Florida (capital)	2015
		ASSE	Público		
Cerro Largo	89.374	COMEF	Privado	Melo (capital), Río Branco	2016
		ASSE	Público		
Rocha	73.685	CAMCEL	Privado	Rocha (capital), Chuy, Castillos	2016
		ASSE	Público		
Montevideo	1.318.755	COMERO	Privado		2016 2017
		Hospital Pereira Rossell	Público		
		Hospital Policial	Público		
		Médica Uruguaya	Privado		
		COSEM	Privado		
RAP-ASSE**	Público				

* En total, los departamentos monitoreados cubren el 64% de la población del país. En ellos el monitoreo se realizó en las capitales departamentales y principales ciudades e incluyó los principales prestadores de salud que alcanzaban más cobertura en el departamento. En algunos casos, como en Salto, las instituciones de salud incluidas en el estudio eran las únicas existentes.

** El estudio fue realizado por la Facultad de Psicología de la Udelar. Aquí se tomaron los datos de objeción de conciencia de ese estudio.

3. EL CONTEXTO LEGAL: PRINCIPALES CONTENIDOS DE LA NUEVA LEGISLACIÓN



En 2008 el Parlamento uruguayo aprobó la ley 18426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, una normativa marco en derechos sexuales y reproductivos, que incluía varios capítulos que regulaban la práctica del aborto por voluntad de la mujer dentro de las primeras 12 semanas de embarazo y habilitaban causales más allá de ese plazo. Tras la aprobación parlamentaria el Poder Ejecutivo, a iniciativa del presidente Tabaré Vázquez –primer presidente de un partido de izquierda (Frente Amplio) en la historia del país–, interpuso un veto sobre todos los capítulos relativos al aborto. Aun así, la ley finalmente promulgada estableció las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, definió los cometidos y alcances de las políticas en salud sexual y reproductiva y determinó que el Ministerio de Salud Pública (MSP) fuese el ente rector y responsable de definir y asegurar el cumplimiento de las ordenanzas y guías clínicas como marco para estas prestaciones.

Entre sus cometidos, la ley 18426 establece que el Estado debe promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios en el campo de la salud sexual y reproductiva. Todos los prestadores de salud deben brindar servicios de anticoncepción, incluyendo ligadura tubaria y vasectomía; control de embarazo y atención en el parto y puerperio; asesoramiento y consejería en casos de embarazo no intencional; atención, detección y prevención de cáncer génito-mamario; atención en climaterio y menopausia; atención, detección y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH; atención a mujeres en situación de violencia doméstica; y atención integral a población adolescente (retomado en Guía 2010 MSP sobre implementación de servicios en salud sexual y reproductiva).

En 2010, la ley fue reglamentada por el decreto 293/010, organizando los servicios de salud sexual y reproductiva en todas las instituciones de salud afiliadas al (SNIS). La reglamentación de la ley estableció que cada prestador de salud deberá contar con un *“equipo de referencia multidisciplinario”*, integrado como mínimo por un profesional de la ginecología, uno de la psicología y obstetra/partera. La función del equipo es *“asegurar la integralidad de los servicios”* con criterios comunes de actuación *“de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva”* y con *“mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia”*. El decreto también estableció que independientemente de la atención que las personas usuarias del sistema de salud reciban de los especialistas, podrán acudir a consultas con el equipo de referencia, ya sea por derivación de los especialistas o por iniciativa propia (Art. 9, Decreto 293/010)¹.

Paralelamente, el debate sobre la despenalización del aborto continuó en el espacio político. En 2012, luego de un intenso y complejo proceso parlamentario se aprobó la ley 18987, de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que buscó subsanar el vacío generado por el veto del gobierno anterior (2005-2010) a los capítulos sobre aborto de la Ley de Defensa Salud Sexual y Reproductiva. La nueva normativa estableció que no se aplicarán los artículos 325 y 325 bis del Código Penal que suponen la pena para el delito de aborto, en cierto plazo y siempre y cuando la mujer cumpla con determinadas condiciones administrativas.

La exención de la pena del delito de aborto es aplicable si la interrupción se realiza en instituciones del SNIS antes de las 12 semanas de gestación o de las 14 semanas en casos de violación y sin plazo cuando

1 Las guías clínicas del MSP establecen una variedad de funciones para los servicios de salud sexual y reproductiva:

el embarazo implique un grave riesgo para la salud de la mujer, o si el feto presenta malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. Cuando la interrupción se realiza dentro de las 12 semanas por la voluntad de la mujer, la ley estableció procedimientos obligatorios para acceder al aborto. Estos procedimientos implican una primera consulta en la que la mujer debe *"poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso"* (artículo 3o, ley 18987); entrevistarse luego con un equipo multidisciplinario y tener obligatoriamente un plazo no menor a cinco días de reflexión luego del que accederá a la interrupción si mantiene su decisión de abortar. La ley determina que el equipo multidisciplinario para el proceso de IVE debe estar integrado, como mínimo, por un profesional de la ginecología, uno de la psicología y otro con formación en el área social (inciso segundo del artículo 3º, ley 18987).

En el caso de las mujeres menores de edad se requiere el consentimiento de los padres o adulto a cargo y en caso de que este no pueda ser recabado, la adolescente puede presentarse ante un juez competente con los antecedentes del equipo médico. En el caso de las mujeres incapaces se requiere el consentimiento informado de su curador y venia judicial.

La ley estableció que los profesionales pueden invocar la Objeción de Conciencia (OC) para negarse a realizar abortos y que las instituciones que por sus estatutos o cartas orgánicas entiendan que no deben llevar adelante abortos, podrán hacer uso del recurso de Objeción de Ideario (OI) que, en los hechos, se configura como objeción de conciencia institucional. En los casos en los que un prestador de salud no tenga profesionales que realicen la interrupción o se trate de un prestador con OI, la usuaria debe ser derivada inmediatamente para su atención a otro profesional de otra institución que garantice la prestación (arts. 10 y 11 ley 18987). Es obligación del Ministerio de Salud llevar un registro estadístico actualizado sobre todos los procedimientos de aborto que se realizan.

La Ley de IVE fue reglamentada por el decreto 375/012 del 22 de noviembre de 2012. En ese momento comenzaron a regir los servicios legales de aborto en el país. Los equipos multidisciplinarios deben tener como referencia a los equipos coordinadores en salud sexual y reproductiva creados por el decreto reglamentario de la Ley de Defensa de Salud Sexual y Reproductiva.

En 2016 el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), el organismo contralor del Estado, que es la máxima jerarquía en relación al control del cumplimiento del Poder Ejecutivo a las cuestiones administrativas y reglamentarias del Estado, emitió un fallo por el que se anularon (total o parcialmente) varios artículos del decreto reglamentario de la ley de IVE. La sentencia del TCA respondía a una demanda de nulidad contra el decreto 375/012, iniciada por un grupo de ginecólogos del SNIS, que sostenían que el decreto restringía "ilegitimamente el ejercicio de conciencia del personal de la salud" reconocido por la ley de IVE. Debido al fallo, en abril de 2016, el MSP emitió nuevas ordenanzas (**Nº 243/016, Nº 247/016 y Nº 366/016**) que implicaron mayores rigideces en la "ruta" de IVE. Entre los cambios más importantes que se introdujeron se destaca:

- La obligatoriedad de la asistencia en simultáneo de los equipos multidisciplinarios a cargo de los servicios de IVE, mientras que la reglamentación anterior admitía que pudieran hacerlo de forma simultánea o consecutiva.
- El comienzo de la contabilización de los "cinco días de reflexión" a partir de la fase IVE 2 de consulta con el equipo multidisciplinario.
- La posibilidad de objetar conciencia en cualquiera de las etapas del proceso y no solo en IVE 3, como establecía la reglamentación anterior.

4. PRINCIPALES RESULTADOS



Funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, espacio adolescente, anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, violencia y VIH-Sida

Los monitoreos departamentales realizados por el Observatorio de MYSU en el período 2013-2017 incluyeron, como se dijo, distintos tópicos de las prestaciones del sistema de salud relacionadas con la salud sexual y reproductiva. A los efectos de la presentación de los resultados de los estudios, aquí se decidió dividirlos en dos capítulos. En este sentido, este capítulo resume el funcionamiento general de los servicios de salud sexual y reproductiva, los Espacios Adolescentes, los servicios de anticoncepción, los de embarazo, parto y puerperio, violencia y VIH-Sida. El capítulo siguiente, en cambio, está dedicado al funcionamiento de los servicios de aborto. Al ser una prestación nueva, los servicios de aborto concentraron la atención de los monitoreos de MYSU durante el período, y en esta dimensión se relevó la mayor cantidad de datos. Por esto se consideró que las prestaciones sobre aborto requerían un capítulo aparte. Los servicios de aborto son además los que registran mayores disparidades en el territorio, como se verá en la sección siguiente de este documento.

4.1 Funcionamiento general de los equipos de salud sexual y reproductiva

Los **equipos de salud sexual y reproductiva** se crearon en la reglamentación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18426) en el año 2010. Estos equipos deben estar integrados –como mínimo– por tres profesionales: de ginecología, de psicología y obstetra/partera. Se constituyen como ámbitos de referencia en SSR en el prestador, pero también pueden hacer atención directa (ver apartado 2 en este informe). MYSU registró el funcionamiento de los servicios en tres aspectos: la existencia de los equipos como tales, su composición y si son equipos de referencia en SSR para el prestador. Adicionalmente, el monitoreo buscó detectar si existían “Espacios Adolescentes” dentro de los equipos de SSR o en otros ámbitos del prestador, en tanto unidades especializadas en SSR para la población adolescente. La tabla 2 presenta un resumen de las diferencias en el funcionamiento de los servicios de SSR en los prestadores de salud incluidos en la investigación.

Un primer rasgo general del funcionamiento de los servicios en SSR es que, si bien en la mayoría de los prestadores existen servicios de SSR y están conformados como estipula la norma, **la mayoría de los servicios no funcionan como equipos de referencia**. En este sentido, MYSU constató que, **salvo excepciones, los servicios en SSR se dedican a la atención directa**. En este sentido, destaca el Equipo Coordinador Referencial en SSR del Hospital Pereira Rossell en Montevideo. Además de atención directa, este equipo es un referente en SSR para el resto de los profesionales del hospital, y también para los equipos del interior del país. Múltiples profesionales trabajan de lunes a viernes para brindar servicios en distintas policlínicas de SSR. El equipo se reúne el primer lunes de cada mes para evaluación.

El resto de los equipos monitoreados concentran sus funciones en anticoncepción e IVE. Esto se debe a que los equipos multidisciplinarios que estableció la ley de IVE fueron subsumidos a los equipos de SSR, modificando la integración de los primeros, mediante la incorporación de un profesional del trabajo social. De hecho, **la implementación de la ley de IVE por parte de los servicios de SSR ha hecho que sus funciones pasaran a estar muy identificadas con esta prestación, relegando el carácter integral que deberían tener los equipos referenciales en SSR. Un caso extremo ocurre en el prestador público del departamento de Florida, donde la policlínica en SSR solo realiza IVE.** Sin embargo, las escasas tareas referenciales que llevan a cabo los equipos de SSR no pueden atribuirse exclusivamente a la implementación de la ley de IVE. Cuando MYSU indagó cuáles eran las tareas de estos equipos antes de la ley de IVE, en todos los casos se señaló que las actividades principales eran atención directa en anticoncepción y consejería pre y post aborto. Esto implica que desde su creación los equipos de SSR estuvieron en atención directa y escasamente fueron referentes (tabla 2).

4.2 Espacios adolescentes

Los **Espacios Adolescentes** o las policlínicas de atención a adolescentes son menos frecuentes en los prestadores de salud que los equipos en SSR (tabla 2). Pese a que no siempre cuentan con los insumos adecuados para la tarea de promoción y prevención, en las entrevistas MYSU pudo constatar que cuando estos espacios existen y funcionan bien, suelen ser una de las pocas vías por las que los varones consultan sobre temas de SSR, especialmente anticoncepción (como se verá en las secciones siguientes, los servicios de anticoncepción tienen problemas para captar a hombres). Por lo tanto, en el largo plazo, un buen funcionamiento de los Espacios Adolescentes, que incorpore otras dimensiones de la SSR, además de la anticoncepción, podría contribuir a la superación del bagaje cultural que se sigue arrastrando del viejo modelo de atención materno-infantil, que coloca el peso de la SSR sobre las mujeres.

Tabla 2:
Resumen funcionamiento servicios SSR

Depto.	Prestador de salud	Existe SSR	Es equipo de referencia	Existe Espacio Adolescente	Comentario
Salto	ASSE	Sí	No	Sí	
	CAM	Sí	No	s/d	
Soriano	ASSE	Sí	Sí		No hay IVE en la ciudad de Mercedes.
	CAMS	Sí	Sí		
	MUCAM	No			

Depto.	Prestador de salud	Existe SSR	Es equipo de referencia	Existe Espacio Adolescente	Comentario
Río Negro	ASSE	Sí	No	s/d	Atención en SSR se hace en policlínicas. El prestador señala que se optó por no conformar la policlínica porque eso contribuiría a etiquetar a las mujeres que allí se fueran a atender.
	AMEDRIN	Sí	No	s/d	
	CAMY	No	No	s/d	
Paysandú	ASSE	Sí	Sí		
	COMEPA	Sí	s/d		
Rivera	ASSE	Sí	No	No	Pero el equipo de SSR ubicado en el Centro de Salud Puyol realiza atención en SSR a adolescentes.
	CASMER	Sí	No		
	COMERI	Sí	No		
Maldonado	Hospital San Carlos ASSE	No	No		
	RAP-ASSE	Sí	No		
	Mautone	Sí	No	Sí	
	La Asistencial				
Florida	ASSE	Sí	No	Sí	Solo hace IVE
	COMEF	Sí	No	s/d	
Cerro Largo	ASSE	Sí	s/d	Sí	No existe un espacio adolescente en sí mismo, pero sí una serie de policlínicas de atención a adolescentes por parte de médicos generales, especialistas y otros/as profesionales.
	CAMCEL	Sí		No	
Rocha	Hospital Chuy ASSE	No		No	Hay una policlínica donde las parteras brindan servicios de SSR
	Hospital Castillo ASSE	No		No	
	Hospital de Rocha ASSE	Sí	No		
	COMERO	Sí	Sí	Sí	
Montevideo	Hospital Pereira Rossell	Sí	Sí	Sí	De referencia en el país para el sistema público
	Hospital Policial	Sí	s/d	Sí	
	Médica Uruguaya	Sí	Sí	Sí	
	COSEM	Sí	No	Sí	

4.3 Servicios de anticoncepción

Las características de los servicios de anticoncepción en los prestadores monitoreados también presentan variaciones entre regiones y ámbitos público y privado, no obstante, cabe destacar algunos rasgos generales. En primer lugar, respecto a estudios anteriores de MYSU (MYSU 2008 y 2009) existen mejoras en estos servicios por la diversificación de los métodos que se ofrecen, en especial los reversibles, a partir de, por ejemplo, la incorporación de condones femeninos e implantes subdérmicos disponibles en los servicios públicos y que comienzan a introducirse en las mutualistas. En segundo lugar, los preservativos masculinos y los anticonceptivos orales siguen predominando en la opción anticonceptiva de las mujeres. La información relevada muestra que ha habido asimismo una sostenida disminución en el uso de dispositivos intrauterinos. Esto último podría responder a las demoras en su colocación en algunas prestadores (ver más adelante). En tercer lugar, se verifica que **los servicios de anticoncepción están dirigidos y/o son utilizados mayoritariamente por mujeres**. Una muestra de ello es que en el departamento de Florida, donde los servicios de anticoncepción funcionan correctamente, la consulta de varones es poco frecuente, salvo por casos de disfunciones sexuales, según se desprende de las entrevistas a informantes calificados. De acuerdo a las estimaciones del equipo de SSR del prestador público en este departamento, la atención a hombres representa menos del 1% del total. La falta de servicios en anticoncepción dirigidos a varones legitima y reproduce la idea de que la responsabilidad de la prevención y el cuidado reproductivo es de las mujeres.

