

OBSERVATORIO NACIONAL

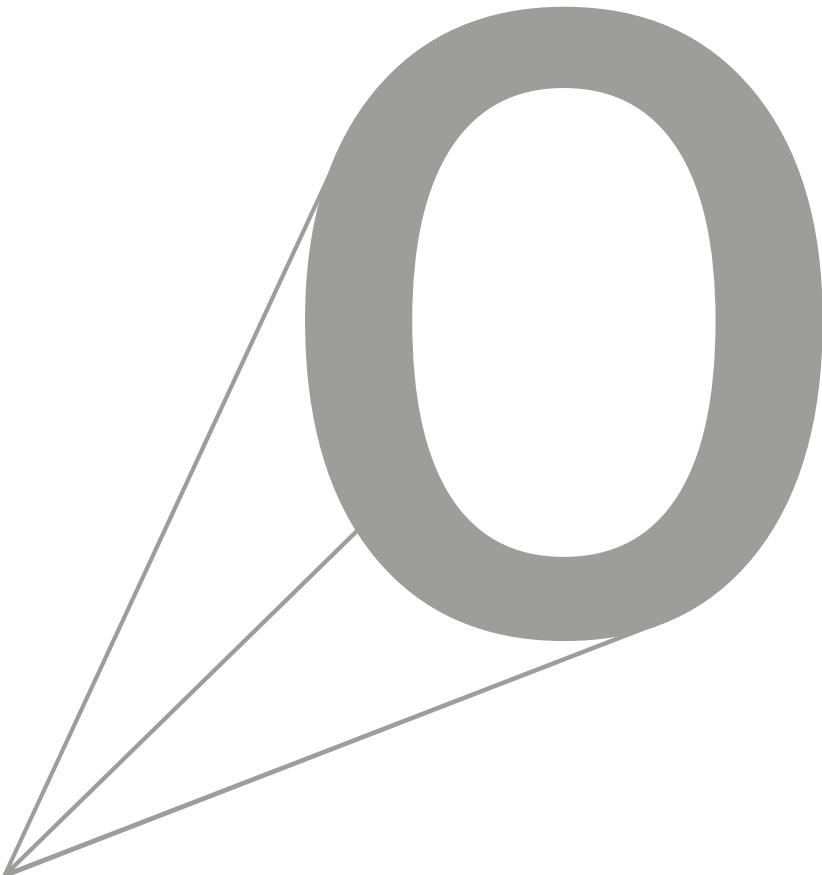
EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY



Informe
2016

ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y ABORTO
EN EL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO

mysu



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

Informe
2016

ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y ABORTO
EN EL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO

© MYSU, 2016

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 Montevideo, Rocha y Cerro Largo.

Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva, MYSU, Montevideo.

Este informe es el resultado del estudio realizado por el Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva de Mujer y Salud en Uruguay – MYSU, durante 2016 en los departamentos de Montevideo, Cerro Largo y Rocha. Tanto la investigación como su publicación fueron posibles con el apoyo de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de Safe Abortion Action Fund (SAAF) y de International Women Health Coalition (IWHC).

La reproducción total o parcial de este informe está permitida siempre y cuando se cite la fuente. MYSU (2017) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio: Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en el departamento de Montevideo. 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: María Eugenia Casanova, Santiago Puyol y Florencia Beder.
Elaboración de informe final: Santiago Puyol

Edición: MYSU
Corrección: Ana Artigas
Diseño: Fabián Montini
Impresión:
Depósito legal:
ISBN:

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.

CONTENIDO

LISTA DE ACRÓNIMOS	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO CONCEPTUAL	13
FUNDAMENTACIÓN DEL MONITOREO	19
OBJETIVOS DEL MONITOREO	27
METODOLOGÍA.....	31
HOSPITAL DE LA MUJER – CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL	
ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO.....	35
ANTICONCEPCIÓN.....	40
EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO.....	43
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	46
VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL.....	51
ATENCIÓN EN VIH/ITS	53
ESPACIO ADOLESCENTE	54
SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN EL HOSPITAL PEREIRA ROSELL.....	56
HOSPITAL POLICIAL	
ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO.....	59
ANTICONCEPCIÓN.....	62
EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO.....	63
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	67
VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL.....	69
ATENCIÓN EN VIH/ITS	72
ESPACIO ADOLESCENTE	74
SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN EL HOSPITAL POLICIAL.....	75
COSEM	
ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO.....	81
ANTICONCEPCIÓN.....	84
EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO.....	85

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	87
VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL.....	89
ATENCIÓN EN VIH/ITS	91
ESPACIO ADOLESCENTE	93
SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN COSEM	94
MÉDICA URUGUAYA – MUCAM	
ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO.....	99
ANTICONCEPCIÓN	102
EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO.....	103
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	105
VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL.....	108
ATENCIÓN EN VIH/ITS	111
ESPACIO ADOLESCENTE	113
SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN MÉDICA URUGUAYA – MUCAM.....	114
REFLEXIONES FINALES.....	117
RECOMENDACIONES	125
BIBLIOGRAFÍA	129
SITIOS WEB CONSULTADOS	132

Lista de acrónimos

ACO	Anticonceptivos Orales
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
ASSE	
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CSIC	Comisión Sectorial de Investigación Científica
Digesa	Dirección General de la Salud
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ECR	Equipo Coordinador Referencial
FEMI	Federación Médica del Interior
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HPR	Hospitales Pereira Rossell
IAMC	Instituciones de Atención Médico-Colectiva
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
INAU	Instituto Nacional del Niño y el Adolescente del Uruguay
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
IVE	interrupción voluntaria del embarazo
IWHC	International Women Health Coalition
MAC	Métodos Anticonceptivos
MI	Ministerio del Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ONG	Organización No Gubernamental
RAP	Red de Atención Primaria
SAAF	Safe Abortion Action Fund
SEIC	Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas
SGC	Sistema de Gestión de Consultas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TCA	Tribunal de lo Contencioso Administrativo
UdelaR	Universidad de la República
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (siglas del inglés)
VD	Violencia Doméstica
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han registrado avances sustantivos en el marco normativo de Uruguay, que lo ubican entre aquellos países de la región con mejores condiciones para el respeto y la garantía del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR).

En 2008 se aprobó la **Ley N° 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva**, que constituye una ley marco que, entre otras cosas, establece que el Estado debe promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios en este campo. Todos los prestadores de salud deben contar servicios de anticoncepción; control de embarazo y atención en el parto y puerperio; asesoramiento y consejería en casos de embarazo no deseado o esperado; atención, detección y prevención de cáncer gérnito-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.

Por su parte, en 2012 se aprobó la **Ley N° 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**, que regula la práctica del aborto, estableciendo requisitos para efectuar el procedimiento de forma legal en el ámbito del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), incorporando estos servicios a los definidos por la ley antes mencionada. Tanto estas normas, como sus respectivos decretos reglamentarios, además de las ordenanzas y guías clínicas relacionadas, habilitan un escenario con importantes oportunidades para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

A su vez, en 2013 se aprobó la **Ley N° 19167 de Regulación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida**, que regula la incorporación al SNIS de prestaciones para el tratamiento de la infertilidad, definiendo como reproducción humana asistida al “*conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo*” (Art. 1). De este modo, queda establecido el crisol de prestaciones que forman parte de los servicios de SSR en Uruguay.

En ese contexto, y tras la incorporación de estos servicios al SNIS, el Observatorio sobre políticas de género y salud sexual y reproductiva de MYSU se propuso monitorear la implementación y funcionamiento de las prestaciones en SSR a través de estudios anuales, realizados a nivel departamental. Es así que desde 2013 se han realizado estudios que relevan el estado de situación de los servicios de SSR en los principales prestadores públicos y del sistema mutual de localidades de diversas regiones del país.

Esta línea de monitoreo con el presente estudio completa **10 de los 19 departamentos del país¹** se-

¹ Entre 2013-2016, el Observatorio de MYSU ha monitoreado las instituciones públicas y privadas del SNIS de los departamentos de Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Florida, Maldonado, Rivera, Cerro Largo, Rocha y Montevideo.

El monitoreo en los departamentos de Cerro Largo, Rocha y Montevideo culmina la línea de los estudios del Observatorio que comenzó en el año 2013 en el departamento de Salto, donde la totalidad de sus profesionales de la ginecología objetaron conciencia para brindar los servicios legales de aborto que iniciaban en ese año (MYSU, 2014). Posteriormente, el monitoreo continuó por los otros departamentos del litoral del país: Paysandú, Río Negro y Soriano, donde también se detectaron altos porcentajes de ginecólogos/as objetores (Paysandú 87%, Río Negro 47%, Soriano 82%), alcanzando el 100% en las localidades de Mercedes y Young. En estos estudios se incluyó una fase cualitativa con entrevistas en profundidad a mujeres entre 15 y 49 años, para conocer el grado de conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos y la existencia de los SSR, así como percepciones sobre la calidad de la atención, uso de los servicios y persistencia de estigma y discriminación en función de las prácticas sexuales y decisiones reproductivas (MYSU, 2015). En el año 2015 se relevaron Rivera, Maldonado y Florida, donde también se registraron altos porcentajes de profesionales objetores, a excepción de Florida, donde solo presenta 8,5% de profesionales que no brindan esta prestación. En general, muchas de las dificultades identificadas en los estudios anteriores se constataban en estas localidades, pero también se detectaron situaciones particulares por la mayor presencia de población rural en el caso de Florida; o por ser departamento fronterizo con Brasil en el caso de Rivera; o por concentrar migración interna por ser centro de atención turística, como es el caso de Maldonado. En estos tres departamentos, en el estudio cualitativo sobre necesidades y conocimientos de los servicios en SSR se sumó la entrevista a varones entre 15 y 49 años, (MYSU, 2016).

lecciónados a partir de criterios socio-demográficos y realidades particulares detectadas en el campo de la salud y los DSR. En el año 2016 los relevamientos abarcaron los servicios de SSR en los departamentos de **Montevideo, Cerro Largo y Rocha**.

Este informe presenta el estudio del departamento de Montevideo donde reside más del 40% de la población del país y están concentradas las principales instituciones de salud proveedoras de servicios. Incorporar el estado de situación de estos servicios en la capital del país permitirá ampliar el conocimiento sobre el nivel de la respuesta en SSR que ha alcanzado Uruguay.

El monitoreo de la respuesta de la atención en SSR de Montevideo incluyó las siguientes instituciones: Hospitales Pereira Rossell (HPR) y Policial, de la red pública, y la Médica Uruguaya y COSEM, del subsector privado. Los servicios relevados fueron: anticoncepción; embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo (IVE); infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH); y violencia doméstica y sexual. Respecto a los servicios de aborto se cuenta con datos de la Red de Atención Primaria de ASSE en el Área Metropolitana (RAP Metropolitana), relevados por Facultad de Psicología.

Además, se indagó sobre los Espacios Adolescentes debido al grado de importancia que tienen para cumplir con la atención específica de la SSR de esta población. Las prestaciones en SSR monitoreadas representan dos tercios de las definidas por la normativa nacional².

Otra de las complejidades que tuvo este relevamiento fue que durante su implementación en el Ministerio de Salud Pública (MSP) hubo modificaciones a la regulación de las prestaciones en aborto debido al fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), que derogó varios de los artículos de la reglamentación de la ley 18987³.

A partir de estos cambios, no se ha podido acceder a la nómina de profesionales de ginecología e identificar quiénes han adherido al recurso de objeción de conciencia, dado que debe protegerse la confidencialidad del dato por parte de las instituciones y autoridades. Por lo tanto, no se puede calcular el porcentaje de profesionales objetores sobre el total de profesionales disponibles en los servicios de salud de un departamento. A su vez, la información tampoco la releva el MSP, por lo que no se puede conocer el porcentaje de profesionales que están objetando conciencia ni acceder a las razones que la motivan. En los estudios del Observatorio de 2016 y 2017 hubo que indagar sobre el grado de cumplimiento de las normas en el funcionamiento de los servicios de SSR, mientras las instituciones eran notificadas de los cambios por parte de las autoridades sanitarias.

2 Mediante las Leyes N° 18426, N° 18987 y N° 19167, sin ser incluidas en el presente monitoreo la atención, detección y prevención de cáncer génito-mamario; la atención en climaterio y menopausia; y técnicas de reproducción humana asistida.