Un cuarto rasgo general refiere a la falta de información sobre métodos anticonceptivos con que cuentan las mujeres. Así, por ejemplo, los profesionales del Hospital Policial (Montevideo) señalaron que el tiempo destinado a las consultas es insuficiente para brindar la información y el asesoramiento necesario sobre SSR.

Recuadro 1 Buenas prácticas en anticoncepción (Soriano)

Un cambio de paradigma es el proyecto en SSR llevado adelante en el departamento de Soriano. La iniciativa, que busca la prevención para toda la población con especial énfasis en la anticoncepción, involucra el trabajo conjunto de CAMS, ASSE, la Intendencia y todas las mutualistas que no tienen sanatorio o internación. Al momento del monitoreo de MYSU no estaba funcionando.

Con respecto a las diferencias entre prestadores, se destaca que en algunos la repetición de recetas de métodos anticonceptivos, así como la colocación de implantes subdérmicos, la pueden realizar médicos generales, de familia y parteras. En otros casos, la tarea en anticoncepción de las parteras queda

restringida a la consejería. Esto es un problema para los servicios con demanda insatisfecha en anti-concepción por sobre-saturación, como en las policlínicas de salud sexual y reproductiva del Hospital Pereira Rossell, en Montevideo.

En relación al acceso a métodos anticonceptivos específicos, en algunos servicios destacan las demoras en la colocación de DIU y las dificultades para acceder a métodos irreversibles, como la ligadura tubaria. En determinados prestadores, las dificultades para este método van desde demoras excesivas (más de 6 meses) a casos en los que los ginecólogos se niegan o ponen trabas para realizar esta intervención. Esto fue registrado especialmente en los departamentos en los que se constataron altos niveles de objeción de conciencia para aborto. Estos retrasos superan los plazos establecidos por normativa, por lo tanto, hay servicios que incumplen lo estipulado por las autoridades de la salud.

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

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

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

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

En algunos lugares las demoras en la colocación de DIU derivan de los pocos días disponibles para la colocación del dispositivo y los escasos números que se entregan:

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

Recuadro 2**Buenas prácticas en anticoncepción (Florida- ASSE)**

La policlínica de SSR realiza colocación de DIU, algo que identifican como uno de los principales motivos de consulta de las usuarias que llegan a la policlínica. Este prestador **no limita el número de mujeres a las que se atiende para colocación de DIU**: el servicio se brinda a todas las usuarias por orden de llegada. En este sentido, siempre tienen supernumerarias y la policlínica tiende a extenderse al menos una hora más en horario. Tienen disponibilidad suficiente para cubrir la demanda y el equipo no está saturado. Por su parte, los ginecólogos itinerantes y las policlínicas rurales también se encuentran preparados para la colocación de DIU.

Tabla 3:
Resumen de principales hallazgos en servicios de anticoncepción

Departamento	Prestador de salud	Servicios restringidos a policlínica SSR	Solo ginecólogos	Dificultades	Tipo de dificultades
Salto	ASSE	Sí	s/d	Sí	Demoras colocación de DIU; objeción de conciencia métodos irreversibles, consulta de asesoramiento en ligaduras
	CAM	No	s/d	Sí	Demoras colocación de DIU
Soriano	ASSE	s/d	s/d	s/d	s/d
	CAMS	s/d	s/d	s/d	s/d
Río Negro	ASSE	No	No	s/d	s/d
	AMEDRIN	s/d	s/d	s/d	s/d
	CAMY	s/d	s/d	s/d	s/d
Paysandú	ASSE	No	No	s/d	s/d
	COMEPA	s/d	Sí	s/d	s/d

Departamento	Prestador de salud	Servicios restringidos a policlínica SSR	Solo ginecólogos	Dificultades	Tipo de dificultades
Rivera	ASSE	No	No	Sí	Demoras colocación DIU, pocos casos de ligaduras en comparación con prestador privado, no hay servicios de anticoncepción en el Hospital de Rivera
	CASMER	No	Sí	Sí	Poca distribución de preservativos
	COMERI	No	s/d	s/d	No
Maldonado	Hospital San Carlos ASSE	No	No	No	Demoras colocación DIU, objeción de conciencia métodos irreversibles Demoras colocación de DIU
	RAP-ASSE	No	No	No	
	Mautone	No	No	Sí	
	La Asistencial	No	No		
Florida	ASSE	No	No	No	No
	COMEF	No	No	No	No
Cerro Largo	ASSE	No	No	Sí	Demoras de un año para ligaduras
	CAMCEL	Sí	s/d	No	
Rocha	Hospital Chuy ASSE	No	No	No	
	Hospital Castillo ASSE	No	No	No	
	COMERO	No	No	No	
Montevideo	Hosp. Pereira Rossell	No	No	Sí	Sobredemanda
	Hospital Policial	No	Sí	No	Demora de uno a dos años para ligadura tubaria
	Médica Uruguaya	No	Sí	Sí	
	COSEM	No	No	No	

4.4 Embarazo, parto y puerperio

En esta dimensión un primer rasgo a destacar –también señalado por el MSP– son los altos índices de cesáreas en el país. En segundo lugar, las diferencias en el índice de cesáreas que se registran entre los prestadores públicos y privados.

El porcentaje de nacimientos por cesáreas en Uruguay (44%) es uno de los más altos de América Latina, por encima de lo que registran los países desarrollados, con una tasa mucho más alta que la recomendada por la OMS (15%) (Cóppola 2015). Existen diferencias significativas entre los prestadores públicos y privados que hacen que en estos últimos los índices de cesáreas sean sustancialmente mayores que en los prestadores públicos. Según datos del MSP, mientras en el período setiembre 2015–octubre 2016 del total de nacimientos asistidos en los prestadores públicos del país, el 30% fueron por cesáreas, para los prestadores mutuales fue del 49,8%, con tasas de 68,9 en la mutualista COSEM (Indicadores asistenciales 2016, MSP).

Además de las diferencias anteriores, el Observatorio registró dificultades en algunos prestadores públicos del interior para la atención del embarazo y el parto debido a la falta de ginecólogos y anestesiistas de guardia. Esto sucede, por ejemplo, en el Hospital de Rocha, en el Hospital de Melo en Cerro Largo y en el Hospital de San Carlos en Maldonado. En estos casos, se realizan convenios con los prestadores privados del departamento, lo que implica que las usuarias tengan que trasladarse durante el trabajo de parto o puerperio, generando una mala atención en un servicio básico en SSR.

También existen dificultades en la atención derivadas de la falta de recursos humanos en el prestador privado de Maldonado. En este departamento, tanto en las policlínicas como en los centros de salud de ASSE, los embarazos son controlados por parteras, en algunos casos incluso (al igual que sucede en Rivera) los embarazos de alto riesgo, ya que para todo Maldonado solamente dos ginecólogos tienen policlínicas de embarazo de alto riesgo. En las entrevistas se señaló que, muchas veces, las parteras terminan "haciendo" de ginecólogas y cuando no queda opción, derivan las embarazadas de alto riesgo al profesional de la ginecología de guardia.

Por otro lado, algunos prestadores están iniciando un cambio de paradigma para promover el parto humanizado. En este sentido, el Hospital de Rocha es un ejemplo, ya que en 2014 instaló la primera maternidad de parto humanizado del país. Otros prestadores, como el Hospital de Chuy o el Hospital Pereira Rossell, también promueven prácticas de parto humanizado. No obstante, el tránsito de la atención tradicional del parto al nuevo paradigma todavía es lenta.

Recuadro 3**Buenas prácticas. Embarazo, parto y puerperio (COMERO-Rocha)**

Para los embarazos de bajo riesgo COMERO tiene un modelo de atención particular: son atendidos exclusivamente por una partera. En caso de embarazos de riesgo, las parteras coordinan con los ginecólogos. Desde que se implementó este modelo de atención, descendió el índice de embarazos de riesgo, la prematuridad, el porcentaje de bebés con bajo peso al nacer e, incluso, el índice de cesáreas (que sigue siendo considerablemente alto, en línea con los promedios nacionales). Una de las parteras del prestador está encargada de brindar diariamente apoyo a lactancia en la maternidad. A su vez, periódicamente se imparten talleres de lactancia a cargo de la misma partera. Cuando la mujer sale de la maternidad se le entrega una orden para control puerperal en el que además de una revisión general de su estado físico y emocional, se le brinda asesoramiento en anticoncepción.

Recuadro 4**Malas prácticas. Embarazo, maternidad y aborto: inequidades y vulneración de los derechos de las funcionarias policiales**

A partir de las entrevistas con profesionales del Hospital Policial se destaca que las funcionarias policiales viven cotidianamente inequidades originadas por su condición de mujer que afectan sus derechos y carreras laborales. Las policías ejecutivas están en problema ante situaciones de embarazo, maternidad y aborto, ya que se les exige que sigan trabajando en la calle, patrullando, usando chaleco, arma, etc., si bien se les podría encomendar otras tareas que consideraran la situación coyuntural y les permitiera seguir trabajando en condiciones seguras. Debido a lo señalado, el personal de ginecología tiende a certificarlas para que no se expongan a esas situaciones. De esta manera, ellas asumen los costos de deteriorar su carrera funcional, por ejemplo, perdiendo puntos para un posible concurso.

Por otra parte, cuando las funcionarias están transitando por un aborto, muchas veces, reciben presión para explicar por qué faltan a su trabajo, el motivo para un cambio de turno o para llegar tarde (el horario de la policlínica es acotado y las mujeres tienen que ir, por lo menos, cuatro veces seguidas). Aunque el equipo de salud les informa de que no tienen la obligación de dar explicaciones, debido a que están sujetas a disciplina policial se les hace difícil poder mantener en reserva su condición. En muchas ocasiones, se les exige dar detalles a sus superiores, lo que vulnera el derecho a la confidencialidad y las expone a situaciones de estigma y discriminación. Además, hay procedimientos dentro del Ministerio del Interior (MI) que complejizan el tema. Por ejemplo, si el funcionariado policial está

internado, debe dar parte a la unidad en la que brinda el servicio, lo que también dificulta mantener la confidencialidad sobre el motivo de la internación.

En el Hospital Policial hubo problemas con las certificaciones médicas por temas de IVE. Esto se solucionó al informar al médico certificador de que si el equipo de SSR indicara "metrorragia", correspondería a un IVE. También han optado por diagnosticar "cuadro ginecológico". Según se manifestó, fue un proceso de ensayo y error que dio buenos resultados. Sin embargo, como se señaló anteriormente, sigue habiendo casos en los que para los superiores ese dato no es suficiente y exigen detalles.

4.5 Violencia

El sistema de salud es por definición un ámbito privilegiado para la atención temprana y la derivación oportuna de casos de violencia basada en género. En este sentido, el decreto 281 del Poder Ejecutivo del 27/11/2006 estableció, entre otras obligaciones, que las instituciones de salud públicas y privadas debían incluir en las historias clínicas de las usuarias el "Formulario de Violencia Doméstica" (conocido como formulario violeta); que las instituciones de salud debían brindar atención y asistencia en los casos detectados y que, a su vez, debían contar con equipos multidisciplinarios de referencia en violencia, así como con personal capacitado. Asimismo, la Ley 18426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, estableció como uno de sus objetivos el fortalecimiento de los servicios de violencia de género. En este marco, la investigación de MYSU en los territorios estuvo dirigida a monitorear estos aspectos.

La siguiente tabla muestra un resumen de los principales hallazgos de esta dimensión, destacándose dos fenómenos: no todos los prestadores de salud incluidos en el monitoreo tenían equipos en violencia conformados y en funcionamiento al momento en que se relevaron los datos (en el Hospital Pereira Rossell, en Montevideo el equipo se estaba conformando al momento de la investigación). **A su vez, la ausencia de equipos en violencia se constata sobre todo en los prestadores públicos y, en particular, en el interior del país.**

Además, en dos de los prestadores estudiados no se utiliza el formulario de detección de casos de violencia. La no aplicación del formulario ocurre en los prestadores públicos y no en los privados, debido a que en estos últimos la aplicación del formulario es una "meta asistencial" del SNIS, y de ello depende el traspaso de fondos públicos a los prestadores privados ("cápitales"). La mayoría de los prestadores privados incluidos en la investigación señalan que no obstante esto, en los prestadores en los que el formulario sí se aplica, los profesionales entrevistados señalaron que muchas veces no se hace de forma sistemática. Además, los profesionales de la salud suelen coincidir en que el formulario no es una buena herramienta de detección de casos de violencia, o que esto depende de cómo se aplique el formulario.

Así, por ejemplo, en 2015, en la RAP-ASSE en el departamento de Cerro Largo, se completaron 426 formularios con las respuestas de mujeres mayores de 15 años. De éstos, solamente el 1% se identificaron como casos de violencia doméstica y recibieron algún tipo de atención o derivación. En este sentido, una generalidad que muestra el relevamiento del Observatorio es que los servicios de salud subdetectan casos de violencia. Los datos de MYSU concuerdan con los que existen a escala nacional y que señalan que en 500.000 formularios, apenas se detectaron 4.000 situaciones de violencia, de las que solo se atendieron 1.000 casos².