3 En abril de 2016 el MSP emite ordenanzas que recogen el nuevo marco normativo para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) tras el *fallo del Tribunal de lo Contencioso-Administrativo realizado en 2015*, que declarara nulos parcial o totalmente algunos de los artículos del *decreto reglamentario de la Ley N° 18987* de IVE. Entre los cambios introducidos por estas ordenanzas, se encuentra la obligatoriedad del trabajo simultáneo de los equipos multidisciplinarios a cargo de los servicios de IVE, la obligatoriedad por parte de los prestadores de salud de brindar servicios de IVE por lo menos tres veces por semana, y el concepto de "objeción de conciencia parcial", que permitiría a los/as ginecólogos/as negarse a realizar ciertas etapas del proceso de IVE y otras no. Otro de los cambios recogidos del fallo del TCA es la responsabilidad de los prestadores de salud de remitir al MSP una notificación de los/as profesionales objetores, quienes deberán expresar por escrito su adhesión al recurso que habilita la ley, a través de un documento con valor de declaración jurada. Nuevas ordenanzas: *Nº 243/016, Nº 247/016 y Nº 366/016*

Generar información que permita conocer mejor la realidad en un área novedosa de la política pública como es el de las prestaciones en SSR es muy necesario y de utilidad para los diversos actores en juego. El campo de los DSR es un terreno en conflicto, en el que los Estados comienzan a reconocerlos como derechos humanos y, progresivamente, van asumiendo la responsabilidad de generar las condiciones que permitan 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 generan la necesidad de insumos para definir políticas adecuadas y acciones que permitan cumplir con estos compromisos. Para contribuir con este proceso, MYSU lleva adelante su programa del Observatorio, que apuesta por conocer mejor la realidad para cambiarla.

Esta tarea es posible gracias al apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de International Women Health Coalition (IWHC) y de Safe Abortion Action Fund (SAAF), a quienes les agradecemos muy especialmente la confianza y su apuesta por fortalecer el aporte calificado y el buen desempeño de organizaciones sociales como MYSU. Sin este soporte todo sería más difícil o casi imposible.

Queremos hacer un especial reconocimiento a las instituciones de salud que abrieron sus puertas para facilitar esta investigación, así como a las autoridades e integrantes de los equipos profesionales que destinaron parte de su tiempo y pusieron a disposición la información que nos permitió conocer la realidad de los servicios y la calidad de su trabajo. Muchas gracias, eso habla muy bien de la transparencia de sus gestiones y de la sana cualidad de mejorar siempre en la tarea que realizan.

Hacemos mención especial también al Instituto de Psicología de la Salud (Facultad de Psicología – Ude- laR) y la Red de Atención Primaria de ASSE en el Área Metropolitana (RAP Metropolitana) por la investigación sobre servicios legales de aborto que realizamos en convenio marco con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República (UdeLaR), participando del proyecto como organización social.

Esperamos que todos estos esfuerzos compartidos cumplan con el objetivo principal de lograr las mejores condiciones para que todas las personas, sin excepción, puedan gozar de una vida sexual y reproductiva gratificante, placentera, informada y responsable.

Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva

Lilián Abracinskas – Coordinadora

María Eugenia Casanova, Santiago Puyol y Florencia Beder – Equipo de investigación

Mujer y Salud en Uruguay

MARCO CONCEPTUAL



El efectivo ejercicio de los DSR depende de muchos factores. Uno de ellos es superar las barreras que surgen en la fase de implementación de la política pública. Tras haber puesto en agenda una problemática, haber logrado los consensos políticos para abordarla y, finalmente, formulado una política (con su respectiva reglamentación) que defina acciones específicas, en la implementación se juega la concreción efectiva de lo acordado. Dicha instancia es, por tanto, crucial para que los derechos sean garantizados para la población.

Existen diversos motivos por los que existen brechas en la implementación de una política pública. Grindle (2009) afirma que las políticas que involucran la provisión de servicios (como es el caso de la salud) presentan mayor dificultad ya que para ser ejecutadas efectivamente requieren de largas cadenas de acciones y muchos actores.

El ejercicio de los DSR está sujeto al acceso a bienes materiales y simbólicos, en los que los profesionales y proveedores son uno de los canales sustantivos de la concreción de reglamentaciones y guías de la política de salud. Tal como plantea Shraiber *"Si la política de salud reconoce los derechos de las mujeres, será necesario que dentro de la estructuración del conjunto de los servicios y en el funcionamiento interno de cada establecimiento de salud, estos derechos se traduzcan también en acciones y flujos asistenciales que sean aceptados y valorados. Pero si todas esas pretensiones se quedan fuera del consultorio médico o del tratamiento del paciente o de cualquier otro profesional, cuando este profesional cierra la puerta para atender a la usuaria –delineando la imagen más fuerte de nuestra cuestión en cuanto a la importancia con que abordamos la práctica profesional– la acción profesional no podrá concretar ningún consenso ético-político o ninguna norma práctica de realización de los derechos."* (Shraiber, 2010:16)

El cuerpo médico es, por tanto, un actor que puede viabilizar, así como interferir en el ejercicio de los derechos y constituye un eslabón clave de la cadena. Sus prácticas son, en definitiva, la concreción de la política. Castro (2010) da cuenta del quehacer cotidiano de los médicos identificando el habitus médico como "el conjunto de predisposiciones incorporadas –esto es, que teniendo una génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales– que a través de un largo proceso de socialización y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano" (Castro, 2010:59). Según indica el autor, existe una paradoja crucial en el campo médico, "por una parte, las instituciones públicas de salud son un espacio de ejercicio de la ciudadanía, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura disciplinaria diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la obediencia y la conformidad de las usuarias con los dictados del poder médico" (Castro, 2010:57). En esa línea se funda la relevancia que adquiere a la hora de monitorear el estado de situación de los servicios de salud, identificar prácticas médicas que estén interfiriendo con los derechos alcanzados en salud sexual y reproductiva.

El monitoreo llevado adelante por el Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU se inscribe en los estudios de género y salud, población y desarrollo, y derechos humanos.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva surge en las décadas de los 70 y 80, pero se afianza en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo, en 1994. El informe de la Conferencia define la **salud reproductiva como:** "*Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.*

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos". (CIPD Cap. VII, numeral 7.2).

A partir de esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como: "El conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual", (ídem).

El informe sostiene que los **derechos reproductivos** "se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos", (CIPD Cap. VII, numeral 7.3).

Avanzando en esta línea, y a 20 años de la Conferencia del Cairo, en 2013 se realizó en Montevideo la I Conferencia Regional de Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, que alcanzó el **Consenso de Montevideo** como resultado del diálogo entre la sociedad civil organizada y los Estados. Lo conseguido en la Conferencia se identifica como un hito trascendente en el proceso del reconocimiento de los DSR como derechos humanos. Es la región del mundo que ha alcanzado uno de los mayores niveles de acuerdo asumiendo la responsabilidad de garantizar las condiciones para que todas las personas, sin discriminación alguna, accedan y se beneficien de los avances del desarrollo con sostenibilidad y en armonía con el medio ambiente. América Latina y el Caribe ha asumido la agenda de derechos humanos más progresista y emancipadora que la comunidad internacional ha logrado alcanzar hasta el momento. En ese contexto, Uruguay es el país que más ha avanzado en el reconocimiento formal y de política pública en este campo promulgando una serie de leyes: derecho a la salud sexual y reproductiva (ley 18426 /2008); Regulación del derecho a la identidad de género, cambio de nombre y sexo registral (Ley 18620/2009); Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 18987/2012); Matrimonio igualitario (Ley 19075/2013), Regulación de técnicas de reproducción humana asistida (Ley 19167/2013); Subsidios por maternidad y paternidad en el sector privado (Ley 19161/2013); además de un importante número de

reglamentaciones, ordenanzas, protocolos de intervención, guías clínicas que obligación la incorporación de estas prestaciones en la actuación de las instituciones integradas al SNIS y a la intervención de sus equipos profesionales.

Desde el año 2007, MYSU, a través de su Observatorio en género y SSR, ha dado seguimiento sostenido a la implementación de este marco normativo y su puesta en marcha, monitoreando la ejecución de los servicios que incluye la atención en SSR y aborto a escala país.

FUNDAMENTACIÓN DEL MONITOREO



Figura 1. Mapa de Uruguay con los departamentos relevados en los monitoreos

Con el estudio de Montevideo, junto con los realizados en **Cerro Largo y Rocha** culmina esta fase del monitoreo sobre el estado de situación de los servicios de SSR e IVE que alcanzó a 10 de los 19 departamentos del país: tres de la frontera con Brasil (Rivera, Cerro Largo y Rocha), cuatro del litoral (Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano), uno del centro (Florida), uno del sur (Maldonado) y Montevideo, capital del país.

En el **departamento de Montevideo** reside más del 40% de la población nacional⁴. A pesar de ser el departamento de menor extensión territorial, presenta la mayor concentración y densidad poblacional⁵. A su vez, es donde está radicada la gran mayoría de los servicios del país, incluyendo los de salud.

4 Segundo el Censo 2011, la población de Montevideo era de 1.318.755 en ese año. Teniendo en cuenta el total de 3.286.314 habitantes del Uruguay al mismo año, la capital nacional concentra el 40,13% de la población del país (INE, 2012).

5 Al 2014 la densidad de población de Montevideo era de 2.599,3 hab/km² (INE, 2014a).

Los tres departamentos poseen características propias, que les hacen de interés a la hora de monitorear los servicios de SSR. Según las estimaciones y proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), "en 2016 los tres departamentos se encuentran por debajo de la tasa de recambio, que es 2,10. aunque Cerro Largo es el que más se acerca a ésta, con una tasa del 1,94. En principio, podría asociarse este dato al hecho de que Cerro Largo tiene una de las edades medias a la maternidad más bajas del país (27,03 años). Tiene la edad media a la maternidad similar (26,97 años) y presenta una tasa de fecundidad menor solo por unos puntos (1,91). Montevideo, por su parte, tiene la tasa de fecundidad más baja del país con un 1,76, y posee la edad media a la maternidad más elevada(de 28,35 años)⁶ (INE, 2014b).

En este contexto, hay un fuerte el peso de las adolescentes que son madres en cada departamento. Tal como se sostiene e la investigación de López Gómez y Varela (2016), "*en Uruguay se mantienen niveles elevados de fecundidad y maternidad en la adolescencia (60 por mil, 10% respectivamente) en relación a la mayoría de las regiones del mundo y se encuentra cercano al promedio de América Latina (70 por mil y 13%)*". Rocha y Cerro Largo, cuentan con porcentajes de madres adolescentes más elevados. Según el Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay⁷, Montevideo tiene 8,0% frente a 10,7% en Rocha y 12,4% en Cerro Largo, **siendo este último el tercer departamento con mayor porcentaje de adolescentes madres** (Calvo, 2013).

Por otra parte, desde que se implementaron los **servicios de aborto legal** en el país, según cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP) se realizaron un total de 34.789 abortos, 7.171 en 2013, 8.537 en 2014, 9.362 en 2015 y 9719 en 2016. El 59% de las IVE fueron realizadas en Montevideo y el 52% sucedieron en instituciones privadas del país (MSP, 2016).

Para el año 2014, el MSP informó una relación de 12 IVE cada 1.000 mujeres entre 15 y 45 años. No se cuenta con datos oficiales discriminados por departamento para los prestadores privados. A través de una solicitud de acceso a la información presentada a ASSE, MYSU obtuvo el número de IVE realizadas en los servicios públicos por mes, por departamento, para los años 2013 y 2014. A partir de ahí se construyó un indicador aproximado del número de IVE realizadas cada 1.000 mujeres en edad reproductiva en cada departamento⁸.

Ese indicador arroja los siguientes resultados: Montevideo registra 21,68 abortos cada 1.000 mujeres entre 15 y 45 años; Cerro Largo 12,20; Rocha 18,36. Los valores son mayores al promedio nacional. Los datos de los estudios MYSU han registrado a nivel territorial que los prestadores privados realizan

⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE) – Estimaciones y proyecciones de población (revisión 2013).

⁷ Datos a 2011, extraídos de Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. La Fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo.

⁸ Si se toma en cuenta el número de abortos realizados por ASSE en cada departamento para el año 2014, la cobertura del prestador en el departamento y el número de mujeres en edad reproductiva (15 a 45 años), puede construirse un indicador que sirve de proxy al de número de IVE realizadas cada 1.000 mujeres en edad reproductiva en cada departamento. Este indicador se sostiene en dos supuestos: 1- la afiliación a los prestadores de salud en un departamento se distribuye de forma uniforme en todos los grupos de edad; 2- la relación a nivel país entre abortos realizados en el subsector público y el subsector privado del SNS se mantiene a nivel departamental. El indicador se construyó de la siguiente forma: , donde IVEA es el número de IVE realizadas en ASSE para el departamento/país; MR es el número de mujeres entre 15 y 45 años para el departamento/país; y CA es el porcentaje de cobertura de ASSE en el departamento/país (expresado en decimales).

menos IVE que su contraparte pública en el interior del país, usualmente en proporciones considerablemente menores (MYSU, 2014; 2015a; 2016). La razón para todo el país, solo con los datos de ASSE da como resultado 14,04 IVE cada 1.000 mujeres entre 15 y 45 años.

La diferencia de casi 10 IVE cada 1.000 mujeres entre 15 y 45 años entre los departamentos de Cerro Largo y Montevideo, da cuenta de que Montevideo concentra servicios y recibe un gran número de derivaciones de otros lugares del país, donde la respuesta no está asegurada.

Identificar las barreras y dificultades que deberían subsanarse porque atentan contra la universalidad de la prestación es uno de los fundamentos de los estudios del Observatorio, pero también señalar las potencialidades y virtudes en buenas prácticas de algunos servicios y prestadores de salud, porque podrían replicarse en el resto del territorio.

El alto índice de cesáreas en el país es una problemática que ha sido históricamente cuestionada por distintos actores de la sociedad civil y organismos internacionales. Frente a este escenario, el Estado a través del MSP se propone como meta reducir la práctica de cesáreas innecesarias en los Objetivos Sanitarios hacia el 2020⁹ (MSP, 2015b).

En 2015, Montevideo contaba con el índice de cesáreas más bajo en ASSE para todo el país, con 25,3% de incidencia. Rocha, departamento en el que se instaló la primera maternidad de parto humanizado del país, tenía un índice de cesáreas en ASSE que ascendía a 31,4% y, en Cerro Largo, donde existen esfuerzos para la realización de parto humanizado en el Hospital de Melo, capital departamental, ascendía a 33,3%¹⁰ en el mismo año. Explorar el impacto de la institucionalización del parto humanizado en estos departamentos podría arrojar conclusiones en torno a estos números.

Al mirar la realidad del sistema mutual se observa que los índices de cesáreas son extremadamente elevados en los tres departamentos, oscilando para las distintas mutualistas estudiadas entre el 48,2% y el 69,1%¹¹.

⁹ Accesible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/LIBRILLO%20OBJETIVOS%20NACIONALES%20imprenta.pdf

¹⁰ Extraído de <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/indicadores-asistenciales-asse-ejercicio-2015>

¹¹ Extraído de <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/indicadores-asistenciales-iamc-ejercicio-2015>

	Montevideo	Rocha	Cerro Largo	Fuente
Índice de cesáreas en ASSE. Año 2015	25,30%	31,40%	33,30%	Indicadores Asistenciales ASSE 2015. MSP
Índice de cesáreas en mutualista. Año 2015	As. Española: 54,5%	COMERO: 51,3%	CAMCEL: 52,7%	Indicadores Asistenciales IAMC 2015. MSP
	CASMU: 52,4%			
	COSEM: 69,1%			
	MUCAM: 8,2%			
Tasa global de fecundidad. Año 2016	1,76	1,91	1,94	Estimaciones y proyecciones de población (revisión 2013). INE
Edad media a la maternidad. Año 2016	28,35	26,97	27,03	Estimaciones y proyecciones de población (revisión 2013). INE
% madres adolescentes. Año 2011	8%	10,70%	12,40%	Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA
Tasa de abortos en ASSE. Año 2015	21,68	18,36	12,2	Elaboración propia
Tasa de homicidios de mujeres por violencia doméstica cada 100.000 habitantes. Promedio 2011-2015	1,13	2,11	3,97	Observatorio en Violencia y Criminalidad del MI
Tasa de notificación de nuevas infecciones de VIH. Año 2014	45,8	23,5	14,17	Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. MSP
% de personas pobres. Año 2013	15,70%	9,60%	12%	Reporte Uruguay 2015. MIDES-OPP
% de personal con al menos una NBI. Año 2011	26,80%	35,00%	44,80%	Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Fascículo 1. INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA

Respecto a la problemática de la **Violencia Doméstica (VD)**, los datos del Ministerio del Interior (MI) sostienen que en los últimos 10 meses de 2015 a nivel del país se recibieron en promedio 85 denuncias por VD cada día; una cada 17 minutos (MI, 2016).

Rocha, con una tasa de homicidios de mujeres por violencia doméstica de 3,97 por cada 100.000 habitantes, **tiene el valor más alto para Uruguay** y muy por encima de los valores de Cerro Largo (2,11) y Montevideo (1,13)¹².

Montevideo es el único departamento que cuenta con Juzgados Especializados en VD, mientras que en los departamentos del interior se debe recurrir a Juzgados de Familia o Penal. La necesidad de verificar la existencia de los servicios referentes en VD en los prestadores de salud y corroborar su funcionamiento y articulación con otras instituciones es muy necesario por la magnitud que la violencia contra las mujeres y de género ha alcanzado en el país.

En cuanto a la epidemia de VIH, Uruguay tiene una prevalencia menor al 1% en la población general mientras que en poblaciones más expuestas el promedio supera el 5%, adquiriendo un perfil de tipo "concentrado". Desde el comienzo de la epidemia en el año 1983 (año en que se registró el primer caso) a octubre de 2013 han sido registrados un total de 12.422 casos de infección por VIH, y se estima que anualmente se producen 1.000 nuevas infecciones (MSP, 2013). La relación hombre/mujer para los casos notificados de VIH ha ido disminuyendo en el largo plazo, lo que demuestra una feminización de la epidemia (MYSU, 2015c).

La distribución de notificaciones de nuevos casos de infección con VIH por subsector del SNIS en 2014, muestra que el subsector público tiene un porcentaje mayor de diagnóstico tardío frente al subsector privado. Mientras que casi uno de cuatro casos diagnosticados, se realizan de forma tardía a nivel del subsector público, la relación es de menos de uno cada 10 casos diagnosticados en los privados. Este dato debe ser matizado con el hecho de que un 57% de los nuevos diagnósticos en el mismo año se realizaron en los prestadores públicos (MSP, 2015).

Montevideo presenta la **tasa de notificación de nuevas infecciones de VIH cada 100.000 habitantes** más alta del país (45,80). A esto se le suma el hecho de que el Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas (SEIC) que atiende a buena parte de la población con VIH en Uruguay se encuentre instalado en la capital. Rocha y Cerro Largo, limítrofes con Brasil, tienen la sexta tasa más elevada del país: 23,50 y 14,17 respectivamente, unos porcentajes que no llegan ni a la mitad del promedio nacional (30,16)¹³ (MSP, 2015a).

En cuanto al **contexto socioeconómico**, según el método de línea de pobreza, Montevideo tiene un 15,7% de personas pobres entre sus habitantes, frente a un 12,0% para Cerro Largo (uno de los departamentos con porcentajes más altos en el país, pero de los más bajos para los departamentos del noreste) y un 9,6% para Rocha¹⁴ (OPP-MIDES, 2015). Sin embargo, medido en términos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), según el Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay, Montevideo presenta un 26,8% de personas con alguna NBI, ascendiendo a 44,8% y 35% en Cerro Largo y Rocha respectivamente¹⁵

12 Promedio anual para el período 2011-2015, Observatorio en Violencia y Criminalidad del MI. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/noviembre2015.pdf>

13 Datos a 2014, extraídos del Informe Epidemiológico sobre el VIH/SIDA en Uruguay, 2015 del MSP. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Informe%20epidemiologico%20VIH%202015%20Uruguay_.pdf

14 Datos para 2013.

15 Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Fascículo 1.

OBJETIVOS DEL MONITOREO



(Calvo, 2013a). Estas diferencias ponen en evidencia las inequidades territoriales, así como las distintas maneras en que se manifiesta la cuestión social en nuestro país.

El monitoreo de los departamentos de Montevideo, Cerro Largo y Rocha tiene como objetivo general describir el funcionamiento de los servicios de SSR y aborto, identificando avances y desafíos en el acceso a las prestaciones.

Las prestaciones de la SSR definidas para monitorear son anticoncepción; embarazo, parto y puerperio; aborto; VIH/Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); violencia doméstica y sexual y espacios adolescentes.

Los objetivos específicos son:

- 1.** Describir la organización de los servicios y el funcionamiento de los equipos de SSR y aborto, identificando las características de las prestaciones.
- 2.** Relevar 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.

METODOLOGÍA

Se realizó un **estudio descriptivo que incorporó elementos cuantitativos y cualitativos**, identificando fortalezas y debilidades de las prestaciones en SSR y aborto en instituciones públicas y privadas del SNIS.

Métodos utilizados

Para el relevamiento de datos, como herramienta se diseñó un formulario con preguntas sobre la estructura de los servicios de cada institución, la integración y funcionamiento de los distintos equipos de acuerdo a los componentes de la SSR, y cantidad de consultas por prestación incluyendo: las prestaciones en anticoncepción; el control de embarazo, parto y puerperio; ITS/VIH; aborto; violencia doméstica y sexual; y Espacios Adolescentes.

Previa reunión con autoridades de cada institución y acordado el acceso a las instalaciones y a los equipos de profesionales incluidos en el estudio, el formulario fue enviado a la dirección técnica de cada prestador, que definió a su criterio el/la responsable de su llenado.

Para el **análisis cualitativo** se realizaron entrevistas en profundidad a informantes calificados. Para ello, se elaboró una pauta semi-estructurada y se entrevistaron a **profesionales de la salud** involucrados en las prestaciones. Esto fue útil para complementar la información sobre los servicios, identificando características, rutas y barreras para el acceso, así como para conocer su percepción sobre la calidad de atención. Se entrevistaron integrantes de equipos de los servicios de SSR incluyendo profesionales de ginecología, obstetricia, infectología, psicología, enfermería y del área social. Así como autoridades de las direcciones departamentales de salud y de las instituciones estudiadas.

Por otra parte, se entrevistaron a mujeres y varones con cobertura en salud en los departamentos relevantes, para conocer el conocimiento sobre los servicios existentes y sus derechos, así como identificar malas prácticas en la atención, reclamos o inquietudes de la población en relación con la respuesta a los requerimientos en SSR.

Las muestras fueron diseños de conveniencia a través de contactos personales y el método bola de nieve. El número de entrevistas estipulado fue de 10 mujeres y 10 varones por departamento.

En Montevideo no se aplicaron las entrevistas a mujeres y varones como en los otros departamentos porque la indagación sobre conocimientos y requerimientos en aborto fue coordinada con la investigación realizada a través del proyecto seleccionado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), sistematizada por el Instituto de Psicología de la salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) y realizada en conjunto con la RAP de ASSE y MYSU.¹⁶

¹⁶ La RAP Metropolitana de ASSE cubre el departamento de Montevideo y parte de sus departamentos limítrofes, Canelones y San José, a través de 14 centro de salud y sus policlínicas dependientes, lo que totaliza 110 locales distribuidos en el territorio.

Proceso de relevamiento de la información

Las unidades de análisis de Montevideo fueron cuatro de los principales prestadores de salud del SNIS del departamento. El criterio de selección fue el número de afiliaciones. Sin embargo, la negativa de algunas instituciones a realizar el estudio (Asociación Española y CASMU) y la solicitud de llevarlo adelante por parte de otras (Hospital Policial) llevó a ajustar el criterio. Las cuatro instituciones finalmente seleccionadas fueron: a nivel público, Hospital de la Mujer HPR; y Hospital Policial y, a nivel privado, Médica Uruguaya y COSEM. Se realizaron reuniones con las direcciones técnicas de cada institución para informar sobre el estudio y asegurar que existiera apoyo y aprobación para su realización.

El trabajo de campo se inició en agosto de 2016, con el envío de los primeros dos formularios estandarizados (Hospital de la Mujer del Centro HPR y Médica Uruguaya). Durante setiembre se enviaron los formularios estandarizados al Hospital Policial y COSEM, con los que se tardó más tiempo en efectuar reunión con directivas y recibir aprobación para dar comienzo al estudio.

La realización de entrevistas en los cuatro prestadores abarcó desde el mes de setiembre de 2016 hasta febrero de 2017. El procesamiento y sistematización de la información se realizó en paralelo, en particular, desde noviembre en adelante.