Tabla 4:
Resumen de principales hallazgos en servicios de violencia de género

Departamento	Prestador de salud	Equipo de referencia	Uso formulario violeta
Salto	ASSE	s/d	No
	CAM	Sí	Sí
Soriano	ASSE	Sí	Sí
	CAMS	Sí	Sí
Río Negro	ASSE	No	No
	AMEDRIN	Sí	Sí
	CAMY	Sí	Sí
Paysandú	ASSE	No	Sí
	COMPA	Sí	Sí
Rivera	ASSE	No	s/d
	CASMER	Sí	Sí
	COMERI	Sí	Sí
Maldonado	Hospital San Carlos ASSE	Sí	s/d
	RAP-ASSE	Sí	s/d
	Mautone	Sí	Sí
	La Asistencial	s/d	s/d
Florida	ASSE	No	s/d
	COMEF	Sí	Sí
Cerro Largo	ASSE	No	Sí
	CAMCEL	Sí	Sí
Rocha	Hospital Chuy ASSE	No	Sí
	Hospital Castillo ASSE	No	Sí
	COMERO	Sí	Sí
Montevideo	Hospital Pereira Rossell	Sí	Sí
	Hospital Policial	Sí	Sí
	Médica Uruguaya	Sí	Sí
	COSEM	Sí	Sí

² Informe País. Convención CEDAW 2007-2014. 8º9º Informe periódico de la República Oriental del Uruguay ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. INMUJERES. Montevideo, enero 2015.

Esta variación institucional en los servicios de violencia y la información aportada por los profesionales de la salud en las entrevistas realizadas por el Observatorio permiten distinguir dos grandes rutas de atención de casos de violencia:

- a. Formularios no se aplican o se aplican mal y no existe equipo de referencia en violencia: los servicios de salud igualmente detectan casos (por ejemplo, en la consulta común) y derivan a un grupo ad hoc dentro del prestador (asistente social y psicóloga de equipo de IVE en ASSE Paysandú; licenciada en enfermería y profesionales en contacto con el caso, en ASSE Rivera) y/o a servicios estatales de atención de violencia fuera del prestador de salud (ASSE Río Negro, ASSE Rivera).
- b. La aplicación del formulario de detección no es exhaustiva pero existe un equipo de referencia en violencia en el prestador: los casos se detectan en la consulta a través del formulario o sin éste, o llegan en forma directa al equipo, éste valora los casos y deriva y, eventualmente, realiza seguimiento. En esta segunda ruta también hay diferencia en la calidad de la atención, dado que hay equipos que funcionan de forma más eficiente que otros, por ejemplo, capacitando al personal de la institución para la correcta detección de casos (COMERI Rivera) o realizando un seguimiento de los casos (COSEM Montevideo). Esta ruta concentra, en mayor medida, a prestadores privados.

Algunos profesionales entrevistados en el Hospital Pereira Rossell señalaron que en el centro de salud solo deberían atenderse las situaciones de violencias vinculadas al embarazo o violencia sexual, como las violaciones, mientras que otros casos deberían derivarse a servicios que atiendan otras formas de violencia. Quienes brindan la atención en violencia en el hospital, señalaron en las entrevistas, que no siempre tienen respaldo para la tarea ni protección ante la presencia de agresores.

Recuadro 5:
Malas prácticas. El Hospital Policial un caso particular de atención de casos de violencia con necesidades de mejora

Desde 2007 el Hospital Policial cuenta con un servicio de violencia que tiene un fuerte énfasis en la atención de varones. La principal ruta de acceso éste es la "Novedad Policial", la reglamentación del Decreto 111/2015, que regula las situaciones de violencia doméstica dentro del Ministerio del Interior y que indica que toda denuncia en la que haya un funcionario policial involucrado debe derivarse al equipo. Cuando un funcionario policial es denunciado por violencia doméstica recibe la orden de ir al servicio para una evaluación del equipo, pero no se lo obliga a atenderse.

En temas de violencia, la policía constituye un grupo de riesgo particularmente importante ya que por el trabajo que realizan siempre hay presencia de armas de fuego en el hogar. Ante casos de denuncias, el protocolo indica que en la mayoría de las situaciones debe realizarse un desarme, tanto del varón como de la mujer policía, elemento que se imbrica en el proceso. Dado que el retiro del arma afecta el normal desempeño de las tareas y, por tanto, las economías de los hogares, esto genera un desincentivo para denunciar dificultando el abordaje del problema.

Un aspecto que podría considerarse en la detección de casos de violencia en el sistema de salud es la detección y derivación en el marco de la atención de IVE. En las entrevistas realizadas se da cuenta de situaciones de violencia como uno de los motivos esgrimidos por las usuarias para querer interrumpir su embarazo. Sin embargo, no queda claro si la generalidad de los equipos está detectando y derivando casos de violencia:

Nos ha pasado que la mujer en eso que va contando de los motivos por los cuales quiere interrumpir el embarazo, empieza a contar que sufre violencia. Las mujeres [...] vienen con la cabeza en otra cosa, entonces capaz que en ese momento el hecho de que el marido le pega, para ella es secundario a la necesidad que tiene [de abortar]. Obviamente que lo trabajamos, que ella pueda consultar, el tema de derechos y todo; pero, por lo general no lo trabajamos en el primer encuentro más fuerte (...). Cuando viene al IVE 4 le preguntamos (Entrevistada 5).

4.6 ITS/SIDA

En esta dimensión destaca que, en general, los principales prestadores de salud departamentales (públicos y mutuales) incluidos en el monitoreo disponen de test de detección (rápidos y confirmatorios) de infecciones de transmisión sexual, en especial de VIH. Asimismo, las mujeres con VIH que se embarazan o aquellas a las que se detecta el VIH durante su embarazo tienen cobertura y acceso a medicación anti-retroviral que reduce la transmisión al feto. En general, reciben ese tratamiento en los centros de salud en los que controlan el embarazo y no requieren traslado, lo que reduce riesgos innecesarios y costos.

Sin embargo, se identifican algunas dificultades en los servicios de ITS/SIDA. En primer lugar, las campañas públicas de difusión de la prevención en VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, que reiteren las formas de transmisión y promuevan el autocuidado y la adecuada protección en las relaciones sexuales, escasamente trascienden a las fechas conmemorativas. En segundo lugar, los prestadores de

salud y las organizaciones de la sociedad civil sostienen que no siempre está asegurada la confidencialidad ante los motivos de consulta y frente al resultado de exámenes.

Por último, en particular en el relevamiento de Montevideo se observa una brecha en el porcentaje de adherencia al tratamiento entre las personas usuarias del sector mutual (ronda el 90%) y las que se atienden en los prestadores públicos (50 a 60%). Una explicación puede estar en las diferencias para el acceso al tratamiento. Así, por ejemplo, mientras que en instituciones como COSEM se pide hora a especialista telefónicamente, en el sistema público se debe solicitar hora personalmente. Por otra parte, en COSEM el acceso a fármacos es muy sencillo de realizar en la farmacia de la institución, mientras que para la población que se atiende en ASSE es mucho más complejo y engorroso. En algunas situaciones, en Montevideo hay que mandar un formulario con toda la paraclínica por correo electrónico a la farmacia central del Hospital Pasteur que, a su vez, lo envía a autorizar a un comité para que se pueda retirar en la farmacia a los 10 días.

**5. PRINCIPALES RESULTADOS
EN EL FUNCIONAMIENTO DE
LOS SERVICIOS DE ABORTO**



El registro realizado por MYSU muestra un funcionamiento dispar de los servicios de aborto en el territorio con algunos rasgos comunes. En general, los equipos multidisciplinarios para la atención en IVE trabajan dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva. Suelen concentrar todas las etapas de IVE, cuando en realidad, según la ley, su función básica está en IVE 2. La concentración de todas las etapas de IVE en los equipos podría ser un rasgo positivo de la organización de los servicios, si éstos estuvieran bien identificados y fueran visibles para las usuarias. No obstante, un aspecto negativo de esta forma de funcionamiento es que solo unos pocos médicos realizan IVE 3, porque queda restringido a los que están asignados a los equipos multidisciplinarios. Existen prestadores en los que hay profesionales de la ginecología que aunque no son objetores de conciencia no realizan IVE, probablemente, por no formar parte de los equipos. Esto restringe la accesibilidad al aborto legal para las usuarias que lo requieren, afecta la organización y calidad de los servicios y sobrecarga a quienes realizan la atención porque deben cubrir, además, las derivaciones de otras localidades o zonas del país.

Las principales diferencias territoriales identificadas en el funcionamiento de los servicios IVE refieren a la cantidad de días a la semana en que funcionan, a la forma en que actúan los profesionales (de manera conjunta o separada) y a los niveles de OC que deben enfrentar las instituciones prestadoras (aspecto que será tratado en una sección aparte).

Sobre la cantidad de días que los equipos interdisciplinarios están disponibles semanalmente, la principal diferencia está entre los prestadores de Montevideo y los del interior: los prestadores de la capital cuentan con servicios de aborto funcionando la mayor parte de la semana. Esto no es así en el interior donde –en los casos en que pudo registrarse el dato– la frecuencia de funcionamiento semanal es menor (Tabla 5). Este es un rasgo al que las autoridades deberían estar atentas en la medida en que implique demoras para las mujeres que acuden a los centros de salud solicitando interrumpir un embarazo no deseado.

Con respecto a la forma en que actúan los profesionales de los equipos multidisciplinarios, a raíz del fallo del TCA (ver sección 3 en este documento) las instituciones tuvieron que asegurar que los profesionales actuaran de forma conjunta y simultánea, cuando antes la reglamentación habilitaba a que lo hicieran de manera simultánea o consecutiva. Varias instituciones han tenido problemas para cumplir con este requisito dado que tienen problemas para hacer coincidir los horarios y días de los distintos profesionales intervinientes. En casos extremos, como en Rocha o Maldonado, hay centros de salud que no pueden completar sus equipos multidisciplinarios por falta de profesionales del área social en el departamento (tabla 5). En general, hay una desigual distribución de profesionales en el territorio, con una mayor concentración en Montevideo y el sur del país.

Esta realidad afecta las instituciones pero, particularmente, a las mujeres, en un escenario en el que el plazo es acotado y toda demora puede afectarlas. Por lo tanto, corresponde hacerse la pregunta sobre las posibilidades reales de los prestadores del interior para garantizar el cumplimiento efectivo de la norma en aborto. Es un hecho que los recursos humanos, materiales y financieros no siempre son suficientes para sostener equipos multidisciplinarios que funcionen en forma simultánea y que lo hagan, al menos, tres veces a la semana para asegurar los tiempos estipulados por ley.

Tabla 5:
Resumen funcionamiento servicios de IVE

Departamento	Prestador de salud	Cantidad de días IVE	Funcionamiento conjunto	Observaciones
Salto	ASSE	s/d	s/d	No hay IVE3
	CAM	s/d	s/d	
Soriano	ASSE	s/d	Si	
	CAMS	1		
Río Negro	ASSE	2	No	
	AMEDRIN	1	Si	
	CAMY	n/c	No	
Paysandú	ASSE	3	No	
	COMEPA	2	No	
Rivera	Centro de Salud Dr. José Puyol	1	s/d	
Maldonado	Hospital San Carlos ASSE	3	No	Martes consultas con psicóloga y asistente social. Consultas con ginecólogos lunes, jueves y sábados No cuenta con psicólogo/a ni asistente social. Las entrevistas con estos profesionales se realizan en por un convenio con policlínicas municipales. A veces el equipo funciona en forma conjunta y a veces en forma separada.
	Hospital de Maldonado	s/d	No	
	RAP-ASSE	s/d	No	
	Mautone	s/d	Depende	
	La Asistencial	s/d	No	
Florida	ASSE	1	Si	
	COMEF	2	Si	
Cerro Largo	ASSE	2	No	
	CAMCEL	2	Si	
Rocha	Hospital Chuy ASSE	s/d	no	Consulta con asistente social se deriva a Hospital de Rocha porque por falta de recursos humanos en la ciudad de Chuy. No hay IVE 2, se deriva porque no hay psicólogo/a, no se conformó equipo multidisciplinario. Tampoco hay IVE 3 porque todos los médicos son objetores.
	Hospital Castillo ASSE	n/c	n/c	
	Hospital de Rocha	s/d	No	
	COMERO	1	Si	
Montevideo	Hospital Pereira Rossell	5	Si	El resto de los días de la semana hay ginecólogo/a, psicólogo/a y trabajador/a social de guardia para conformar equipo de emergencia en casos urgentes Funciona 2 veces por semana en sede central y el resto de los días en las distintas sedes del departamento-
	Hospital Policial	2	Si	
	Médica Uruguaya	5	Si	
	COSEM	3	Si	

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento MYSU.

Las condiciones impuestas por la ley deberían ser consideradas, además, en términos de la racionalización del gasto, porque estas exigencias estarían ocasionando obstáculos innecesarios para las mujeres y costos no razonables para el sistema de salud. Por otra parte, según cifras oficiales, queda demostrado que el tránsito engorroso para acceder finalmente a la medicación para abortar no tiene una función disuasoria, como supuso el legislador que tendría. La gran mayoría de las mujeres llegan a los servicios de aborto con la decisión firme de interrumpir su embarazo (ver más adelante).

5.1 Rutas de acceso a la IVE

Como ya se señaló la interrupción legal del embarazo dentro del SNIS supone cuatro etapas:

- IVE 1: es el momento en que una mujer manifiesta la voluntad de interrumpir su embarazo.
- IVE 2: es la etapa en la que la mujer se entrevista con el equipo multidisciplinario. Según la ley de IVE, la función del equipo es "informar a la mujer de lo establecido" en la ley, "de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica", de "las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico" y de "la posibilidad de dar [a] su hijo en adopción". Los equipos están formados como mínimo por un profesional de la ginecología, un especialista en el "área de la salud psíquica" y un especialista "en el área social". El equipo multidisciplinario puede coincidir con el equipo en salud sexual y reproductiva creado por el Decreto 293/010 que reglamenta la Ley de Salud Sexual y Reproductiva aprobada en 2008 (art. 3 Ley N° 18987).
- IVE 3: es el acto de la interrupción. A esta etapa se llega luego de transcurridos "cinco días de reflexión" a partir de la reunión con el equipo multidisciplinario. En IVE 3 la mujer ratifica la decisión de interrumpir. En esta etapa, solo puede intervenir un especialista en ginecología. En el 98,8% de los casos los abortos que se realizan son medicamentosos (Cóppola 2016).
- IVE 4: es la instancia de revisión post aborto. En esta etapa se controlan eventuales complicaciones derivadas de la interrupción y se brinda información y asesoramiento en anticoncepción.