La respuesta a los formularios estandarizados fue satisfactoria. Todas las instituciones completaron la información solicitada aunque en algunos casos con más demora de la planificada en el cronograma de ejecución.

Hubo atraso también para concretar las entrevistas en profundidad con los integrantes de los equipos, particularmente, en la institución Médica Uruguaya.

De todas maneras, los datos relevados permitieron alcanzar los objetivos trazados para conocer el estado de situación de los servicios de SSR, identificar las rutas de acceso, las dificultades que tienen las instituciones para cumplir con las normas establecidas y los obstáculos que deben sortear las mujeres para acceder a las prestaciones que estipulan las leyes.

El presente documento ordena la información por institución monitoreada con una síntesis de los principales hallazgos para finalizar con recomendaciones elaboradas por el equipo del Observatorio dirigidas a instituciones y autoridades de salud como aporte para mejorar la calidad de la respuesta.

**HOSPITAL DE LA MUJER
CENTRO HOSPITALARIO
PEREIRA ROSSELL**

ESTADO DE SITUACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO

El **Centro Hospitalario Pereira Rossell** es un hospital escuela¹⁷ referente a nivel nacional para todo ASSE, que tiene dos grandes divisiones: el **Hospital de la Mujer** y el **Hospital Pediátrico**. En su organización cada hospital tiene su dirección específica, aunque existe una dirección general del centro.

El **Hospital Pediátrico** incluye todas las especialidades para la población infantil hasta los 14 años. Tiene su propio servicio de emergencia, internación, policlínico y anatomía patológica. El **Hospital de la Mujer** se divide en dos grandes áreas: maternidad y ginecología.

NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN	
	Hospital
Ginecólogos/as	60(tit/suplentes.)
Médicos/as de familia	Residentes
Parteras	30
Asistentes sociales	32
Psicólogos/as	3
Infectólogos/as	1
Endocrinólogos/as	2
Urólogos/as	1
Epidemiólogos/as	1
Dermatólogos/as	5

Fuente: Hospital de la Mujer.
Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

En la **maternidad** hay salas de preparto, salas de nacer, block de parto, CTI de recién nacidos, sala de puerperio general y una específica para adolescentes. Los controles de embarazo se llevan a cabo únicamente en los casos de alto riesgo (incluyendo adolescentes), los demás se realizan en policlínicas periféricas de la RAP, pero todos los partos que llegan, sean éstos de alto o bajo riesgo obstétrico, son atendidos.

En el **área de ginecología** hay salas y block de ginecología, y un área de policlínico con 22 consultorios que comprenden más de 80 servicios diferentes. Las policlínicas incluyen servicios como los de salud sexual y reproductiva (anticoncepción, aborto, consultas ginecológicas en general), espacio adolescente, anticoncepción post-evento obstétrico, control de embarazo de alto riesgo, ecografía, monitoreo fetal, preparación para el parto, atención en cáncer génito-mamario, entre otros.

¹⁷ En la institución se encuentran la cátedra Ginecológica A y C de la Facultad de Medicina de la UdeLaR. Los residentes trabajan en los distintos servicios del Hospital de la Mujer. A su vez, en el hospital está instalada la Escuela de Parteras.

La atención en salud mental se encuentra bajo el ámbito del Hospital de la Mujer, mientras que el servicio materno-infantil de atención en VIH, en el Hospital Pediátrico. Ambos hospitales comparten servicio social, farmacia, radiología, tomógrafo, nutrición, y otros.

El **Equipo Coordinador Referencial (ECR) en SSR** está constituido por profesionales de la ginecología, psicología, psiquiatría, área social, enfermería especializada y obstetricia, y brinda atención directa, además de actuar como referente en SSR para el hospital, y para los equipos de salud pública del país. Múltiples profesionales trabajan de lunes a viernes en distintas policlínicas de SSR, atendiendo, fundamentalmente, anticoncepción e IVE. El equipo se reúne el primer lunes de cada mes para evaluación.

HORARIO DE REUNIÓN DEL EQUIPO COORDINADOR REFERENCIAL EN SSR

Primer lunes de cada mes: 9 a 11hs.

El **Espacio Adolescente** atiende todos los días de la semana en el horario de la mañana y funciona desde hace más de 20 años. Está integrado por ginecólogos, pediatras, servicio social, partera y enfermería. Esta última es la cara visible cuando llega la usuaria. Quienes acuden pueden llegar por referencia de los centros de salud periféricos o directamente. Según los profesionales, se ha transformado en un espacio de referencia para casos difíciles. Aunque desde el equipo se declara no tener inconvenientes en la articulación con otros equipos, sí se manifiestan dificultades en la actuación coordinada con la Unidad de Salud Mental, por la falta de recursos humanos y del tiempo destinado para cumplir con la atención en el servicio.

Al momento de realizar el monitoreo estaba en proceso de formación un **equipo referencial en violencia**. Hasta su debida conformación, el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales es la principal referencia en este tema, articulando con la Unidad de Salud Mental.

Para acceder al servicio del policlínico cada persona debe asistir personalmente y, previamente, debe solicitar hora de atención en la ventanilla de Gestión Ambulatoria de Consultas, ubicada en el área del policlínico.

Existe a su vez una nueva unidad (**de derivación y enlace**) encargada de facilitar el contacto con las policlínicas de la RAP Metropolitana, que asegura las correctas derivaciones y sirve de enlace entre el hospital y el primer nivel de atención.

Dentro del hospital se encuentra la **Fundación Álvarez – Caldeyro Barcia**, cuya misión es trabajar para la supervivencia y el mejor desarrollo de los recién nacidos con bajo peso y prematuridad¹⁸.. Allí se asienta un **Hogar de Madres** para alojar a las mujeres con bebés prematuros nacidos o referenciados

18 <http://www.facb.org.uy/>

al HPR. El Hogar tiene capacidad para 18 mujeres, con un promedio de ocupación de 15, con un alto porcentaje de personas del interior del país y adolescentes, con mayor frecuencia provenientes de la periferia de Montevideo.

En la Fundación también funciona el **Banco de Leche Humana**, cuyos principales objetivos son promover la lactancia materna y la donación voluntaria y solidaria de leche humana. Este banco recolecta, almacena, estudia, pasteuriza, y brinda leche materna a todos los bebés que pesan menos de 1.500 gramos y que nacen o son derivados a hospitales y sanatorios de Montevideo.

El complejo hospitalario es grande y, si bien se ha colocado cartelería con información sobre las diferentes reparticiones, no resulta fácil identificar y acceder a los distintos servicios.

Por el momento **no hay una oficina de atención a la población usuaria** específica del Hospital de la Mujer, aunque se está trabajando para conformarla. Existen múltiples canales para efectivizar una denuncia o reclamo que, aunque abre un abanico de opciones, a veces entorpece el proceso por no tener una vía única de acceso a quien debe indagar y proceder con la denuncia. Una vía es concurrir a la Oficina de Atención al Usuario del Hospital Pediátrico, que se encuentra abierto entre las 9 y 15hs. Dicha oficina luego deriva la denuncia a la Dirección del Hospital de la Mujer. Pero también se puede presentar directamente a esta última, opción que, según se manifestó, es la que tienen como referencia los equipos profesionales porque allí se completa el formulario correspondiente. En todos los casos, la Dirección del Hospital de la Mujer envía la denuncia a la coordinadora del servicio denunciado, quien procede a hacer la investigación. La última opción es ir directamente a Atención al Usuario de ASSE.

Las personas entrevistadas identifican que, en general, se hacen pocas denuncias y las que existen son más por maltrato o conductas inadecuadas que porque no se acceda a una prestación o falte un servicio.

En el servicio de SSR hay un buzón para sugerencias y opiniones, pero este recurso de evaluación resulta insuficiente.

Para la descripción de la respuesta en SSR del Hospital de la Mujer, a continuación se incluye la descripción por tipo de servicio monitoreado.

ANTICONCEPCIÓN

En el Hospital de la Mujer existen diversos servicios que garantizan el acceso a anticoncepción: el servicio de SSR, el Espacio Adolescente, y el servicio de anticoncepción de larga duración para puérperas.

Tanto parteras como ginecólogos/as asesoran en anticoncepción, fundamentalmente a mujeres en primera consulta. Las estudiantes de partera también asesoran en calidad de estudiantes avanzadas. Con el cambio de plan de estudio acuden estudiantes de medicina muy jóvenes que no hacen consejería porque todavía no tienen un nivel de manejo de este tema que garantice que puedan encargarse de ello.

Las parteras son consideradas clave en anticoncepción. Sin embargo, aún no están habilitadas para prescribirlos ya que únicamente son los ginecólogos quienes pueden recetar y repetir métodos.

La policlínica de anticoncepción para puérperas está atendida solo por parteras –excepto a la hora de prescribir/recetar Métodos Anticonceptivos (MAC), que no sean implantes–, funciona de lunes a viernes de 12 a 14hs, aunque suele extenderse hasta atender a todas las usuarias en espera para la consulta, procurando responder a las necesidades del servicio. Un equipo de tres o cuatro parteras hace visitas a las puérperas para consejería y agendar cita a las que requieren y solicitan MAC.

El 80% de las consultas de anticoncepción es para implantes. Empezaron con unas 100 solicitudes al mes (aproximadamente) y ahora rondan las 400. En 2015 se colocaron un total de 1.800 implantes. No es alto el porcentaje de mujeres que solicitan que se los retiren, aunque se cuenta con capacidad para quitarlos.



ORIENTACIÓN / ASESORAMIENTO EN ANTICONCEPCIÓN

GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.
MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA.
MÉTODOS TEMPORALES Y PERMANENTES.
MSP, DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD (DIGESA). AÑO 2013

"Uruguay, como signatario del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (1994), está comprometido a promover la [Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), respetando los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) de todas las personas, hombres y mujeres, sin ninguna discriminación]. **El compromiso incluye ofrecer, con una perspectiva de derechos, servicios para todas/os en todos los aspectos de la SSR**, incluyendo servicios de planificación reproductiva. Los servicios de planificación reproductiva, más conocida como planificación familiar, se basan en el reconocimiento de que todas las personas tienen el derecho de decidir tener o no tener hijos y de cuántos hijos y cuando tenerlos. **Este compromiso conlleva la obligación de proveer toda la información y los recursos necesarios para que las personas puedan ejercer ese derecho, que incluye el derecho a la elección libre e informada de métodos. (...) Los servicios deben ofrecer las condiciones para que todas las personas puedan ejercer el derecho a la libre elección de métodos, ofreciendo información, educación y orientación sobre SSR y sobre los métodos disponibles para evitar el embarazo.** Los servicios deben establecer, en un proceso dinámico, una interacción con las/os usuarias/os para que tengan la libertad de escoger libremente entre las opciones disponibles, aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales y permita satisfacer sus intenciones reproductivas."

*Guía completa

Antes de la colocación de un implante, se brinda asesoramiento porque las mujeres deben dar su **consentimiento informado**. Se explica el funcionamiento del método, sus indicaciones y contraindicaciones y, si resuelven usarlo, se registra el teléfono para el seguimiento y control en la adaptación y completan un formulario auto-administrado.

Si bien actualmente los implantes son el método más colocado, también se les da receta para anticonceptivos orales o preservativos para retirar en farmacia, previa firma de ginecólogo. Hay veces que van a colocarse el implante y cuando se les explica bien en qué consiste, eligen otro método. En caso de DIU, si

no se cuenta con todos los insumos en el momento, se las deriva a la policlínica de SSR donde se realiza la inserción. No todas las puérperas resuelven su cuidado anticonceptivo antes del alta.

En opinión de profesionales entrevistados, debido a la alta demanda hay dificultades en la atención de la anticoncepción. La agenda de consultas se abre mensualmente y se agota rápidamente, dándose prioridad a los casos urgentes y especiales. No hay seguridad de estar dando respuesta a todas las adolescentes que requerirían de anticoncepción porque no hay suficientes profesionales de la ginecología, únicos autorizados por norma para prescribir anticoncepción hormonal, considerada acto médico. Esta situación revive el debate sobre la habilitación a otros profesionales, como las parteras, para prescribir anticoncepción.

Por otra parte, hay déficit en la difusión de estas prestaciones y no siempre las adolescentes y mujeres que recurren al hospital tienen información y conocen la canasta de métodos anticonceptivos disponible.

Los métodos de **anticoncepción irreversible** solo son provistos por ginecólogos y, en opinión de profesionales entrevistados, el manejo de la técnica no es de complejidad para que no pueda ser realizado por otro profesional debidamente capacitado. El plazo para la realización de una ligadura tubaria es aproximadamente de tres meses desde el momento que la mujer lo solicita. No hay atraso en el servicio de endoscopía y, durante el 2015, se realizaron **330 ligaduras tubarias**.

En el caso de las mujeres durante el puerperio, el servicio específico de anticoncepción determina los riesgos y posibilidades anticonceptivas para cada usuaria. Frente a una usuaria que demanda u opta por la ligadura, se le facilita la coordinación, se les entrega el formulario del consentimiento informado y se deriva a policlínica ambulatoria. En el caso de usuarias con alto riesgo social, se pide consulta con asistente social con el objetivo de valorar los riesgos, procurando que la consulta sea en el mismo día y se coordinan las ligaduras con la guardia. En los casos más complejos, la idea es que la mujer pueda realizarse la ligadura antes de que reciba el alta.

El hospital atiende a mujeres trans, pero existen dificultades en este sentido. Para evitar problemas de discriminación, a los/as profesionales se les suele avisar que la usuaria es trans a través de un sistema de información oculta. En caso de ser necesario se deriva a los hospitales Maciel, Pasteur o Clínicas.

EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO

PROFESIONALES QUE REALIZAN CONTROL DE EMBARAZO

Ginecólogos/as	60
-----------------------	----

Parteras	30
-----------------	----

Fuente: Hospital de la Mujer. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

La maternidad del HPR es la más grande del país. En ella, se realizan a diario entre 20 y 30 partos; cuenta con 90 camas de puérperas aproximadamente, además de camas de crónicas para las mujeres cuyo control de embarazo se realiza en el hospital. El HPR solo se encarga de los seguimientos ante situaciones de alto riesgo obstétrico. En general, los embarazos se controlan en los servicios de la RAP. Asimismo, las parteras realizan clases de parto para las embarazadas de alto riesgo, las otras se hacen en la RAP. Por lo general, a la clase de parto van acompañadas, un hecho promovido por las profesionales.

El hospital se encuentra en un proceso de cambio en el modelo de atención, se busca personalizar la atención de las mujeres, procurando superar el modelo medicalizador del parto por el de **humanización del nacimiento**.

PROFESIONALES QUE REALIZAN ATENCIÓN EN PRE-PARTO, PARTO Y POSPARTO/PUEPERIO

	Pre-parto	Parto	Posparto/ puerperio
Ginecólogos/as	5	2	1
Parteras	2	1	1

Nota: Los valores representan al número de profesionales disponibles por guardia.

Fuente: Hospital de la Mujer.
Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Los **partos son** realizados por las parteras, residentes de ginecología y, en situaciones complejas, por ginecólogos. Cuando no hay ninguna dificultad, las parteras son quienes lo llevan adelante.

En 2015 hubo un total de 7.243 nacimientos en el hospital. El 25,3% fueron por cesárea, porcentaje que coincide con el total informado por ASSE para el departamento en 2015¹⁹.

19 <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/indicadores-asistenciales-asse-ejercicio-2015>

En el servicio hay una partera asignada a la **tarea específica de apoyo a la lactancia**. Junto con una estudiante en internado, hacen una visita general tres veces a la semana, con especial atención en las mujeres que han tenido cesáreas, porque pueden tener más dificultades con la secreción de la leche materna. En las entrevistas se manifiesta que la situación no es la ideal ya que, aunque a una mujer le esté yendo bien, pueden surgir dudas o dificultades posteriores. Sin embargo, con los recursos actuales es lo que se ha podido hacer.

Al terminar la recorrida, se entrega un informe de situación sobre las mujeres con mayores dificultades al Banco de Leche Humana. Las profesionales que trabajan en ese centro se basan en ese informe para su labor el resto de los días en los que el equipo de apoyo a lactancia no está funcionando. Actualmente se está proyectando trabajar en una planilla electrónica para facilitar la transmisión de información, el seguimiento de las usuarias y hacer estadísticas de los resultados obtenidos.

Según destacan, la lactancia es uno de los servicios en los que faltan recursos humanos capacitados. La diversidad y rotación del personal involucrado por ser hospital universitario dificulta la situación. Se registra falta de coordinación lo que dificulta la realización de asesoramientos más eficaces y acordes a las particularidades y dificultades de cada usuaria.

El volumen de consultas y el número de población usuaria es una de las tensiones que debe enfrentar la institución de forma permanente para resolver las dificultades y superar los obstáculos que impactan en la calidad de la atención. El carácter de hospital escuela incorpora situaciones específicas, como la importante presencia de estudiantes en las salas de nacer o en las salas de puérperas, que deben hacer su práctica. Si bien las mujeres internadas son consultadas y dan o no su autorización para la presencia de estudiantes, hay una distorsión en las condiciones más adecuadas de privacidad.

Una de las situaciones identificadas como de mayor gravedad es la de **bebés, niños y niñas en situación de desvinculo** voluntario o forzado. Los desvínculos forzados ("quitas"), suelen generarse por problemas de consumo, psiquiátricos u otras causas que afectan a la madre. Son diagnosticados por un equipo técnico que aconseja alejar a la madre del recién nacido o del menor a su cargo, y se coordina el pase al ámbito judicial. El procedimiento judicial de declarar la "adoptabilidad" o definir otras opciones puede durar mucho tiempo, incumpliéndose habitualmente los plazos estipulados por la normativa, lo que lleva a que los bebés permanezcan hospitalizados en cuidados intermedios.



EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. MSP, DIGESA. AÑO 2014

"El embarazo, parto y puerperio son eventos que la humanidad ha vivido en forma natural desde sus inicios. Sin embargo, en algunas circunstancias los procesos fisiológicos pueden verse alterados y así poner en riesgo de vida a la mujer-madre y/o al feto-recién nacido/a. (...) **El equipo de salud siempre debe tener una actitud profesional, atenta, preventiva y ética.** En aquellas mujeres embarazadas que no tengan factores de riesgo se minimizará el intervencionismo a aquellas situaciones imprescindibles y de comprobada efectividad. Cuando se detecten alteraciones del proceso fisiológico que puedan poner en riesgo a la mujer o al feto/ recién nacido/a, se actuará eficientemente, con la finalidad de obtener un mejor resultado obstétrico-perinatal. Para ambos escenarios **se necesitarán equipos de salud integral compuesto por profesionales con la capacitación técnica adecuada y respetuosos de los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), de la confidencialidad de la consulta y el secreto profesional y de los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres que atienden, independientemente de la religión, etnia, cultura, etc. de las usuarias y de ellos mismos.** Siempre debe ser contemplada la individualidad de cada mujer y en caso de emplear acciones diferentes a las sugeridas, se deberá explicar los motivos de dicha decisión a la mujer y registrar en la historia clínica. **Estas normas se enmarcan en el cambio de modelo de atención y relación sanitaria, la integración del derecho a la salud, la defensa y empoderamiento de la mujer sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y el rol de los equipos de salud en el nuevo paradigma que jerarquiza al primer nivel de atención y la estrategia de Atención Primaria de Salud.** Una meta prioritaria en la atención a la mujer embarazada será generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres. **Esta línea de pensamiento y acciones coincide con un fuerte cambio que tiene que operarse en la relación equipos de salud – mujer usuaria, para pasar de una relación de tipo técnica a otra donde se jerarquiza el principio bioético de autonomía y la atención a la integralidad de la persona implicada.**"

**Guía completa*

El desvinculo voluntario de la madre es de menor entidad, desde la organización profesional Iniciativas Sanitarias²⁰ se ha conformado un área de "desvinculo-adopción", que funciona como referencia para los profesionales que trabajan en atención directa a mujeres que deciden delegar la maternidad. Según este equipo, los casos de mujeres que iban a realizarse un aborto y decidieron continuar con el embarazo y dar su hijo/a en adopción son prácticamente la excepción a la regla y no el perfil típico con el que suelen trabajar.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El Hospital de la Mujer tiene la particularidad de haber sido el primer lugar en el que se instaló un ECR de SSR y es considerado un servicio de referencia a nivel del país. Desde sus comienzos, este equipo estuvo estrechamente vinculado a Iniciativas Sanitarias (que actualmente co-gestiona el servicio) y se inició con un consultorio para promover pautas para la protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, que luego se recogieron en la ordenanza ministerial 396, emitida por el MSP en 2004.

HORARIOS DE ATENCIÓN DE IVE

Policlínicas
Lunes y viernes 8 a 17hs

Con la Ley Nº 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva se incorpora la atención pre y post aborto en el SNIS a partir del año 2010. Sobre este marco prestacional se incorporan los servicios legales de aborto creados por la Ley Nº 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en funcionamiento desde 2013.

Tras la aprobación de las Leyes Nº 18426 y Nº 18987, Iniciativas Sanitarias acordó con el MSP para realizar las capacitaciones sobre aborto e implementación de los servicios en todo el país.

La IVE se brinda dentro del servicio de SSR, en conjunto con asesoramiento ginecológico y de anticoncepción. Funciona de lunes a viernes de 8 a 17hs con varios consultorios y es necesario agendar consulta previamente en la ventanilla de Gestión de Consulta Ambulatoria en el área de policlínico. Se anotan más mujeres que las que van definitivamente a consulta y, si bien a veces hay una sobre-demanda, según profesionales entrevistados, se atiende a todas las mujeres que acuden al servicio. Se deriva a otras policlínicas de Montevideo únicamente cuando es conveniente para la mujer.

²⁰ Iniciativas Sanitarias es una asociación civil de profesionales de la salud que surge en 2001. Tiene un acuerdo marco con ASSE, que establece el compromiso de capacitar, sensibilizar, acompañar el proceso formativo de los equipos de SSR y el monitoreo y la evaluación de los resultados.

El servicio de SSR es considerado esencial, por lo tanto, funciona aunque haya medidas gremiales de paralización de funcionamiento. Según los/as entrevistados, la demanda de IVE está satisfecha con el 100% de resolución de los casos. Sin embargo, no hay un mecanismo para medir la demanda: solo se puede conocer el grado de respuesta de las mujeres que efectivamente llegan al servicio y no necesariamente de las que lo requieren. La atención de SSR e IVE no solamente atiende a las mujeres que realizan todo el procedimiento en el servicio, sino las que llegan para el IVE 3, porque han hecho las consultas previas en otro centro de salud.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO SANITARIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) según Ley 18987 del 17/10/2012 MSP

"Acerca de la confidencialidad: **La gestión del proceso de atención debe asegurar la privacidad de la atención a la usuaria, y la máxima confidencialidad.** Se evitirá la cartelería explícita, la entrega de folletería fuera del consultorio, la entrega de medicación en forma abierta. **Se orientará a todo el personal, incluyendo al personal de administración y de servicio, acerca de esta prestación y la necesaria confidencialidad** en toda la cadena de procesos, en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva."

* [Guía completa](#)

Cuando la mujer entra al servicio para la primera consulta por aborto (IVE 1), la recibe una enfermera que aplica un sistema triage (se clasifica a los pacientes que concurren de acuerdo a su nivel de urgencia), haciendo el ingreso en un escritorio electrónico, a través de un programa informático creado por Iniciativas Sanitarias, diseñado especialmente para esta prestación (según se informó éste, próximamente será utilizado por todo ASSE). En esta consulta se realiza el diagnóstico clínico, se habla de las causas y se explica el proceso.

La muestra de sangre para confirmar el embarazo se extrae en el momento, pero para la ecografía y para la segunda etapa del proceso (IVE 2) la usuaria tiene que sacar fecha nuevamente.

La **ecografía** se lleva a cabo en otra área del hospital, en la que se realizan los controles a mujeres embarazadas. En este servicio se han identificado que hay ecografistas que muestran las imágenes

del monitor a las usuarias, si bien en las guías de atención de IVE está indicado lo contrario. Según se indicó, esto sucede porque existe un gran volumen de ecografías (llegan hasta las 60 por día), lo que va en detrimento de la calidad del servicio. En el asesoramiento que recibe previamente la usuaria se le indica que en la ecografía se solicite que no le muestren imágenes. Para evitar este tipo de problemas se espera poder contar con un ecógrafo exclusivo del servicio.