**Figura 1:
Ruta de IVE**



Esta ruta de cuatro etapas implica un trámite administrativo que dura, como mínimo, 10 días en las situaciones en que IVE 1 e IVE 2 coincidan en un mismo día, aunque esto no sucede en todos los prestadores. Asimismo, el trámite puede ser más o menos engorroso dependiendo de los traslados que deban efectuarse, en particular, debido a la objeción de conciencia por parte de los médicos ginecólogos o –en menor medida– por la falta de otros profesionales disponibles para integrar los equipos multidisciplinarios.

En la mayoría de los prestadores relevados, como ya ha sido mencionado, los equipos de salud sexual y reproductiva actúan como equipos de IVE y concentran todas las etapas, siempre y cuando los equipos cuenten con médicos no objetores que prescriban la medicación o realicen la intervención quirúrgica. Las mujeres con un embarazo no deseado llegan a los equipos de SSR de forma directa (vía más frecuente) o mediante derivación de algún médico. Sin embargo, y en particular en departamentos con altos niveles de ginecólogos objetores, los informantes calificados entrevistados por el Observatorio, señalaron que las usuarias desconocen **la ubicación del servicio de IVE** o lo **conocen solo por el "boca a boca"** (ej. Rivera o Cerro Largo). Es decir, **los servicios de IVE no son fácilmente identificables** y, en varios casos, los propios médicos no indican la ubicación del servicio de aborto a las usuarias que lo demandan (ver más adelante).

Si en el equipo de salud sexual y reproductiva que actúa por IVE hay médicos no objetores, la usuaria realiza IVE 3 con el equipo. Son raras las ocasiones en las que las usuarias pueden hacer IVE 3 con su médico de cabecera (ver recuadro 6 como un ejemplo inusual de esta práctica). **Si la localidad todos los médicos del prestador son objetores, la usuaria debe trasladarse para realizar IVE 3.**

Recuadro 6:**Buenas prácticas: ejemplo de ruta de acceso a IVE con buen funcionamiento (COMEF Florida)**

En COMEF, en el departamento de Florida, todas las etapas de IVE se realizan en la policlínica de SSR, aunque IVE 1 puede realizarse por cualquier médico o ginecólogo, que luego deriva al equipo. En COMEF no hay objetores de conciencia, lo que implica que cualquier especialista en ginecología puede dar comienzo al proceso de IVE. Varias usuarias llegan así, por derivación desde consultas ginecológicas, muchas veces con IVE 1 ya realizada. Aun así, el equipo multidisciplinario para IVE destaca que la llegada de estas mujeres no es predominante. Con frecuencia, las usuarias llegan a la policlínica de forma directa, sin mediación profesional. Las que llegan directamente son en general las mujeres del medio rural o de pequeños poblados, expresando muchas veces el temor de exponerse frente al grupo de enfermería de su lugar. A veces llegan derivadas por ginecólogos que viajan a atender en los centros menos poblados y zonas rurales.

Cuando la mujer llega a la policlínica sin mediar derivación de otros profesionales, las dos primeras etapas de IVE suelen llevarse adelante íntegramente por el equipo multidisciplinario. En esta entrevista se plantea el consentimiento informado y se le explica a la usuaria en qué consiste el uso de la medicación para la interrupción del embarazo. La asistente social brinda información sobre apoyos económicos en caso de que la mujer deseara continuar con el embarazo, mientras que la psicóloga indaga sobre su estado emocional. El equipo actúa de forma conjunta en todas las etapas de IVE, por tanto, acompañan a la mujer durante IVE 3 e IVE 4.

En la IVE 4 se le asesora sobre anticonceptivos y, usualmente, se receta alguno, de acuerdo con la elección de la usuaria. COMEF registra un alto porcentaje de asistencia a esta consulta con casi un 100% de las mujeres, según indica el equipo. Pocas veces registran inconvenientes para la asistencia y cuando esto sucede, se llama a la mujer para indagar acerca de su estado y se le pide que acuda a la consulta. Siempre que es posible, se les hace seguimiento a estas usuarias más allá de la instancia IVE 4.

Recuadro 7: Buenas prácticas. Servicios IVE en COMERO-Rocha

En el departamento de Rocha, el servicio de IVE de la mutualista COMERO trabaja en el marco de la Policlínica de SSR. Si bien esta última funciona dos veces por semana, hay solo un día dedicado a IVE. La IVE 1 puede realizarse por cualquier médico y existen casos de mujeres derivadas por sus especialistas en ginecología de referencia (también por otros médicos) para la IVE 2. Habitualmente, las usuarias derivadas acuden con la ecografía y el análisis de sangre realizado. Cuando las mujeres llegan directamente al equipo, el IVE 1 e IVE 2 se realizan al mismo tiempo, junto con los estudios pertinentes.

Dado que el equipo funciona en forma simultánea, pero en dos consultorios separados, se realizan dos entrevistas consecutivas. Por un lado, partera y especialista en ginecología realizan un chequeo físico y asesoran sobre el uso de la medicación para abortar. Por otro, la usuaria es recibida por un profesional de psicología y un asistente social, que le explican la ley (sus alcances y limitaciones, los requisitos a cumplir y pasos a seguir, etc.) e indagan sobre la situación de la mujer, en particular, sobre sus apoyos familiares y de amistades. A su vez, suelen indagar acerca de sus prácticas religiosas o creencias para saber si esto supone algún tipo de peso sobre su decisión.

Generalmente, si la mujer así lo desea, se intenta que realice IVE 3 con el profesional de la ginecología de cabecera.

En Rocha, todos los especialistas en ginecología no objetores realizan IVE 3, aunque la mayoría recae sobre quien integra el equipo de SSR. Las filiales de COMERO de las localidades de Lascano, Castillos y Chuy cuentan con especialistas no objetores por lo que las mujeres de estas localidades pueden realizar esta etapa allí. Aunque La Paloma cuenta con un profesional objetor, la distancia con la capital departamental no parece ser un inconveniente mayor (26km aproximadamente). Los profesionales de la salud entrevistados manifestaron contar con apoyo institucional para cambiar horarios para casos puntuales y reducir tiempos y cumplir los plazos establecidos por ley. Esto es una ventaja especialmente cuando se trata de mujeres provenientes del interior del departamento, que deben trasladarse para realizar IVE 2 con el equipo. En caso de feriados, se suelen mover los días y horarios para que las usuarias asistan. Asimismo, hay reemplazos en casos de licencia, por lo que el equipo queda siempre funcionando. Se ha elaborado un protocolo interno de atención y seguimiento a usuarias que consultan por IVE para que el personal sepa cómo proceder y cuál es la ruta de acceso al servicio.

La IVE 4 puede realizarse tanto con el equipo de SSR como en las localidades que cuentan con filial de COMERO. En el caso de las mujeres que son atendidas por el equipo, si no asistieron a la consulta postaborto, se las llama para asegurar que lo hagan. En esa instancia se asesora en anticoncepción. Usualmente, la concurrencia es buena y la mayoría de las mujeres opta por algún método. En caso de no hacerlo, se les da fecha para una consulta adicional.

Recuadro 8**Malas prácticas. Obstáculos en IVE (ASSE Paysandú)**

En el prestador público de Paysandú, cuando ninguno de los dos profesionales de la ginecología que prestan servicios en el hospital y no son objetores, están disponibles para realizar abortos, las mujeres se deben trasladar a Salto. Cuando en Salto todos los ginecólogos eran objetores, las usuarias eran derivadas al Hospital Pereira Rossell de Montevideo y debían permanecer internadas hasta asegurarse de que el proceso de aborto se había completado.

Recuadro 9**Rivera, un único equipo de IVE para todo el departamento**

El servicio IVE en el departamento de Rivera está organizado de una manera singular. Los tres prestadores de salud principales tienen un convenio para brindar el servicio, que implica que los prestadores privados cubren parcialmente sueldos de algunos de los funcionarios del equipo IVE. Éste funciona en el Centro de Salud Dr. José Royol de la Red de Atención Primaria de ASSE. Al momento de realización del monitoreo, el equipo funcionaba los martes de 09:00 a 13:00 y estaba conformado por un ginecólogo, una licenciada en enfermería, una partera, una psicóloga y dos trabajadoras sociales. Para los casos excepcionales, con poco margen de tiempo para la realización de la IVE, el ginecólogo atiende a la usuaria para prescribir la medicación en el Hospital de Rivera, lugar en el que también se desempeña como profesional. El servicio funciona bajo el nombre de policlínica de Salud Sexual y Reproductiva y brinda además asesoramiento en métodos anticonceptivos, pero no cubre otras prestaciones en este campo. La atención es por orden de llegada y las usuarias se acercan derivadas de consultas ginecológicas de los prestadores privados o por indicación del personal de cualquier prestador.

Las características de este servicio tienen algunas ventajas, como que todo el equipo está presente el día de atención; el centro de salud tiene ecógrafo y el ginecólogo que integra el equipo es el ecografista. Esto significa que si la usuaria lo decide, las etapas IVE 1 y 2 se pueden resolver el mismo día y a la siguiente semana regresa para levantar la receta del medicamento. Sin embargo, esta modalidad también tiene desventajas, como por ejemplo, el escaso número de profesionales que se dedican al servicio, la concentración de la prestación IVE en un solo centro de salud en todo el departamento y la posibilidad de eventuales saturaciones.

5.2 Obstáculos en la atención de IVE: la objeción de conciencia

En los cuatro años de implementación de la ley de IVE, los datos oficiales (2013-2016) registran 34.600 interrupciones legales (ver apartado siguiente). En este sentido, la ley de IVE representó un gran avance en materia de salud sexual y reproductiva en el país –Uruguay es el único país de América Latina que tiene una ley de este tipo–. Sin embargo, la implementación de la norma encuentra barreras que restringen los derechos de las mujeres.

En el relevamiento de MYSU, el principal problema detectado en la implementación de la ley de IVE es el uso abusivo del recurso de la objeción de conciencia de los médicos ginecólogos. En este sentido, la ley dispone que estos sean los únicos profesionales habilitados para el procedimiento de aborto.

La tabla 3 muestra el porcentaje de objetores de conciencia por prestador de salud detectado en el relevamiento de MYSU. Las casillas en las que se indica "s/d" corresponden a información faltante, ya sea porque los prestadores no aportaron esa información en el formulario de relevamiento utilizado por MYSU o porque el dato no pudo ser construido a partir de las entrevistas con informantes calificados del prestador. Según declaraciones públicas de algunas autoridades del MSP, el 40% de los profesionales de la ginecología del país son OC³. Sin embargo, el Ministerio no maneja datos desagregados sobre este fenómeno. Por lo tanto, al momento de culminación de este documento, los datos más desagregados sobre objeción de conciencia que existen en Uruguay son los que surgen de la investigación de MYSU.

Aunque la información que MYSU maneja es incompleta, la tabla 1 muestra altos porcentajes de objeción de conciencia en algunos prestadores, que superan el 60%. En particular, estos son los casos de los departamentos norte, noroeste y noreste del país (Río Negro, Paysandú, Rivera y Cerro Largo). En los departamentos de Salto y Soriano, MYSU no pudo acceder a datos de objetores por prestador de salud. Sin embargo, mediante información de prensa y entrevistas, se logró constatar el porcentaje de objetores de conciencia es de cerca del 80% en ambos departamentos.

3 "Conflicto de intereses", La Diaria, 24/9/2015 (disponible en <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/9/conflicto-de-intereses/>, consultado el 10/8/2017); "Aborto: 40% de los médicos se amparan en la objeción de conciencia", 17/5/2017, Portal Radio Uruguay (disponible en <http://radiouruguay.uy/aborto-40-de-los-medicos-se-amparan-en-la-objecion-de-conciencia/>, consultado el 10/8/2017); "La ley tiene complejidades pero garantiza el derecho al aborto", 28/5/2017, El País, (disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/lustemberg-msp-aborto-garantiza.html>)

Tabla 6:
Objetores de conciencia por prestador

Departamento	Prestador de salud	Total ginecólogos	Total ginecólogos objetores	Porcentaje ginecólogos objetores
Salto*	ASSE	s/d	s/d	s/d
	CAM	s/d	s/d	s/d
Soriano*	ASSE	s/d	s/d	s/d
	CAMS	s/d	s/d	s/d
Río Negro	ASSE	7	3	42,9
	AMEDRIN	3	0	0,0
	CAMY	3	3	100,0
Paysandú	ASSE	13	11	84,6
	COMEPA	12	10	83,3
Rivera	ASSE	7	3	42,9
	CASMER	8	s/d	s/d
	COMERI	7	5	71,4
Maldonado	Hospital San Carlos ASSE	6	1	16,7
	RAP-ASSE	6		0,0
	Mautone	6	s/d	s/d
	La Asistencial	6	s/d	s/d
Florida	ASSE	s/d	1	s/d
	COMEF	s/d	0	0,0
Cerro Largo	ASSE	3	2	66,7
	CAMCEL	s/d	s/d	s/d
Rocha	Hospital Chuy ASSE	2	0	0,0
	Hospital Castillo ASSE	1	1	100,0
	COMERO	s/d	s/d	s/d
Montevideo	Hospital Pereira Rossell	60	9	15,0
	Hospital Policial	38	13	34,2
	RAP-ASSE	34	18	52,9
	Médica Uruguaya	63	17	27,0
	COSEM	27	12	44,4

*Sin dato por prestador pero reconstrucción del dato de objetores a nivel departamental en base a entrevistas y prensa.
Fuente: elaboración propia en base a relevamiento MYSU y Facultad de Psicología para RAP-ASSE en Montevideo.

Los prestadores de salud de los departamentos del sur del país (Montevideo, Rocha, Maldonado y Florida) muestran porcentajes de objeción de conciencia más bajos. En los casos de COMERO (Rocha) o COMEF (Florida), aunque no se accedió al número de objetores de conciencia, a partir de las entrevistas se supo que los servicios de IVE tienen un funcionamiento adecuado en estos prestadores, por lo que es posible inferir que hay bajos niveles de objetores de conciencia. Algo similar ocurre en los prestadores de Maldonado que aparecen sin datos.

Recuadro 10 **Malas prácticas. Objeción de conciencia de facto en IVE**

Cuando comenzó a implementarse la ley de IVE en Melo, capital del departamento de Cerro Largo, las interrupciones de embarazo del sistema público (ASSE) se realizaban en el Hospital de Melo debido a que en el Centro de Salud de Melo (clínica de atención primaria) todos los profesionales eran objetores. Los informantes calificados entrevistados por MYSU señalaron que cuando los casos de IVE eran derivados al Hospital de Melo había veces que los ginecólogos fijaban sus "propios criterios". Algunos de los criterios que se habían establecido arbitrariamente para no realizar un IVE eran: que la mujer no traspase las 10 semanas de embarazo (cuando la ley establece la legalidad hasta para 12 semanas); que la embarazada no cuente con cesárea anterior, sin importar la fecha; que la usuaria no haya tenido un parto en los últimos dos años. Los casos que no se ajustaban a los criterios establecidos por los ginecólogos debían ser derivados al Hospital de la Mujer del Hospital Pereira Rossell, en Montevideo. Este tipo de casos no fueron denunciados por las autoridades ni por otros profesionales, ya que los involucrados amenazaban con objetar conciencia y en ese caso todos los casos tendrían que ser derivados.