La consulta **IVE 2** en el mismo servicio de SSR se hace dentro de las 24 o 48hs posteriores a la IVE 1. Consiste en una entrevista con el equipo multidisciplinario que atiende de forma simultánea. Generalmente, la usuaria concurre a esta instancia con los estudios realizados. En la IVE 3, luego de los cinco días de reflexión, la mujer ratifica su decisión y la/el ginecóloga/o prescribe la medicación. Estiman que una de cada 80-90 mujeres debe repetir la medicación para que se produzca el aborto.

Por la guía clínica y por la reglamentación de la ley IVE elaboradas por el MSP, el método indicado para abortar es el farmacológico. Los entrevistados para este monitoreo manifestaron que, si la paciente prefiere un legrado a pesar de lo recomendado, cuentan con block y anestesista para la realización de legrado aspirativo, realizado por ginecólogo/a.

Nº DE IVE REALIZADOS EN 2015 POR ETAPA, PROCEDIMIENTO Y MUJERES QUE DESISTIERON DE ABORTAR	
AÑO	2015
IVE 1	1139
IVE 2	1320
IVE 3	1010
IVE 4	365
Medicamentoso	98%
Legrado	2%
Nº de mujeres que desistieron de abortar	310

Fuente: Hospital de la Mujer.
Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Cuando la edad gestacional es inferior a las 10 semanas, se estimula el procedimiento en domicilio para disminuir el riesgo de intervencionismo y complicaciones asociadas a la internación. El equipo entiende que es más seguro física y psicológicamente el procedimiento en el hogar si la usuaria está bien informada y si se le asegura el respaldo profesional. Sin embargo, cuando la edad gestacional supera las 10 semanas, habitualmente se realiza la internación dado que el sangrado es mayor y se reconoce embrión formado. En la consulta de **IVE 4** se hace el diagnóstico clínico de evacuación uterina y se realiza consejería en an-

ticoncepción. La usuaria puede irse con el método de elección. Si desea un implante subdérmico o DIU, necesita una consulta adicional. Esto se espera en el futuro cercano que pueda realizarse en la misma consulta. Con este objetivo, se encuentra en curso una **reestructura** para que a partir de noviembre la IVE 1 y 2, la ecografía y la extracción de sangre se hagan el mismo día.

Actualmente la usuaria debe ir por lo menos cinco veces al hospital para completar el proceso de IVE. Si no funciona bien el misoprostol, debe volver para repetir la dosis y, nuevamente, si opta por un DIU o un implante, también. Con esta reforma, en cambio, las etapas se reducirían a tres.

Si bien algunas usuarias no van a la IVE 4, se asume que una parte concurre a su centro de referencia, aunque no hay registro de la contra-referencia. La falta de personal para hacer el seguimiento a las usuarias luego de haber transitado por un aborto se destaca como un problema. Si las mujeres no asisten a la consulta de IVE 4 en ningún prestador, no confirman que el aborto se completó adecuadamente y no reciben la consejería en anticoncepción.

Las mujeres que deciden **continuar con el embarazo** son derivadas a las policlínicas de control de embarazo. En la práctica no funciona bien el sistema de referencia y contra-referencia porque es la mujer la que tiene que gestionar la continuidad de la atención. Esto dista de ser una situación ideal y, según entienden los profesionales consultados, las usuarias deberían tener el mecanismo de derivación directa para la realización de rutinas y ecografías del control de embarazo.

En cuanto a las **IVE en el segundo trimestre**, el equipo de SSR realiza la coordinación, pero se hacen en la sala de ginecología, dado que no son consultas ambulatorias. No se cuenta con más información acerca de estas situaciones.

En las **consultas de IVE fuera de plazo** estipulado por ley, el equipo realiza asesoramiento bajo el esquema de reducción de riesgos y daños, teniendo en cuenta que éste entiende que es riesgoso interrumpir un embarazo luego de las 12 semanas de gestación.

En el ámbito de la Dirección del Hospital de la Mujer se está discutiendo la situación porque son muchas las mujeres que llegan en el límite de las 12 semanas o con más tiempo gestacional. El equipo reconoce que, si bien existe y circula una cartilla sobre los derechos de los usuarios sobre la prestación legal del aborto, hay falta de información. No hay ningún otro material ni estrategia para la difusión de derechos, plazos y condiciones de la IVE.

De acuerdo con los datos brindados por los integrantes del equipo, el servicio del HPR es el que más ha atendido **IVE por causal de violencia sexual**, habilitado hasta las 14 semanas de gestación, previa realización de denuncia. Estas interrupciones también se realizan de forma ambulatoria, salvo en los casos en los que la mujer haya solicitado internación. Para realizar el IVE por esta causal y en casos de más de 12 semanas de embarazo, se requiere firma del actuario. Cuando el plazo es menor de 12 semanas, aunque el motivo de la interrupción sea éste, se sigue el procedimiento habitual para evitar enlentecer innecesariamente el proceso.

Según se manifestó en las entrevistas, el trato a las usuarias que están cursando un IVE no siempre es el

adecuado. En particular, por parte del personal que no está integrado a la policlínica de SSR. En ocasiones, las mujeres pueden ser rechazadas o mal atendidas desde el momento que solicitan consulta ante el personal administrativo. Se señala que las mujeres no suelen presentar quejas sobre estas situaciones, hecho que se repite en el sistema de salud en general.

Algunos profesionales señalaron que existe un **desgaste emocional** que se genera por trabajar en un servicio de estas características, en el que se manejan situaciones muy difíciles. Esto deriva en problemas en el trabajo del equipo y mucha rotación interna del personal.

Luego del fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, que determinó modificar el decreto reglamentario y obliga a los prestadores de salud a que la consulta con el equipo interdisciplinario sea de forma simultánea y no consecutiva, se dificultó la prestación a nivel de todo el país. En particular, en el Hospital de la Mujer con los **cambios introducidos con las nuevas ordenanzas, por falta de recursos humanos se están teniendo inconvenientes para cubrir el servicio los fines de semana**, sobre todo, por falta de profesionales de salud mental. Los sábados y domingos la mujer va a la puerta de emergencia para consultar, pero se atienden complicaciones, abortos en curso o IVE 3, no actúa el equipo para el IVE 2.

No se identifican problemas con la **confidencialidad** sobre el motivo de las consultas y tampoco las usuarias lo han manifestado en el servicio, aunque no está garantizado que se asegure la reserva entre los diversos funcionarios que intervienen en la ruta que transita la mujer durante el proceso.

Una de las **fortalezas** que identifica el propio equipo es la cantidad de técnicos involucrados, además de que al ser un grupo pionero, tiene los profesionales con mayor experiencia en el área. Asimismo, por ser un hospital de referencia, se cuenta con todos los materiales y especialidades requeridas, lo que permite resolver el 100% de los casos. El equipo entrevistado señala que hay un gran volumen de pacientes en situaciones difíciles por razones médicas o legales.

En **puerta de emergencia** se evidencia una diferencia significativa desde que se brinda la prestación de IVE. Antes era muy común que llegasen mujeres a hacerse el legrado con aborto en curso. Sin embargo, desde que se usa el misoprostol este motivo de consulta ha disminuido notoriamente.

Se realizan **coordinaciones** principalmente con la RAP de ASSE. Con el interior se coordinan IVE a través de la Unidad de Gestión Ambulatoria, por medio de un programa Sistema de Gestión de Consultas (SGC). Por lo general se traslada cuando hay algún problema especial o de objeción de conciencia. Como es un hospital de referencia no se puede rechazar ninguna derivación. Por otra parte, con el sistema mutual no hay coordinaciones.

En materia de **objeción de conciencia, el prestador cuenta con un bajo porcentaje (15%)**. Según informa la dirección del Hospital de la Mujer, todos/as los/as ginecólogos/as no objetores/as realizan IVE. Sin embargo, en los equipos solo cinco están asignados/as específicamente para ello.

CIFRAS OBJECIÓN DE CONCIENCIA		
Ginecólogos/as del prestador	Objetores/as	Realizan IVE
60	9	51
Fuente: Hospital de la Mujer. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016		

Al calcular este porcentaje en relación con el de objetores de conciencia a nivel de la RAP Metropolitana, se observa que de **34 profesionales de la ginecólogos/as que trabajan a nivel de RAP, el 52,9% son objetores**, esto es, 18 de ellos/as²¹.

La RAP Metropolitana tiene un total de 14 policlínicas, todas con servicio de SSR, que ofrece en el primer nivel de atención una oferta amplia de prestaciones, incluyendo IVE. Sin embargo, en 2015, se realizaron 1.010 procedimientos de aborto en el HPR, mientras que fueron 1.034 en el ámbito RAP entre enero de 2013 y diciembre de 2015. Si se compara la cantidad de recursos disponibles, sigue siendo significativa la diferencia, y no se puede explicar por número de abortos medicamentosos y quirúrgicos, dado que en ambos sectores la mayoría se realiza por vía medicamentosa. Por lo tanto, el HPR concentra la mayor parte de IVE que se realiza en el sistema público en Montevideo.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

Al momento de realizar el monitoreo (agosto/diciembre 2016) se estaba conformando formalmente **el equipo referencial en violencia doméstica del Hospital de la Mujer**. Por motivos internos al centro, aún no está definida la fecha de inicio de funcionamiento de este equipo. Hasta entonces, los casos de violencia doméstica los atiende principalmente el Servicio Social articulando, en algunas ocasiones, con Salud Mental. No hay un espacio específico para que una mujer pueda consultar por este tema y solo surge en las situaciones identificadas por el formulario de despistaje.

El nuevo equipo de violencia estará integrado por un representante de Dirección de la Mujer, Salud Mental, Servicio Social, Enfermería, la secretaría de Dirección y dos médicas jóvenes, que fueron quienes tuvieron la iniciativa. Todavía está en discusión si será de referencia y/o de atención (probablemente será una combinación).

Las situaciones de violencia sexual se atienden generalmente en puerta de emergencia, sin que haya referencia a un protocolo de intervención estipulado. Esta puerta cuenta con el kit de atención a utilizar frente a estos casos, pero no siempre se aplica, sino que muchas veces queda a criterio de los /as profesionales de guardia, y no todos/as conocen el procedimiento estipulado por el MSP.

21 Información brindada por RAP Metropolitana.

Según manifestaron profesionales y autoridades, al momento de la incorporación del protocolo se realizó una capacitación, cuya asistencia era optativa y voluntaria, lo que implicó que muchos/as profesionales y trabajadoras/es de la salud, tanto médicos como no médicos, pudieran no asistir. Por lo tanto, el personal asignado a puerta de emergencia no necesariamente está capacitado para la atención de la violencia sexual ni actúa de acuerdo al protocolo, porque no todo el personal lo conoce. Las mujeres víctimas de violencia sexual están sometidas a la discreción del equipo profesional actuante.



ABORDAJES DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MUJER.

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.
MSP, DIGESA, PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO.
AÑO 2006

"El sector salud está ubicado en un lugar privilegiado entre los prestatarios de servicios para acceder a las mujeres en situación de violencia. La mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de asistencia tempranamente en sus vidas por diversos motivos: consultas por problemas de salud, solicitud de métodos anticonceptivos, control de embarazo y parto, atención de sus hijos. Si bien estas son oportunidades de detectar el problema y brindarles apoyo, los estudios demuestran que no es práctica habitual de los técnicos la investigación de la existencia de maltrato. Esto hace necesario establecer una estrategia de investigación de rutina que aumente la detección y a la vez promover la habilidad de los técnicos para emplearla. Cada institución introducirá cambios progresivos en la organización, que posibiliten acciones para la atención integral y aseguren un ambiente de apoyo en todos los niveles de la asistencia. Este aspecto incluye prever la capacitación del personal, crear dispositivos especializados de acuerdo a las necesidades y posibilidades, incorporar la violencia en el sistema de registro e información."

* [Guía completa](#)

Sobre el formulario de detección de situaciones de violencia, tal como se relevó en los estudios del Observatorio en diversos departamentos del país, los profesionales presentan dudas sobre su validez y efectividad. No siempre lo completan o aplican el formulario de manera rutinaria y desatinada, por lo que no se cumple el cometido de detectar y atender situaciones de violencia. Esto explicaría los datos

a nivel nacional que señalan que, de la aplicación de más de 500.000 formularios, solo se encontraron alrededor de 4.000 situaciones de violencia, de las que solo se atendieron 1.000 casos²².

Algunos/as profesionales entrevistados opinaron que en el hospital solo deberían atenderse las situaciones de violencias vinculadas al embarazo o a la violencia sexual, como las violaciones; mientras que los otros casos deberían derivarse a servicios que atiendan otras formas de violencia. Quienes brindan la atención, como el personal de Servicio Social o Salud Mental consideran que no tienen respaldo para la tarea ni protección ante la presencia de agresores. Hay coordinación con los servicios de violencia doméstica del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), INTERPOL y la Intendencia de Montevideo. Hay una fuerte articulación con la Unidad Especializada en violencia doméstica del MI, pero las respuestas que se solicitan al MIDES o al INAU no siempre son efectivas ni se cuenta con lugares suficientes para derivar a mujeres que requieren refugio. En el centro hospitalario han tenido situaciones críticas en las que las mujeres han tenido que quedar internadas por períodos prolongados dado que la oficina territorial del MIDES, que se encuentra dentro del hospital, en ocasiones, no habilita las derivaciones requeridas.

El Departamento de Trabajo Social trimestralmente eleva estadísticas y datos sobre la atención brindada en violencia doméstica y sexual, pero no ha recibido sistematización de la información enviada. Por falta de recursos asignados a este servicio tampoco tiene condiciones para hacer seguimiento de las usuarias atendidas luego de realizar las derivaciones ya sea hacia juzgados, centro de salud territorial u servicios de organizaciones no gubernamentales especializadas.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

El servicio de atención en VIH/ITS principal del HPR es la policlínica de atención materno-infantil en VIH, que se encuentra en el ámbito del Hospital Pediátrico y atiende a mujeres embarazadas con VIH, a sus bebés y a niños, niñas y adolescentes con VIH. Además, se trabaja con madres y padres VIH positivos cuando asisten al control de sus hijos/as, ya que se cuenta con un médico de adultos. La policlínica es un centro de referencia a nivel nacional.

En este servicio, habitualmente se realizan jornadas informativas y talleres en la comunidad, incluyendo viajes al interior del país hasta tres veces al año. Estas instancias suelen tener como foco la prevención de la trasmisión vertical.

El equipo del servicio está integrado por una infectóloga, una ginecóloga, dos pediatras, una asistente social, un/a psicólogo/a, parteras y un/a dermatólogo/a. Cuando se requiere, articula la tarea con el laboratorio y con Psiquiatría Infantil.

²² Informe País. Convención CEDAW 2007–2014. 8vo y 9no Informe periódico de la República Oriental del Uruguay ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Inmujeres. Montevideo, enero 2015.

La policlínica recibe derivaciones en forma continua, generalmente de distintos centros de salud, también del interior. Con el interior del país también se coordina telefónicamente, brindando asesoramiento a equipos que trabajan con niños, niñas y adolescentes, sin trasladarse, salvo que sea necesario.

Cuando llega una mujer o niño/a al servicio, ingresa con la confirmación serológica, por lo que el médico tratante evalúa el caso y prescribe el tratamiento. Los fármacos se retiran en farmacia. En caso de riesgo de transmisión vertical, se indica tratamiento preventivo.

Los medicamentos para adultos en general no representan problemas y, en caso de haber pedido de fármacos especiales, simplemente se requiere autorización del Hospital Pasteur, que concentra el stock de la medicación antirretroviral. Los medicamentos que se cubren a través del Fondo Nacional de Recursos tienen otros procesos de accesibilidad, el procedimiento es más complejo y puede ser lento, pero en general no hay inconveniente de obtenerlos. Las fórmulas pediátricas son más problemáticas, los casos varían sensiblemente de niña/o a niña/o, y no siempre se cuenta en stock con las dosis necesarias. Los insumos para detección y controles no tienen problema de disponibilidad.

Los controles se realizan en el propio hospital, la extracción se hace en la misma policlínica el día de la consulta y también allí se entregan los resultados. Cuentan con un kit de atención en violencia sexual que incluye test rápido de VIH y sífilis.

En 2015, se diagnosticaron 51 mujeres con VIH y 229 con sífilis.

ESPACIO ADOLESCENTE

Fuera de las consultas por embarazo, la anticoncepción es una de las principales demandas entre las usuarias del Espacio Adolescente. Todos los profesionales hacen la consejería, pero quienes más la realizan son la enfermera y la partera. El 99% de las adolescentes embarazadas dicen no querer embarazarse nuevamente, por eso se enfatiza en el asesoramiento en anticoncepción. La colocación de implantes se lleva a cabo dos veces a la semana en conexión con los servicios de SSR. Desde que está disponible este método, a comienzos de 2016, se insertaron 85 implantes. Los otros métodos de la canasta son DIU, anticonceptivos orales y preservativos. Hay énfasis en recomendar métodos de larga duración y, si bien se informa sobre los condones femeninos, no se registra incremento de su demanda.

Las adolescentes que están embarazadas tienen sus consultas en el **Espacio Adolescente** en coordinación con su centro de salud de referencia. Para 2016, el porcentaje de adolescentes embarazadas en el Hospital de la Mujer fue de 26% del total de partos, mientras que para el primer semestre de 2017 llegó al 24%. Las adolescentes con su segundo embarazo alcanzaron 29% en 2016 y 26% en el primer semestre de 2017. En opinión de los equipos consultados, el seguimiento a esta población es el que presenta más dificultades debido a que los mecanismos de referencia y contra-referencia no siempre son efectivos, va-

riando de acuerdo a los canales de comunicación entre el hospital y los distintos centros de la RAP. Anteriormente, a las adolescentes embarazadas se les hacía seguimiento anual, una rutina que funcionaba correctamente. Sin embargo, hubo una discontinuidad del programa por cambios en las políticas sanitarias que fue en detrimento de la identificación más adecuada del uso o no de métodos anticonceptivos, dificultades de negociación con las parejas para los cuidados preventivos, situaciones de maltrato o violencia, dificultades nutricionales, entre otros requerimientos o dificultades posibles que pueden enfrentar las adolescentes.

Actualmente, el **Espacio Adolescente no tiene clases de parto**, lo que los/as profesionales consideran un debe importante, más aún cuando esta población es particularmente vulnerable y necesita no solo contar con toda la información, sino también acceder a un espacio en que se sientan cómodas y que les motive a regresar al servicio.

SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN EL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

ANTICONCEPCIÓN

La canasta básica de anticonceptivos reversibles ofrecida por el Hospital de la Mujer incluye preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos orales (se entrega cuponera con vales, igual para preservativos), DIU e implantes subdérmicos. También se entregan anticonceptivos de emergencia.

Se identifican dificultades en anticoncepción debido a la alta demanda. La agenda se abre mensualmente, se agota rápidamente y se da prioridad a los casos urgentes y especiales. No hay suficientes profesionales.

El 80% de las consultas de anticoncepción es para implantes. En 2015 se colocaron un total de 1.800 implantes.

La policlínica de anticoncepción para puérperas está atendida solo por parteras, funciona de lunes a viernes de 12 a 14hs, aunque suele extenderse el horario hasta que ven a todas las mujeres que concurren a la consulta.

Un equipo de tres o cuatro parteras hace visitas a las mujeres en puerperio para consejería y derivación de las interesadas al servicio de anticoncepción para obtener el método que definan.

EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO

El hospital realiza solo el control de los embarazos de alto riesgo obstétrico, en general, los otros se controlan en los centros de salud del primer nivel de atención (RAP), que luego son derivados en el momento del parto. El HPR es la principal maternidad pública en la que ocurren, en promedio, 9.000 nacimientos de los 47.000 que se registran anualmente en el país. En 2015 hubo un total de 7.243 nacimientos; 25,3% de los cuales fueron por cesárea.

Está en proceso el cambio del modelo de atención en el parto: procurando transitar del paradigma medicalizador al de humanización del nacimiento.

Los partos se realizan por parteras, residentes de ginecología y, en situaciones complejas, por ginecólogos/as.

Las mujeres pueden elegir el parto vertical, aunque no todos los profesionales estén en la guardia, están capacitados/as para hacerlo.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El servicio de IVE del Hospital de la Mujer funciona en el servicio de SSR de lunes a viernes, de 8 a 17hs. Debe solicitarse número con anticipación en la ventanilla de Gestión de Consulta Ambulatoria en el área de policlínico.

El método de realización de IVE es casi exclusivamente medicamentoso (98%). Si la mujer solicita otro método abortivo, existe disponibilidad de derivar a block quirúrgico y anestesista para la realización de legrado aspirativo. La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) no está disponible en este servicio ni en otro servicio legal del país.

Hay un bajo porcentaje de profesionales que han hecho objeción de conciencia (1,5%). Según informa la dirección del Hospital de la Mujer, todos/as los/as ginecólogos/as no objetores/as realizan IVE. Sin embargo, solo cinco están asignados/as al servicio IVE.

En cuanto a los IVE en el segundo trimestre, el equipo de SSR hace la coordinación, pero lo realizan en la sala de ginecología, dado que no son consultas ambulatorias.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

Está en proceso la conformación de un equipo referente en violencia doméstica, pero hasta el momento, estos casos son atendidos por el Servicio Social que, en ocasiones, articula con Salud Mental.

Hay profesionales que atienden en puerta de emergencia que no están capacitados en violencia sexual. A su vez, la atención no está debidamente protocolizada y aunque se cuenta con el kit de atención a utilizar frente a estos casos, no siempre se aplica, muchas veces queda a criterio de los /as profesionales de guardia.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

La policlínica de atención materno-infantil en VIH funciona en el ámbito del Hospital Pediátrico y atiende a mujeres embarazadas y niños, niñas y adolescentes con VIH. La policlínica es un centro de referencia a nivel nacional.

Tienen insumos para la detección de la infección y su tratamiento con acceso a la medicación que requieran adultos, niños y adolescentes. Sin embargo, ha habido dificultades en la continuidad de la medicación pediátrica.

ESPACIO ADOLESCENTE

Las adolescentes que están embarazadas tienen sus consultas en el Espacio Adolescente, en coordinación con su centro de salud de referencia.

Actualmente, el Espacio Adolescente no tiene clases de parto, lo que los/as profesionales consideran un debe importante, más aún cuando esta población es particularmente vulnerable y necesita no solo contar con toda la información, sino acceder a un espacio en que se sientan cómodas y que las motive a regresar al servicio.

Fuera de los temas de embarazo, la anticoncepción es una de las principales demandas. Se realiza colocación de implantes dos veces a la semana en conexión con los servicios de SSR. Esta es una oferta que está disponible desde comienzos de 2016. En ese plazo se insertaron 85 implantes.

HOSPITAL POLICIAL

ESTADO DE SITUACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO

El Hospital Policial se encuentra en la esfera de la Dirección Nacional de Sanidad Policial del MI. Atiende a funcionarios policiales en actividad o retirados, a sus familiares y pensionistas, y a funcionarios no policiales del MI. Es una institución que no integra el FONASA²³ y su población usuaria puede tener doble cobertura (FONASA y Hospital Policial). Tiene alrededor de 120.000 personas afiliadas²⁴

Brinda el servicio **SSR** en todas las prestaciones cubiertas por el monitoreo. Cuenta con un **Servicio de Género** creado en diciembre de 2015, que tiene bajo su cargo la atención a varones y mujeres en situación de violencia. También alberga un **Espacio Adolescente**, al que se accede directamente o por derivación, integrado por un equipo con distintas especialidades, que se reúne quincenalmente.

El hospital dispone de centros **descentralizados**, con atención a víctimas de violencia doméstica, uso problemático de drogas y cesación de tabaquismo, entre otros²⁵.

NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN		
	Hospital	Policlínica descentralizadas
Ginecólogos/as	38	4
Médicos/as de familia	0	2
Parteras	8	0
Asistentes sociales	2	0
Psicólogos/as	17	0
Infectólogos/as	3	0
Endocrinólogos/as	6	0
Urólogos/as	8	0
Epidemiólogos/as	0	0
Dermatólogos/as	5	0

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

23 Fondo Nacional de Salud, creado por la Ley N° 18131 del año 2007.

24 Datos a 2014. Desempeño de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. pp. 7 – Área Economía de la Salud – Digesa, MSP.

25 Centro de Atención a las Víctimas de la Violencia y el Delito Adm. de Toxicología / Uso Problemático de Drogas / Unidad de Cesación de Tabaquismo. Violencia Doméstica

En el interior del país se trabaja con las mutualistas de la Federación Médica del Interior (FEMI) para la atención de funcionarios policiales y con ASSE para sus familias.

Tiene una **Oficina de Atención al Usuario** que recepciona los reclamos y denuncias. Para difundir los servicios, el hospital tiene un importante número de monitores desplegados en las salas de espera, que muestran información de distinto tipo.