En base a la información relevada por MYSU también se intentó calcular el porcentaje de objetores por departamento. La figura 2 muestra una estimación de este fenómeno. Dado que hay profesionales de la medicina que trabajan en más de un prestador de salud por departamento, la construcción del porcentaje de OC por departamento requería obtener el listado de médicos objetores en el departamento (nombres y apellidos) y no solo la cantidad de objetores por prestador. MYSU solo pudo relevar este dato directamente en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano, e indirectamente (a través de informantes calificados de la salud) en Florida y Rivera. En el resto de los departamentos incluidos en el monitoreo, el indicador de OC se calculó en base al promedio de OC de los prestadores relevados.

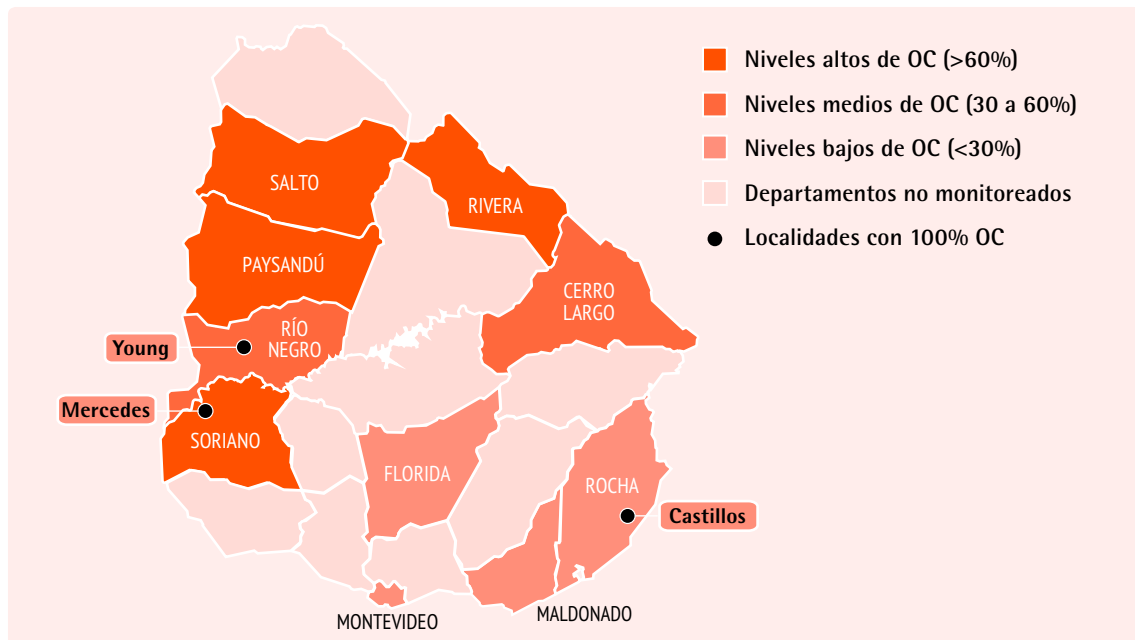
Como se dijo, en algunos casos no se contó con datos cuantitativos sobre la objeción de conciencia del prestador de salud (ver tabla 2), pero sí se tuvo una aproximación cualitativa respecto a los niveles de OC existentes. Esto permitió establecer si la OC abarcaba a la mayoría de los ginecólogos del prestador, a una proporción importante cercana a la mitad o a una minoría. Debido a los problemas de los datos,

se decidió presentar la OC departamental por franjas o niveles: el nivel alto indica que la objeción de conciencia es superior al 60%; un nivel medio indica que la objeción de conciencia está entre 30% a 60%, y un nivel bajo indica que la objeción de conciencia es menor al 30% (Figura 2).

Los principales problemas de objeción de conciencia se registran en los departamentos del litoral del país: Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano. En Salto, el 100% de los ginecólogos (en total 12⁴) eran objetores de conciencia al momento en que comenzó a implementarse la ley. Al entrar en vigencia la ley a fines de 2012 y hasta principios de setiembre de 2013, ninguna mujer salteña pudo interrumpir su embarazo de forma legal en el departamento. El prestador público derivaba al Hospital Pereira Rosell, mientras que el privado, al departamento de Artigas (lindero con Salto).

Para evitar estas dificultades a las mujeres, se contrató a una ginecóloga que viajaba una vez a la semana para realizar la IVE 3, tanto para el prestador público como para el privado. Posteriormente, el proveedor público de salud contrató dos ginecólogos no objetores. En ese departamento habría 15 profesionales de la ginecología, de los cuales, tres realizarían abortos. Por lo tanto, habría un 80% de objeción de conciencia. Porcentajes aún más altos se detectaron en Paysandú (87%) y Soriano (82%).

Figura 2:
Objeción de conciencia en Uruguay



Fuente: elaboración propia en base a relevamiento MYSU y Facultad de Psicología para RAP-ASSE en Montevideo

4 Ver dato sobre cantidad de médicos y objetores en "El MSP envió ginecólogos a Salto para hacer abortos", El País, 5/9/2014 (disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/msp-envio-ginecologos-salto-abortos.html>, consultado el 26/7/2017).

Se detectaron localidades con 100% de profesionales de la ginecología objetores de conciencia: Mercedes (capital del departamento de Soriano), Young (segunda ciudad más importante del departamento de Río Negro⁵) y Castillos (tercer centro poblado del departamento de Rocha). En estas ciudades las mujeres deben trasladarse a otras localidades para acceder a la realización del aborto. En el caso de Young, deben ir a Fray Bentos (la capital del departamento), a casi 100km de distancia. En Mercedes, los prestadores privados resuelven el IVE 3 derivando a sus servicios de Dolores o Cardona (38.6 y 96km de distancia respectivamente). Por su parte, el prestador público también deriva a Dolores y Cardona, aunque en mayor medida a Fray Bentos, ciudad más cercana a Mercedes (34.7km). Cuando hay saturación en el servicio de Fray Bentos, las usuarias de ASSE que provienen de Young y de otras localidades deben trasladarse al Hospital Pereira Rossell en Montevideo.

Luego del fallo del TCA se resguardó la confidencialidad sobre el nombre de los profesionales objetores. Esto impide calcular porcentajes de objetores por departamento, pues un mismo profesional puede desempeñarse en más de un centro de salud, y tampoco permite controlar que quienes son objetores en una institución también lo sean en el resto de las instituciones en las que trabajan.

Otro dato relevante es que en algunos de los centros se detectaron profesionales que no brindan el servicio del IVE aunque no utilizan el recurso de objeción de conciencia (objetores de hecho). Esto no ocurre en todos los prestadores y tampoco se pudieron obtener datos sobre este hecho para todas las instituciones. Sin embargo, a modo de ejemplo, es significativa la magnitud de este fenómeno en tres de los cuatro prestadores relevados en Montevideo. Las razones de este fenómeno no fueron investigadas, a modo de hipótesis se podría manejar que debido a que la realización de IVE se concentra en los equipos de salud sexual y reproductiva, quienes no los integran se "desentienden" de brindar esta atención. **Este fenómeno limita el ya reducido número de profesionales de la ginecología disponibles para IVE producto de los altos porcentajes de objeción de conciencia.**

Por otro lado, es discutible y problemático que existan equipos multidisciplinarios integrados por profesionales de la ginecología OC que, sin embargo, intervienen brindando información a la mujer en situación de embarazo no intencional. No hay mecanismos ni garantías de que este asesoramiento sea imparcial ni esté sesgado por su sistema de creencias y termine influenciando la decisión de la mujer.

5 En Río Negro el porcentaje de objetores asciende al 43%. Río Negro es uno de los departamentos donde se pudo hacer un cálculo preciso de objetores. Los otros departamentos en la misma situación fueron Soriano, Paysandú y Salto.

Tabla 7:
Profesionales de la ginecología disponibles para IVE (tres de cuatro prestadores monitoreados en Montevideo)

Nombre prestador de salud	Total ginecólogos	Ginecólogos objetores	% objetores	Ginecólogos que realizan IVE	% ginecólogos que realizan IVE	Ginecólogos no objetores que no realizan IVE	% Ginecólogos no objetores que no realizan IVE
Hospital Policial	38	13	34,2	2	5,3	23	60,5
Médica Uruguaya	63	17	27,0	7	11,1	13	20,6
COSEM	27	12	44,4	8	29,6	7	25,9

5.3 Obstáculos en el acceso: traslados debido a la objeción de conciencia

Cuando en una localidad no existen servicios de IVE, las usuarias deben trasladarse a un lugar donde sí haya. Los informantes calificados manifestaron que, aunque todos los traslados se coordinan, suelen generar complicaciones a las usuarias, en especial, cuando estos suponen recorrer distancias largas, como viajar del norte del país a Montevideo.

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

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

Si estás dentro de los días, te coordinan con el Pereira Rossell (...). Siempre y cuando conozcas Montevideo y te animes a ir a Montevideo sola. Eso es una de las grandes trabas. Imaginate una mujer que no tenga con quien dejar... Tenga seis hijos y no tenga con quien dejar a los nenes (Entrevistada 9).

Nosotras creemos que algunas mujeres decidieron continuar con el embarazo porque viajar a Montevideo no es fácil para nosotros. Estamos hablando de que llegaban a las 6 de la mañana, tenían que hacer horas (...) Porque por más de que consiguiéramos hora temprano, a las 10 de la mañana tenían que estar en el Pereira, después volverse para atrás. Mujeres que, muchas veces, no habían ido nunca a Montevideo. (...) Y aparte

todavía cuando están de 11 semanas, requieren de una internación, pensar que van a estar solas 2 o 3 días en Montevideo, con sus hijos chicos acá (...) puede haber jugado en contra de la decisión de alguna mujer (Entrevistada 4).

En otros casos, los traslados implicaron dificultades en otro sentido:

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

Ante este obstáculo, las más perjudicadas son las usuarias del interior del país y quienes viven en el medio rural o en las ciudades en las que los equipos no están conformados. Suelen ser, además, las mujeres de menores recursos.

Durante el trabajo de campo, también se constató que algunos médicos objetores de conciencia tienen conductas que refuerzan los obstáculos debido a que no derivan ni asesoran adecuadamente a las usuarias. MYSU registró esta situación en un departamento con niveles altos de OC. En este caso, los médicos directamente impiden el acceso a IVE, actuando de una forma que está prohibida por la ley, dado que tienen la obligación de derivar sin obstruir la ruta normal de IVE.

[...] cuando vos accedés a un ginecólogo que tiene objeción de conciencia, nadie te garantiza que él te va a decir que existe un servicio. Te puede decir que no y quedás en eso (Entrevistada 9).

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

La objeción de conciencia es un fenómeno que debe ser analizado comparativamente para valorar su magnitud, motivos y consecuencias. Diferentes investigaciones muestran que en los países donde existe algún tipo de despenalización del aborto, uno de los principales problemas para implementar la ley y garantizar el derecho de las mujeres es la objeción de conciencia. Esto puede constarse tanto en Europa (Heino et al. 2013; Dickens 2014) como en América Latina (Díaz Amado et al. 2010). La tensión entre la libertad de conciencia y el derecho a la salud deben ponderarse, pero en la medida en que no puedan garantizarse a la vez, prevalece el derecho de la paciente (Coppola, 2013; 38). Asimismo, no es legítimo invocar objeción de conciencia cuando su uso genera la violación de los derechos fundamentales de la mujer al cuidado de su salud (Cook, Arango Olaya y Dickens 2009). Por otra parte, las consecuencias ante la excepción o incumplimiento de una norma deberían asumirse por quien las incumple. En Uruguay, el costo de la OC lo pagan las mujeres que requieren el servicio y que deben trasladarse kilómetros por no recibirlo en su localidad.

5.4 Obstáculos en la ruta de acceso a los servicios: estigma y discriminación

La evidencia relevada por el Observatorio indica que existe estigma ("desprestigio social") hacia la mujer que decide abortar y hacia los médicos que brindan el servicio, particularmente en las localidades pequeñas, muy conservadoras y/o en las que se registran altos niveles de objeción de conciencia. El aborto es denostado y calificado como "antinatural" por contravenir el mandato social de la maternidad, considerado destino ineludible para las mujeres y condición para consagrarse como tales. El aborto, no solo cuestiona dicho mandato, sino que deja en manos de las mujeres el control sobre la reproducción de la especie, la perpetuación del apellido y el legado de la herencia como pilares estructurales del poder patriarcal.

Las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres y varones de los distintos departamentos evidencian que el aborto se convierte en el atributo desacreditable que habilita la condena social, en tanto el embarazo no intencional es visto como un acto de "irresponsabilidad" por no haber adoptado las precauciones para no embarazarse si no se quería ser madre. El supuesto no demostrable es que todas las mujeres poseen los medios, métodos y condiciones para evitar embarazos que no desean. La conclusión y motivo de estigma y discriminación es que si quedan embarazadas sin desearlo, es por irresponsables y, por lo tanto, son objeto de condena.

En este contexto, el derecho de las mujeres es admitido en una sola dirección, que es la de hacerse cargo de su irresponsabilidad y "pagar la culpa" teniendo el bebé. El embarazo como condena y la maternidad forzada son las alternativas que predominan en los ámbitos más conservadores, sin hacerse cargo ni tomar conciencia de las consecuencias nefastas que suelen ocasionar estos mandatos, tanto sobre la mujer que padece esta situación como sobre el hijo que nace en estas condiciones.

El miedo a la sanción, la percepción de que se puede filtrar hacia la comunidad el motivo de la consulta y la violencia a la que podría estar expuesta la mujer que "desobedezca el mandato" se constituyen, además, en factores que seguirían alimentando la práctica clandestina del aborto. Las mujeres no resuelven las interrupciones en los servicios legales para no arriesgarse a la condena social, aunque eso pueda significar poner en riesgo su salud y hasta su propia vida.

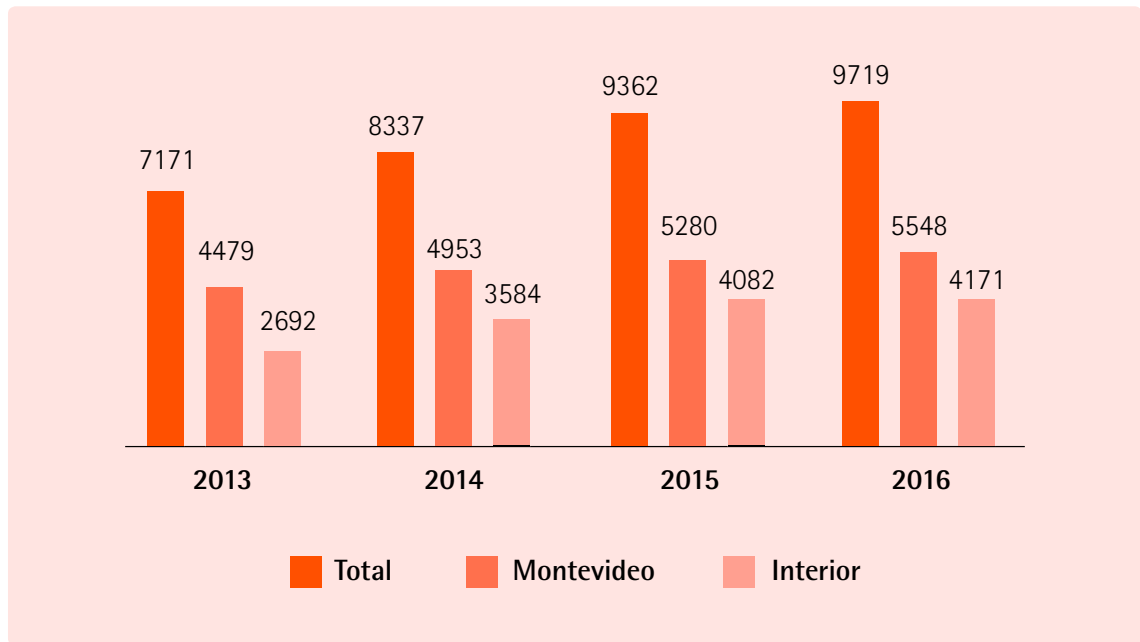
Por otra parte, la falta de reconocimiento de las instituciones, prácticas y discursos sobre la capacidad moral de las mujeres de tomar decisiones responsables debilita la libertad y autonomía de las mujeres e impacta sobre la conciencia y ejercicio ciudadano de saberse personas portadoras de derecho.

Las investigaciones sobre el estigma hacia el aborto encuentran que este fenómeno se constituye en un factor que perjudica también la calidad de los servicios y discrimina a poblaciones en particular situación de vulnerabilidad, por lo que deben buscarse las regulaciones y prácticas que eviten estas actitudes estigmatizadoras y aseguren la confidencialidad dentro de los sistemas de salud (LeTourneau 2016) y el respeto a las decisiones reproductivas de las mujeres en el ámbito de la vida de pareja, entornos familiares y comunidades.

5.5 Abortos legales en cifras

El gráfico 1 muestra la evolución de los casos de IVE que ocurrieron en el SNIS, según datos del MSP. Desde la instalación de las prestaciones en el 2013 ha habido un progresivo incremento **de la cantidad de casos de IVE año a año**. La tendencia es razonable y parecería obedecer a un mayor conocimiento de la existencia de los servicios. El gráfico también muestra que los casos de IVE legal son más en Montevideo que en el resto del país, sin embargo, en el periodo, el número de abortos creció más en el interior que en Montevideo.

Gráfico 1:
Evolución del número de IVE (2013-2016)



Fuente: elaboración en base a presentación del MSP, 21/3/2017

Según datos del MSP, estas cifras representaron, en el año 2016, 11,5 interrupciones legales por cada 1.000 mujeres entre 15 a 49 años de edad. **En términos comparados el número de abortos reportados en el sistema de salud aún es bajo** si se compara con las tasas de otras regiones (tabla 5), como con estimaciones previas que sugerían que en Uruguay se registraban entre 16.000 a 33.000 abortos anuales (RUDA, 2003).

Tabla 8:
Tasas de aborto estimado, regiones seleccionadas

América Latina y el Caribe	40	Promedio 2010-2014, mujeres entre 15 a 44 años)
Europa	30	Promedio 2010-2014, mujeres entre 15 a 44 años)
Europa Occidental	19	Promedio 2010-2014, mujeres entre 15 a 44 años)
Uruguay	11,5	Año 2016, mujeres entre 15 a 49 años

Fuente: elaborado en base a datos MSP Uruguay 2017, Guttmacher Institute 2016, Sedgh et al. 2016

Esta diferencia podría tener distintas explicaciones. Por un lado, podría pensarse que se sobrestimaron las cifras cuando la práctica era ilegal. Es posible que la investigación de Sanseviero en el 2003 sobrestimara la cantidad de abortos que ocurrían en el país, debido a la dificultad para estimar la prevalencia de una práctica clandestina (aunque los métodos de cálculo empleados fueron los que utilizan las organizaciones de referencia en la estimación de la incidencia del aborto en el mundo). También podría suponerse que la medición de 2003 coincidió con el momento de una de las crisis económicas más severas que atravesó el país, lo que podría haber desalentado a las mujeres y sus parejas a incrementar el número de hijos/as.

Por otro lado, las tasas de aborto que registra el MSP son significativamente más bajas que las de los países de América Latina y el Caribe considerados en su conjunto. No obstante, esta comparación puede no ser del todo válida si se considera que en la mayoría de estos países el aborto es clandestino y por lo tanto no se llevan registros oficiales confiables. Además, en muchos de éstos tienen servicios de salud sexual y reproductiva y anticoncepción menos desarrollados que en Uruguay, lo que podría generar mayores dificultades para prevenir embarazos no deseados.

De todas formas, la tasa de aborto en Uruguay es significativamente baja en comparación con la que registran países europeos, incluso los de Europa Occidental, la región más desarrollada de Europa, donde el aborto suele ser legal, y donde existen servicios de salud sexual y reproductiva más desarrollados que en Uruguay.

Por lo tanto, es posible afirmar que en el país sigue existiendo la práctica clandestina del aborto, producto de las fugas que genera el sistema legal, identificadas por el Observatorio. **Profesionales de la salud entrevistados verificaron la existencia del mercado clandestino de abortos:**

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

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

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

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

No sé si abortos clandestinos con acompañamiento profesional fuera de los servicios, pero sí hay accesibilidad en las farmacias a la medicación (Entrevistada 1).

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

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

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

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

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

Los datos recabados por el Observatorio permitirían identificar cinco razones que explicarían la persistencia de la práctica clandestina:

- 1.** Los altos niveles de objeción de conciencia y el traslado a lugares distantes del lugar de residencia, con los inconvenientes que ello genera, llevaría a las mujeres a optar por comprar la medicación abortiva de manera ilegal, lo que ya era de relativamente accesible antes de la aprobación de la ley.
- 2.** La falta de información sobre el contenido y limitaciones de la norma hace que haya mujeres que crean que la práctica está despenalizada y que pueden resolverla adquiriendo la medicación fuera del SNIS.

3. La complejidad del procedimiento administrativo de IVE, el tiempo que insume y los plazos a los que obliga podría llevar a optar por la "vía rápida" del procedimiento clandestino, aunque sea más cara y riesgosa.
4. El estigma asociado al aborto y el miedo a la sanción social, en particular en las localidades más pequeñas y conservadoras, podría llevar a recurrir a lo clandestino para asegurar que no queda registro ni evidencia sobre la práctica.
5. Los casos que quedan fuera de la ley, como los de las mujeres migrantes con menos de un año de residencia en el país, terminan resolviéndose fuera del SNIS.

La tabla 9 muestra indicadores sobre las fases de IVE en los prestadores de salud que aportaron esta información (y para los años disponibles). La tabla muestra en la primera columna la cantidad de abortos (IVE 3) registrados en cada prestador. En la segunda columna se muestra el porcentaje de mujeres que una vez que iniciaron el procedimiento de IVE (IVE 1) llegaron a interrumpir el embarazo (IVE 3). Si todas las mujeres que iniciaran el proceso de IVE terminaran abortando, este indicador debería ser igual a 100. Sin embargo, no lo es, porque hay mujeres que, en principio, estarían desestimando abortar. Este dato tiene una variación grande en los prestadores en los que se disponen datos, que van, por ejemplo, desde mínimos como ASSE-Maldonado donde solo el 41,5% de mujeres que habiendo iniciado IVE 1 hacen IVE 3 a máximos como el Hospital de San Carlos, donde el 2013 el 100% de las mujeres que iniciaron el procedimiento de IVE terminaron abortando.

Sobre el porcentaje de mujeres que desistieron de abortar y lo comunicaron a su prestador de salud (cuarta columna), solo en el Hospital del Chuy y en el de San Carlos, para el año 2015, coincide con los datos de IVE 3/IVE 1. Para la mayoría del resto de los prestadores de los que se disponen datos las cifras de usuarias que decidieron no abortar y lo comunicaron al prestador de salud es menor a la cifras de la columna "usuarias que abandonan IVE legal". Esto puede significar que, efectivamente, una cantidad de mujeres decidieron no abortar y no lo comunicaron al servicio, o "fugaron" al circuito clandestino.

Las cifras de usuarias que decidieron no abortar y lo explicitan reportadas a través del Observatorio son muy similares a las cifras de mujeres que "continúan con el embarazo" que muestra el MSP en sus datos oficiales: 6% en 2013, 2015 y 2016 y 8% en 2014. **Esto muestra que la amplia mayoría de las mujeres que solicitan abortar llegan a la consulta de IVE 1 con la decisión tomada y no desisten en el proceso.**

Tabla 9:
Indicadores de las fases de IVE (prestadores que aportaron información)

	Número de abortos (IVE3)			Usuaris alcanzan IVE3 en relación a usuarias inician IVE (IVE 3/IVE1)			Usuaris abandonan IVE legal			Usuaris que desisten de abortar y lo notifican			Usuaris realizan controles post aborto (IVE 4/IVE 3)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Total país MSP	7171	8537	9362	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	68,2	62,7	64,9
Hospital Pereira Rossell	s/d	1010	s/d	s/d	88,4	s/d	s/d	11,6	s/d	s/d	23,5	s/d	s/d	36,1	s/d
Hospital Policial	78	96	118	83,0	82,8	81,9	17,0	17,2	18,1	8,5	6,0	6,3	70,5	75,0	78,8
Médica Uruguaya	932	1084	1135	91,2	90,6	91,9	8,8	9,4	8,1	8,8	9,4	8,9	56,9	70,7	60,4
COSEM	s/d	178	143	85,6	81,7	85,0	14,4	18,3	15,0	7,7	12,6	5,1	75,8	84,6	78,4
Hospital de Chuy	36	48	69	94,7	94,1	97,2	5,3	5,9	2,8	5,3	5,9	2,8	100,0	100,0	98,6
ASSE Cerro Largo	s/d	s/d	142	s/d	s/d	82,6	s/d	s/d	17,4	s/d	s/d	11,6	s/d	s/d	63,4
CASMER Rivera	s/d	46	33	s/d	85,2	94,3	s/d	14,8	5,7	s/d	14,8	5,7	s/d	69,6	42,4
ASSE Hospital San Carlos	28	30	25	100,0	100,0	96,2	0,0	0,0	3,8	0,0	3,3	3,8	100,0	100,0	100,0
MAUTONE	103	110	54	88,8	84,6	84,4	11,2	15,4	15,6	s/d	s/d	s/d	101,9	81,8	64,8
ASSE/RAP Maldonado	55	73	67	48,2	41,5	65,0	51,8	58,5	35,0	s/d	s/d	s/d	78,2	69,9	86,6

La última columna de la tabla 6 registra el porcentaje de usuarias que luego de abortar vuelven a la consulta de control en el que está previsto que sean asesoradas en anticoncepción y adopten un método (IVE 4/IVE 3). Las cifras agregadas del MSP muestran que **casi un tercio de las mujeres que pasan por IVE 3 no llegan a IVE 4**, o sea que no se asegura el control ante posibles complicaciones. Los datos del Observatorio evidencian una mayor variación entre prestadores, mientras algunos registran 100% de las mujeres que abortaron asistiendo al control post, otros, como el Hospital Pereira Rossell, solo registra 36% de mujeres que allí se controlaron. Adicionalmente, los datos del MSP muestran que de quienes asistieron a IVE 4 en 2016, el 84% salió de la consulta con un método anticonceptivo de su elección.

La importante proporción de mujeres que no concurren a IVE 4 puede deberse a varios motivos. Es posible que algunas desestimen de concurrir por la complejidad administrativa que les implicó todo el procedimiento: transitar por las diversas etapas IVE insume varios días y muchas horas. Por lo tanto, si luego de abortar no registran problemas, es probable que no destinen más tiempo para realizar el control post aborto. Por otro lado, la asistencia a IVE 4 puede ser complicada para aquellas mujeres que tuvieron que trasladarse a otra localidad lejos de su residencia para realizar el IVE 3. Este sería el motivo que explicaría el bajo porcentaje de IVE 4 que registra el Hospital Pereira Rossell, en el que una parte de sus usuarias llegan por derivación de los centros de la red del primer nivel de atención de Montevideo o de otras localidades del país. La forma de registro de los datos que tienen las instituciones no permite dar seguimiento al trayecto de usuarias que han sido referidas al nivel terciario, pero que luego retornan al centro de salud en el que se atiende habitualmente.

6. DESAFÍOS



Hemos corroborado a través del monitoreo de las políticas públicas en salud y derechos sexuales y reproductivos en 10 de los 19 departamentos del país, que se han incorporado los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en las instituciones públicas y privadas del SNIS. Las leyes promulgadas en el último decenio, en las que se reconocen y respetan los derechos sexuales y reproductivos como inherentes a todas las personas sin discriminaciones, han sido puestas en práctica con un esquema de abordaje integral, con énfasis en la promoción y prevención de la atención de la salud, que orienta la reforma sanitaria en curso desde el año 2008.

La anticoncepción; el control del embarazo, la institucionalización del parto y la atención del puerperio; el aborto; la violencia doméstica y sexual; la atención de ITS /VIH y los servicios para adolescentes, son prestaciones obligatorias para todas las instituciones afiliadas al SNIS, y fueron las dimensiones monitoreadas por el Observatorio de MYSU corroborando su funcionamiento en 24 instituciones de salud, de 10 departamentos y 19 localidades (capitales y ciudades de mayor entidad) cubriendo una extensión geopolítica en la que habita el 64% de la población del país.

Se constata que el Estado uruguayo está cumpliendo con su responsabilidad de generar condiciones a la población para el ejercicio de estos derechos, en las que se evidencian fortalezas y debilidades en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. La respuesta es más adecuada a los requerimientos y necesidades de mujeres y varones entre 15 y 49 años y se desataca la voluntad manifestada por autoridades, responsables de gestión y profesionales que integran los equipos a cargo de estos servicios. Si bien en esta administración de gobierno que asumió en 2015 no hubo el mismo énfasis en priorizar la política en SSR que en el período anterior, aun con la misma fuerza política en el gobierno.

Las prioridades expresadas a través de los Objetivos Sanitarios que se trazó el MSP expresarían cierto retorno a los abordajes verticales y a la focalización de las intervenciones, en detrimento de concepciones más integradoras, que atiendan la multi-causalidad y las distintas dimensiones de algunas problemáticas como, por ejemplo, las del embarazo en adolescentes o la que deberían atender los nóveles servicios legales de aborto. La medicalización tiene fuerte presencia en las intervenciones sanitarias, aun en aquellas destinadas a la prevención.

En el relevamiento se identificaron buenas prácticas que deberían estar mejor documentadas por los equipos de los prestadores de salud que las llevan adelante. Esto contribuiría a fortalecer la sistematización y construcción de la memoria institucional en el funcionamiento de la política pública. Robustecer el sistema de registro y análisis de estos datos también contribuiría al desarrollo de la política y a una gestión más y mejor informada. También las buenas prácticas deberían ser más valoradas por gestores y autoridades nacionales, para su profundización y réplica en otros territorios e instituciones del SNIS. Se podría ahondar en el intercambio entre los equipos profesionales y el análisis de las necesidades de capacitación, para mejorar la intervención técnica y apoyar la calificación en un ámbito de la salud aún no incorporado en la formación curricular de las disciplinas que se desempeñan en los Equipos Coordinadores de Referencia en Salud Sexual y Reproductiva.

Hay problemas de diverso tenor y naturaleza que actúan como barreras, yendo en detrimento de la universalidad del acceso y la calidad de la atención. Hay brechas de desigualdad que deben ser supera-

das y que no requerirían desmesurado esfuerzo para reducir las. Pero es necesario que exista voluntad política en quienes deben introducir los cambios. De lo contrario, el propósito de garantizar derechos y superar las inequidades, en particular, las de clase, género y generaciones, no se alcanzarán a corto ni mediano plazo.

Entre las **fortalezas y debilidades** identificadas por el Observatorio se destaca:

En los servicios de salud sexual y reproductiva

- Los prestadores monitoreados tienen equipos de SSR constituidos, no obstante, son pocos los que cumplen funciones referenciales.
- En general, los servicios de SSR luego de la implementación de ley de IVE han quedado asimilados a la prestación de los servicios de aborto y, en menor medida, al cuidado en anticoncepción, lo que limita un abordaje integral de la atención de la SSR estipulada en la normativa que los rige.
- Todas las dimensiones de la SSR no están a disposición en todos los centros de salud y no siempre son de fácil acceso para la población que los requiere. Hay diferencias territoriales, de organización y disponibilidad de los recursos humanos que determinan múltiples y diversas rutas para su acceso.
- No hay políticas de divulgación de estas prestaciones, a pesar de ser novedosas en la atención de la salud en el país (y que sean destacadas en la región). Llama la atención que no se dediquen mayores esfuerzos a la difusión y promoción de una política tan requerida por actores sociales, como el movimiento de mujeres y feminista, y tan valorada y reconocida por diversos ámbitos y actores nacionales e internacionales.

En anticoncepción

- Los servicios de anticoncepción funcionan en la totalidad de los prestadores monitoreados, pero se registran problemas en el acceso a algunos métodos como, por ejemplo, hay demoras excesivas en la colocación de DIU y tiempos de espera desmesurados para asegurar ligaduras tubarias.
- Se constató la existencia de médicos que se resisten a atender la demanda de métodos irreversibles, como la ligadura tubaria, cuando la mujer lo solicita, incumpliendo con las guías y protocolos sanitarios vigentes. Estas conductas profesionales remitirían a actos de objeción de conciencia *de facto*, sin que medie fiscalización y sanción ante estas prácticas que no están reconocidas ni habilitadas por ninguna norma en el país, y que vulneran la libertad de elección del método por parte de las usuarias (que sí está consagrado en la obligación de las instituciones de salud de respetarla).
- En general, los servicios de anticoncepción están pensados y son usados por mujeres. Las consultas de los hombres a los servicios de salud sexual y reproductiva quedan reducidas a problemas de disfunciones sexuales o retiro de preservativos.

En la atención del embarazo, parto y puerperio

- Se destacan experiencias institucionales con muy buenas prácticas en número de controles de embarazo por usuaria, prácticas centradas en la humanización del parto y acompañamiento durante el puerperio. No todas están adecuadamente sistematizadas y los mecanismos para replicarlas y promoverlas dentro del SNIS son débiles o inexistentes.
- Se constató alta prevalencia de nacimientos por cesárea, corroborando las elevadas tasas en relación a lo recomendado por OMS/OPS y en comparación con otros países de la región. Ha habido medidas priorizadas por el MSP a través de los Objetivos Sanitarios con el cometido de reducir los altos índices de cesáreas innecesarias, pero son recientes y aún no puede medirse su impacto.
- Hay diferencias significativas entre las tasas de parto por cesárea de los prestadores públicos y los prestadores privados, que deberían ser mejor estudiadas para evidenciar sus causas y reducir las brechas.
- En algunos prestadores públicos del interior faltan especialistas en ginecología y anestistas de guardia, lo que repercute negativamente sobre la calidad de la atención, obligando al traslado de usuarias durante el trabajo de parto.
- Aunque algunos de los prestadores monitoreados brindan servicios de parto humanizado, el cambio hacia este paradigma es lento.

En violencia de género

- Hay prestadores relevados, en particular en el prestador público, en los que no siempre están conformados los equipos que deben atender las situaciones de violencia doméstica y sexual, a pesar de que están estipulados en la ley y definidos en las guías clínicas.
- La no conformación de estos equipos limita la *expertise* del prestador para atender casos de violencia, haciendo que, muchas veces, se resuelva con una derivación informal.
- En general, todos los prestadores tienen dificultades para detectar casos de violencia. En las entrevistas realizadas estas dificultades fueron atribuidas a la herramienta que se utiliza para detectar ("el formulario violeta"), así como a la falta de capacitación, especialmente del personal médico.
- En general, la atención de mujeres en situación de violencia es más eficiente en los prestadores privados (mutuales) que en los públicos, debido a que es una meta asistencial para los prestadores mutuales (de la conformación de equipos y la aplicación del formulario de detección depende el traspaso de fondos desde el gobierno a las mutualistas).

En la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual incluido VIH

- Las rutas de acceso y las formas de atención ante las ITS son distintas entre las instituciones monitoreadas.
- No siempre los centros de salud, en particular los del interior del país, cuentan con infectólogos y también en estas regiones no siempre se cuenta con tests rápidos ni confirmatorios.
- Hay diferencias en el porcentaje de adherencia a los tratamientos de VIH entre los prestadores públicos y privados, es mejor el acceso a medicación en los servicios públicos. .
- Hay prestadores en los que se manifiestan problemas para resguardar la confidencialidad de las personas usuarias con VIH, lo que puede llevar a problemas de estigma en esta población.
- Las campañas públicas de difusión son puntuales y escasamente trascienden las fechas conmemorativas.

En los servicios legales de aborto

El Observatorio hizo un mayor hincapié en dar seguimiento a estos servicios no solo por ser los más recientes, sino porque su instalación transcurrió con múltiples interferencias del debate político (que no cesaron al ser la ley promulgada) y por los hechos protagonizados por algunos profesionales en el ámbito sanitario y judicial.

Entre estas interferencias se destaca la modificación de las pautas para la organización y funcionamiento de los servicios que debió reelaborar el MSP tras la interpretación más restrictiva de la ley en el fallo del TCA, ante el recurso de algunos profesionales de la ginecología. Una sentencia que no solo contempló las demandas de ese grupo de profesionales, sino que determinó la anulación de artículos que reglamentaban la ley, haciendo que el fallo tuviese alcance general.

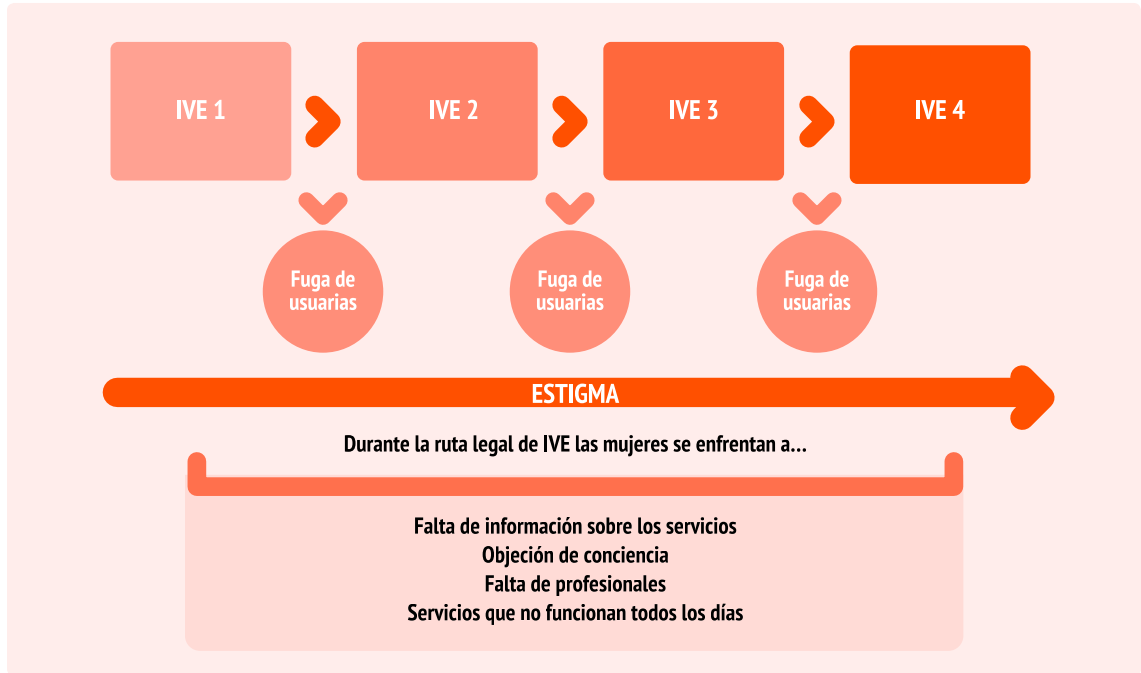
Para MYSU, los problemas identificados en los servicios legales de aborto enfrentan tres grandes desafíos:

1. La dimensión que ha adquirido la objeción de conciencia

- Son altos los porcentajes de objeción de conciencia detectados y preocupantes en algunas zonas y localidades del país. Los datos del monitoreo muestran que **la objeción de conciencia tiene impacto tangible e intangible, que afecta a las mujeres en sus derechos y la calidad de la atención que brindan los servicios de salud.**

- La objeción de conciencia médica retrasa el acceso a la interrupción del embarazo e incluso, llega a negarlo. La investigación de MYSU constató que hay médicos objetores que no cumplen con la función de derivar a mujeres a los equipos multidisciplinarios.
- No solo es alto el porcentaje de profesionales que objetan brindar la atención en aborto, sino que hay profesionales que sin ser objetores, tampoco realizan IVE. Esto tiende a reducir aún más la cantidad de médicos disponibles para acceder a los medios para interrumpir el embarazo.
- Hay problemas en la distribución territorial de los profesionales objetores. Existen regiones con alta concentración de objetores de conciencia, particularmente en el norte y oeste del país. Este fenómeno genera desigualdades entre las mujeres que enfrentan un embarazo no intencional, y afecta, en particular, a las que no viven en las capitales departamentales y a las más pobres. Aquellas que tienen que ser trasladadas deben enfrentar las dificultades que ello conlleva –recorrer largas distancias, hacerlo solas, sin suficientes recursos económicos y deber resolver el apoyo para el cuidado de hijos/as u otras personas dependientes durante el tiempo que les insume el traslado para acceder a la medicación que le dan en los servicios legales de IVE.
- La objeción de conciencia sería uno de los factores que contribuyen a generar las fugas detectadas en el sistema, que llevan a las mujeres a continuar recurriendo al circuito clandestino de abortos, fenómeno que buscaba ser eliminado por la ley.
- La poca disponibilidad de médicos que realizan IVE recarga a los profesionales que sí lo hacen, y contribuye a alimentar conductas estigmatizadoras y de discriminación hacia los profesionales que colaboran con implementar la ley.
- La confidencialidad que deben guardar las instituciones sobre el nombre de los profesionales que objetan, a partir del fallo del TCA, imposibilita a las usuarias conocer esta información para decidir sobre el profesional al que recurrir, lo que las expone a demoras y a la discrecionalidad con la que pueda intervenir un objetor ante una solicitud de IVE.
- Las autoridades no pueden conocer el porcentaje de profesionales objetores por departamento ni controlar que no haya un uso indebido del recurso, por lo que es posible que utilicen el recurso en una institución y no en otra, según el subsistema.
- No hay mecanismos de control ni sanción ante el uso abusivo o inadecuado del recurso de objeción de conciencia y son las mujeres quienes pagan las consecuencias, que deben enfrentar las complicaciones ya mencionadas.

Figura 2:
Fugas de la ruta de IVE por presencia de obstáculos



2. La ruta y el tránsito entre las fases de IVE

- Entre las fases de IVE hay pérdida de usuarias y los registros son incompletos y tienen dificultades en su sistematización y análisis.
- Habría un sistema de fugas del sistema que genera que haya mujeres que sigan resolviendo el aborto en el circuito clandestino. El porcentaje de mujeres que deciden continuar con el embarazo luego de la reunión con el equipo multidisciplinario es muy bajo. Esto demuestra que las mujeres que llegan a los servicios de salud con la intención de interrumpir un embarazo han meditado esta decisión previamente.
- En algunos prestadores del interior del país hay dificultades para conformar los equipos multidisciplinarios porque no hay la cantidad de profesionales necesarios (en especial del área social) en el territorio.
- La nueva normativa, a partir del fallo del TCA, que obliga a los equipos multidisciplinarios a trabajar en forma conjunta, impone un requisito que es difícil de sostener para muchos prestadores debido a la falta de profesionales y/o a la disponibilidad de horario y tiempo que tienen los recursos humanos que se necesitan para cumplir con la norma.

3. Relevamiento, sistematización y disponibilidad de datos oficiales

- La autoridad sanitaria responsable de la tarea carece de las condiciones para cumplir con lo que le mandata la ley IVE y la información oficial sobre abortos legales es insuficiente, no está disponible semestralmente como lo indica la norma ni está acompañada de análisis que identifique la eficacia y calidad de la respuesta.
- No hay metas que haya explicitado el área de SSR del MSP sobre los servicios de aborto legal para saber si la incidencia del aborto legal es acorde a la demanda de las mujeres en situación de embarazo no intencional.
- No se identifican en los Objetivos Sanitarios definidos por el gobierno para este período metas específicas para mejorar la respuesta del aborto legal. Esto no deja de ser sorprendente si se tiene en cuenta que los servicios IVE son una de las prestaciones más novedosas y que más han destacado al país por ser de los pocos de la región que ha incorporado esta prestación en su sistema de salud.

7. RECOMENDACIONES



Los resultados obtenidos en cada estudio realizado por el Observatorio fueron presentados por el equipo de MYSU a las instituciones de salud monitoreadas así como a autoridades nacionales y departamentales referentes y responsables de esta política pública. Las recomendaciones que se enumeran a continuación fueron discutidas en esas reuniones en las que participaron profesionales de los equipos involucrados. Estas propuestas también han sido presentadas a las organizaciones sociales a través de las Jornadas Nacionales en Salud y Derechos sexuales y Reproductivos⁶ que MYSU organiza dos veces por año desde que se promulgó la ley IVE en 2012.

Para los servicios de salud sexual y reproductiva

1. Debe recuperarse la función de coordinación de los Equipos de Referencia de SSR para que su desempeño no quede restringido a la atención del aborto legal y anticoncepción.
2. Se requiere fortalecer y reorientar el funcionamiento de los servicios de SSR para que tengan un abordaje integral, aseguren calidad de la atención y racionalicen la organización de los distintos equipos designados en los diversos componentes de la SSR.
3. Cuando se evalúen los Objetivos Sanitarios debería medirse el impacto que las medidas priorizadas han tenido en la respuesta de la SSR.
4. Deberían generarse los mecanismos de diálogo entre diversos actores para revisar las medidas que permitan mejorar la respuesta de los servicios en función de los requerimientos de las mujeres y de las brechas de desigualdad identificadas.
5. Los esfuerzos para incluir a la población de varones en la atención y estrategias de promoción de la SSR deberían fortalecerse e incluir la perspectiva de la equidad de género para superar modelos estereotipados de masculinidad que impactan sobre la salud y calidad de vida de hombres y mujeres.
6. En las próximas planificaciones y metas en SSR debería enfatizarse la contribución de los servicios de SSR en el ejercicio placentero y no abusivo de las prácticas sexuales, la promoción de la sexualidad como dimensión gratificante de la vida de hombres y mujeres de todas las edades y condiciones, y como medio que contribuya a fortalecer la libertad y autonomía de las personas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sin discriminaciones.
7. Sistematizar buenas prácticas y garantizar la memoria institucional para dar continuidad a la política en SSR, reconocimiento a quienes aseguran la atención de estos servicios y, al mismo tiempo, fortalecer el apoyo en el desempeño profesional para que la atención sea de calidad y respetuosa de los derechos de las personas.

6 Para más información, ver <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/plataforma.pdf>.

Para la atención en anticoncepción

1. Es necesario diseñar y llevar adelante campañas sostenidas de información sobre la variedad de métodos disponibles y su uso.
2. Se requiere diseñar campañas de promoción de la anticoncepción y de la doble protección, con especial énfasis en los varones de todas las edades.
3. La canasta de métodos anticonceptivos debe ser amplia, estar disponible en todos los centros de salud que integran el SNIS y acompañada de la información basada en evidencia que permita a las mujeres tomar decisiones acordes a los requerimientos, en función de las distintas edades y condiciones.
4. Debe estar garantizada la libre elección de los métodos anticonceptivos reversibles e irreversibles. Se deben tomar las medidas pertinentes para que los profesionales de la salud actúen acorde a lo que establecen guías y protocolos de intervención y se cumpla con lo estipulado en las normas.
5. La difusión de la doble protección y la promoción del uso de condones femeninos y masculinos tendría que tener mayor énfasis, en particular entre la población adolescente.

Para los servicios de embarazo, parto y puerperio

1. Deben investigarse en profundidad las razones que determinan las diferencias entre los porcentajes de cesáreas en los prestadores públicos y privados y generar las acciones que corrijan el problema.
2. Identificar el impacto que han tenido las medidas adoptadas en los Objetivos Sanitarios para reducir las cesáreas innecesarias.
3. Los prestadores deben avanzar hacia formas de parto humanizado.
4. Sistematizar las buenas prácticas y promover su difusión dentro del SNIS.

Para la atención de la violencia sexual y de género

1. El formulario de detección de situaciones de violencia no ha sido efectivo y deberían adoptarse otras medidas que permitieran la detección oportuna y la atención adecuada de las situaciones de violencia sexual y de género.
2. Los sistemas de referencia y contrareferencia para la atención integral, interdisciplinaria e interinstitucional de la violencia de género y sexual deben fortalecerse porque la respuesta es insuficiente en relación con la dimensión de la pandemia.

3. La capacitación de los recursos humanos debe desarrollarse, acreditarse y ser continua para suplir la falta de estos temas y abordajes en la curricula de formación de las profesiones involucradas en los equipos a cargo de estos servicios. Los puentes de comunicación entre las entidades responsables de definir la política pública y las que están a cargo de la capacitación acreditada de los recursos humanos aún no han generado los resultados deseables para que la atención se sustente en la intervención técnica bien calificada y en prácticas evaluables periódicamente para mejorar resultados.
4. Las campañas y medidas de prevención para la erradicación de las conductas que generan violencia sexual y de género son insuficientes. Para obtener mayor impacto y permanencia, las iniciativas de distintos actores de gobierno, de la sociedad civil organizada y del sector privado deberían coordinarse mejor.
5. Los sistemas de registro de las situaciones de violencia deben ser revisados para adecuarlos y articular las distintas fuentes de generación de la información que permita medir mejor la prevalencia, la evolución de la problemática, la pertinencia de la respuesta y la superación de los problemas identificados.

ITS/SIDA

1. Los avances en la detección precoz, acceso a la medicación y atención más integral a los requerimientos de las personas con VIH deben consolidarse para superar brechas y problemas en el acceso universal y respuesta oportuna a las personas afectadas.
2. Las vías de transmisión de las distintas infecciones de transmisión sexual deberían ser mejor informadas asegurando canales de divulgación de las medidas de prevención y los cambios de conducta requeridas para mejorar el autocuidado y cuidado de las parejas sexuales.
3. Las actitudes de estigma y discriminación prevalecen, lo que impacta en la calidad de vida de las personas afectadas e indica el nivel de desinformación y prejuicios que subsisten en la población. Erradicar mitos, prejuicios e ignorancia vinculada al ejercicio de la sexualidad contribuirían a reducir los nuevos casos y evitar sufrimiento a quienes ya tienen la infección.
4. La percepción de la población usuaria sobre la falta de confidencialidad en los servicios es muy alta y esto afectaría su uso y acceso. Las instituciones y autoridades de la salud deberían mejorar la comunicación para incrementar la confianza en las garantías que dan las instituciones y sus equipos.
5. Deben superarse las diferencias en el acceso a medicación acorde a la adherencia que tienen las personas a los tratamientos y asegurar que haya igualdad de respuesta entre los prestadores públicos y privados.
6. Deben ampliarse los medios de difusión sobre derechos y responsabilidades en el ejercicio de la sexualidad, la promoción de conductas de cuidado y las vías de prevención, que trasciendan las fechas conmemorativas.

Aborto

1. Es necesaria una mayor difusión de la ley de IVE y de los lugares en los que están disponibles los equipos multidisciplinarios por departamento y prestador, explicitando días y horarios. El MSP debe realizar una campaña de información, que aumente la autonomía de las mujeres dentro del sistema de salud.
2. Deberían revisarse y modificarse algunas condiciones que estipula la ley porque no solo no cumplen con su cometido, sino que contravienen los motivos del cambio legal: atender las consecuencias de la práctica insegura del aborto sobre las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.
3. La implementación de la ley muestra que las mujeres que llegan a los servicios de salud solicitando una interrupción ya tienen su decisión tomada, es muy bajo el número de las que desisten de abortar. Por lo tanto, debería reverse el rol del equipo multidisciplinario y su disponibilidad para cuando la mujer requiere de sus servicios. Hay que equilibrar mejor la intervención y la disponibilidad de profesionales para satisfacer requerimientos de la mujer antes y después de la interrupción.
4. La casi totalidad de las interrupciones legales se producen por medicamentos con lo cual, la intervención de los especialistas en ginecología es, en la amplia mayoría de los casos, la prescripción de la medicación y la repetición de las dosis hasta que se produzca el aborto. La experiencia en el mundo indica que los servicios con calidad de atención en aborto tienen diversos profesionales capacitados para prescribir la medicación y que la acción de los especialistas en ginecología se destina a la atención de complicaciones o interrupciones por vía quirúrgica.
5. Existen experiencias exitosas de servicios de aborto legal en otros lugares del mundo que contribuirían a mejorar la atención IVE en el primer nivel del SNIS, subsanando el problema que generan los altos porcentajes de profesionales de la ginecología que han objetado conciencia y la falta de recursos humanos para que las instituciones del norte de país tengan iguales condiciones para cumplir con lo que estipula la norma. Esto ayudaría a universalizar el acceso a las mujeres que atraviesan embarazos inesperados, superando las fugas hacia el circuito clandestino.
6. Una vez que **la objeción de conciencia** se ha introducido en el ordenamiento jurídico, esta **debe ser regulada**. De lo contrario, se restringe el derecho de las mujeres a interrumpir embarazos no deseados. La regulación debe garantizar que:
 - 6.1 En todas las regiones del país, el MSP promueva que mientras no esté garantizado el servicio, al menos las instituciones públicas deban priorizar la contratación de especialistas en ginecología no objetores.
 - 6.2 Cada institución del SNIS asegure el acceso a IVE sin mayores obstáculos.
 - 6.3 La creación de un tribunal ante el cual los profesionales que quieran ampararse en la objeción de conciencia fundamenten y demuestren los motivos de solicitar la excepción que concede la norma. Esto contribuiría a asegurar que no haya un uso abusivo o indebido del recurso de objeción de conciencia, dado que atenta

contra el derecho de acceder a una prestación de salud que la ley habilita y el Estado debe asegurar.

7. El MSP debe fortalecer sus capacidades de fiscalización, recepción de denuncias, resolución de los problemas y respuesta a la población usuaria afectada por la atención de mala calidad.
8. La información sobre objetores por prestador debe ser pública y estar disponible al momento de optar o cambiar de prestador en el SNIS. Esta es una información muy importante para las mujeres. En 2017, el MSP desarrolló un dispositivo de visualización de servicios brindados por prestador de salud como una forma de mejorar los niveles de información de las personas usuarias al momento de un eventual cambio de prestador. En la información comparada entre prestadores que se proporcionaba estaba el porcentaje de cesáreas, pero no el de objetores. Lo ideal sería saber el nombre de los objetores, pero si eso no es posible por el resguardo de la confidencialidad, por lo menos debería poder saberse el porcentaje de objetores por prestador en cada departamento.
9. Diseñar y procesar periódicamente indicadores que permitan rendir cuentas públicas sobre la implementación de la ley.

Este es el aporte de MYSU como organización de la sociedad civil que tiene como cometido la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos con una perspectiva de equidad de género y generaciones. La información obtenida en la investigación nutre un área novedosa de la política pública, que demanda insumos para valorar su rumbo y necesita evidencia para los ajustes que permitirían mejorar la respuesta.

BIBLIOGRAFÍA



Amado Eduardo Díaz; María Cristina Calderón García; Katherine Romero Cristancho; Elena Prada Salas and Eliane Barreto Hauzeur (2010). "Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia". En *Reproductive Health Matters*, Vol. 18, No. 36, Privatisation (November 2010), pp. 118-126.

Center for Reproductive Rights (2015). The World's Abortion Laws 2015. Map. Disponible en: <http://worldabortionlaws.com>.

Cook, Arango, Olaya y Dickens (2009). "Health care Responsibilities and Conscientious Objection" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 104. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, pp.249-252.

Cóppola, Francisco. (2013). "*Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay*". Artículo de opinión. *Revista Médica del Uruguay*; 29 (1):36-39.

Correa, Sonia y Mario Pecheny. (2016). *Abortus Interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*; Montevideo: MYSU.

Dickens, Bernard (2014). "The Right to Conscience". En Rebecca Cook y Joanna Erdman (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*; University of Pennsylvania Press: Pennsylvania, pp. 210-238

Gutmacher Institute. (2016). "Aborto inducido a nivel mundial". *Hoja informativa*, julio.

Rodríguez Gustá, Ana Laura y Nancy Madera (2014): "Dimensiones colectivas, relacionales y supranacionales en la construcción de una agenda legislativa de derechos humanos de mujeres en América Latina", en *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Vol. 23 (número temático).

Heino, Anna; Mika Gissler; Dan Apter y Christian Fiala (2010). "Conscientious objection and induced abortion in Europe". En *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2013; 18: 231-233

LeTourneau, K. (2016). *Abortion stigma around the world: A synthesis of the qualitative literature. A technical report for members of The International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma* (inroads). Chapel Hill, NC: inroads.

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

MYSU (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2009; MYSU: Montevideo.

RUDA. 2003. *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Universidad para la Paz.

Sedgh Gilda, Jonathan Bearak, Susheela Singh, Akinrinola Bankole, Anna Popinchalk, Bela Ganatra, Clémentine Rossier, Caitlin Gerdtts, Özge Tunçalp, Brooke Ronald Johnson Jr, Heidi Bart Johnston, Leontine Alkema (2016). "Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends". En *Lancet*; 388: 258-67.

Anexo 1

Informes departamentales sobre el estado de situación de los servicios de aborto y salud sexual y reproductiva en Uruguay (relevamiento 2013-2017))

Título	Apoyos
MYSU (2014) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2013-2014: Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto, MYSU, Montevideo.	Médicos del Mundo Francia y de la International Women Health Coalition (IWHC)
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, Montevideo.	Médicos del Mundo Francia, de la International Women Health Coalition (IWHC), Safe Abortion Action Fund.
MYSU, 2016: Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud de los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera. Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva, MYSU, Montevideo.	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de Safe Abortion Action Fund (SAAF) y de International Women Health Coalition (IWHC).
MYSU, 2017a: Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos de Rocha y Cerro Largo	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de Safe Abortion Action Fund (SAAF) y de International Women Health Coalition (IWHC).
MYSU, 2017b: Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de Safe Abortion Action Fund (SAAF) y de International Women Health Coalition (IWHC).

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Esta publicación fue realizada con el apoyo de