A continuación, se describe el funcionamiento de los servicios en cada una de las prestaciones monitoreadas.

ANTICONCEPCIÓN

El servicio de anticoncepción es brindado por profesionales de la ginecología, tanto a través de la atención en policlínicas como en las guardias. Son 12 profesionales quienes entregan, recetan y colocan métodos (para los implantes sub-dérmicos son tres). En la policlínica de SSR generalmente se va para repetir, coordinar colocación de DIU o para consultar algo pendiente, no para asesorarse.

Las **parteras** forman parte de los equipos de guardia, pero no integran las policlínicas. Ellas hacen consejería en anticoncepción, pero no están habilitadas para prescribir métodos. Por su parte, en la policlínica de adolescentes, un **médico general** brinda asesoramiento y métodos a esta población.

En su canasta de métodos el hospital tiene preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos orales (ACO) y de emergencia, implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIU). Las policlínicas descentralizadas poseen condones masculinos, ACO y de emergencia, y DIU.

Actualmente, todos/as los/as ginecólogo/as colocan DIU. Por su parte, se está trabajando para que las cuponeras de ACO sean de 1 año, ya que actualmente son de 6 meses. Los preservativos femeninos se ofrecen cuando hay dificultades con el uso del condón masculino. Se identifica que las usuarias lo perciben como algo extraño y no lo adoptan ni solicitan como método.

NÚMERO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COLOCADOS / REALIZADOS EN 2015	
Dispositivos Intrauterinos (DIU)	196
Implantes subdérmicos	142
Ligaduras tubarias*	44
Vasectomías	10
* no contempla intracesárea	
Nota: No hay información disponible sobre número de condones masculinos, femeninos, anticonceptivos orales y de emergencia.	
Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016	

El **tiempo de espera** para la colocación de DIU y de implantes subdérmicos es de una semana y, para la ligadura tubaria, 6 meses. Esta última se efectúa por laparoscopía e intracesárea. No hay información disponible sobre tiempos de espera para la realización de vasectomía.

Los profesionales evalúan que aún sigue habiendo mujeres que no cuentan con información de calidad sobre los métodos anticonceptivos, lo que representa un desafío impostergable para garantizar el derecho a la libre elección. El tiempo destinado a las consultas es insuficiente para brindar la información y el asesoramiento necesarios sobre SSR. Los equipos evalúan positivamente la eventualidad de ampliar los medios de difusión, por ejemplo, mostrando información en las pantallas electrónicas disponibles en distintos espacios de la institución.

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.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Los **controles de embarazo** se realizan en las policlínicas de ginecología del Hospital Policial con la atención a cargo de 14 ginecólogos, tres residentes de ginecología y tres auxiliares de enfermería. Esta prestación no se lleva adelante en las policlínicas de SSR.

En general, la captación es precoz y las enfermeras tienen sistema de tarjetas para hacerle seguimiento a las embarazadas. Desde la institución se promueve el acompañamiento a los controles y al parto o cesárea. El porcentaje estimado de acompañamiento es de 96%. Hay clases de parto llevadas adelante por parteras a través de un ciclo de 6 talleres, disponibles los martes a las 14:30hs, en el 4º piso del establecimiento.

El Hospital Policial es un centro docente, por lo cual, también realizan partos los residentes de ginecología. Las obstetras parteras, presentes en la institución desde 2007, realizan las guardias con la tarea de acompañar trabajos de parto, pero excepcionalmente lo hacen. En las cesáreas intervienen antes y después de la cirugía.

PROMEDIO DE CONTROLES Y DE TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO

Controles de embarazo	8
Controles posparto y puerperio	2-3
Tiempo promedio de trabajo de parto	6-8 hs

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS SEGÚN TRIMESTRE EN 2015

Primer trimestre	85%
Segundo trimestre	13%
Tercer trimestre	2%

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

No hay política institucional de promoción del parto humanizado, si bien se sostiene que hay buena calidad en la atención, las reformas edilicias realizadas por exigencias del Ministerio de Salud fueron en detrimento del área de partos. Antes se disponía de seis camas de preparto y ahora solo dos.

La consejería, el asesoramiento y el apoyo a la mujer lactante se realiza por ginecóloga/os, residentes de ginecología, parteras y personal de enfermería en la unidad madre-hijo (posparto inmediato) y en los controles puerperales. Según se estima, el porcentaje de lactancia materna supera la del sector mutual.

Nº TOTAL DE NACIMIENTOS, PARTOS NATURALES Y CESÁREAS POR GRUPO DE EDAD EN 2015					
	Menores de 14 años	Entre 14 y 17 años	Entre 18 y 35 años	Mayores de 35 años	Total
Nº total de nacimientos	0	18	391	53	462
Nº de partos naturales	0	7	208	12	227
Nº de partos por cesárea	0	11	183	41	235

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

En el año 2015 nacieron en la maternidad del Hospital Policial 462 bebés. De éstos, 49% nacieron por parto natural y 51% por cesárea. Esta situación merece ser estudiada con detenimiento, ya que el porcentaje de cesáreas de la institución supera el promedio nacional del año 2015, tanto del sector mutual (50,4%), como de ASSE (36.1%).

PROFESIONALES QUE REALIZAN ATENCIÓN EN PRE-PARTO, PARTO Y POSPARTO/PUERPERIO			
	Pre-parto	Parto	Posparto/ puerperio
Ginecólogos/as	22	22	15
Parteras	8	7	7
Enfermeros/as	3	8	5-6

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

EMBARAZO, MATERNIDAD Y ABORTO: INEQUIDADES Y VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS FUNCIONARIAS POLICIALES

A partir de las percepciones de integrantes de los equipos entrevistados, se destaca que las funcionarias policiales viven cotidianamente inequidades originadas por su condición de mujer en un sistema que no las considera como tales. En temas como el embarazo, la maternidad y el aborto, sufren discriminaciones y vulneraciones a sus derechos, sobre los que el sistema sanitario policial y el servicio de género aún no han dado respuesta. 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, los/as ginecólogos/as tienden a certificar a la mujer para que no se exponga a dichas situaciones. De esta manera, **la mujer asume 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 porque 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 que no tienen la obligación de dar explicaciones, debido a que están sujetas a disciplina policial, se les hace difícil poder mantener en reserva el asunto. **En muchas ocasiones, a las funcionarias policiales se les exige dar detalles a sus superiores, lo que vulnera el derecho de la confidencialidad y las expone a situaciones de estigma y discriminación.** Además, hay procedimientos dentro del Ministerio del Interior que complejizan el tema. Por ejemplo, si un/a policía está internado/a hay que dar parte a la unidad en la que brinda el servicio, lo que dificulta la confidencialidad.

Anteriormente hubo problemas con las certificaciones médicas por temas de IVE. Dificultades que se solucionaron al poner al médico certificador en conocimiento de que si la/el ginecóloga/o del 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 que para los superiores ese dato no es suficiente y exigen detalles.

Asimismo, excede ampliamente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (15%).

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La policlínica de SSR está conformada por dos equipos que atienden los lunes de 8 a 12hs y los viernes de 12 a 16hs. El resto de los días hay ginecología en la guardia, y psicólogo y trabajador social presentes en la institución, por lo que ante una situación de urgencia hay posibilidades de conformar el equipo interdisciplinario. Los fines de semana hay mayor dificultad debido a que si bien hay ginecólogos/as de guardia (no objetores), no hay en el centro trabajadora social ni psicólogo/a . En el caso de ser necesario, se tienen que convocar de afuera.

En la institución hay destinados para la atención en IVE dos ginecóloga/os, dos asistentes sociales, una psicóloga, dos parteras y dos auxiliares de enfermería.

El equipo interviene simultáneamente y trabaja en conjunto durante todo el proceso de IVE. Según lo/ as profesionales, el espacio de trabajo no es el adecuado por funcionar en un consultorio de ginecología chico, con una camilla. Si la paciente lo requiere, puede tener además consulta individual con algún profesional. Antes de la ley se hacía asesoramiento según la Ordenanza 369.

Nº DE IVE REALIZADOS POR AÑO Y PROCEDIMIENTO, MUJERES QUE DESISTIERON DE ABORTAR			
AÑO	2013	2014	2015
IVE 1	94	116	144
IVE 2	89	113	140
IVE 3	78	96	118
IVE 4	55	72	93
Medicamentoso	78	96	118
Legrado*	7	4	14
Nº de mujeres que desistieron de abortar	8	7	9

* los abortos realizados por legrado no están contabilizados en el total.

Nota: No hay información disponible sobre el número de repeticiones de la medicación y número de mujeres que consultaron por encima de las 12 semanas de gestación.

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016

En la policlínica de SSR se realiza IVE, anticoncepción y, en 2016, comenzaron a trabajar en disfunciones sexuales de varones y mujeres (una psicóloga tiene la especialidad en sexualidad y se contactan con urólogo). Han tenido consultas de varones sobre este tema, las mujeres, en cambio, suelen recurrir a las consultas ginecológicas comunes.

Según indican, la demanda está satisfecha ya que el volumen de pacientes no es muy alto. En general tienen de seis a siete consultas por día, pero han llegado hasta 14. La ecografía y los análisis de sangre se realizan en el hospital y siempre están disponibles para el IVE 3. Si se está sobre el límite de plazo, las ecografías se pueden realizar en la urgencia.

Los tiempos para la paraclínica fueron un problema que se ha mejorado, ya que en un inicio tenían importante demora. Actualmente se consigue de una semana a la otra. Sin embargo, se ve como un problema significativo que los resultados en hemoterapia se puedan retirar solamente hasta las 11 am, lo que implica una restricción importante para el acceso.

IVE 1 y 2 generalmente se hace el mismo día. Si llega con otro ginecólogo puede que sea el IVE 1 ese día y al otro día IVE 2. Como pauta se realiza por vía medicamentosa, tanto ambulatorio como en internación. Si la mujer está cerca del límite de las 12 semanas de embarazo, se realiza el proceso permaneciendo internada para asegurar el cumplimiento de los plazos. También en los casos en los que hay indicación de riesgo psicosocial y de salud, patologías, falta de contención familiar o la usuaria lo solicita. Según indicaron en las entrevistas, a pesar de haber objetores de conciencia en la jefatura de la institución, no ha habido inconvenientes en la prestación del servicio IVE, incluso se cuenta con recursos para brindar apoyo económico para cubrir costo de boletos durante el proceso.

La mayoría de las mujeres consultan dentro de los plazos establecidos y asisten a la consulta de IVE 4, aunque no se llega al 100%. En la agenda de la policlínica de SSR se registra la fecha en la que la usuaria debería venir al control y si no lo hace, generalmente la trabajadora social hace el seguimiento y la contacta. En la consulta de IVE 4 las mujeres se van con el método anticonceptivo. Solo la inserción del DIU no se realiza de esa forma, debido a que por disposición institucional no se coloca luego de un aborto.

En el caso de mujeres que no quieren que quede registro del procedimiento en la historia clínica, ésta queda en una carpeta en registros médicos bajo el nombre de "reservada". El informe ecográfico de la paciente no lleva foto y queda dentro de la historia clínica. Se logró que si la usuaria no quiere ver el monitor, no se le muestre.

Según los profesionales, existe conocimiento del servicio, pero debería mejorar los canales de información.

El 34% de profesionales hizo uso del recurso de objeción de conciencia, aunque solamente dos realizan IVE, lo que significa que 0,5% del total de ginecólogos de la nómina del Hospital Policial brinda el servicio y el 66% es objector de hecho.

CIFRAS OBJECIÓN DE CONCIENCIA			
Ginecólogos/as del prestador	Objetores/as	Realizan IVE	No objetores que no realizan IVE
38	13	2	23
Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016			

La capacitación en SSR la realiza la organización Iniciativas Sanitarias, pero no todo el equipo accede a ellas. Hay integrantes que se forman por su cuenta y a su costo. Como el Hospital no integra el FONASA, ha habido capacitaciones de ASSE en las que no fueron incluidos. Con los equipos de referencia del MSP el grupo coordinador se reúne cada dos meses. Se identifica como una debilidad importante la falta de capacitación sobre IVE al resto de profesionales y funcionarios no médicos. Esto genera inconvenientes que van desde retrasar los procesos generando trayectorias innecesarias, hasta vulnerar la confidencialidad y enfrentar situaciones de estigma y violencia.

Como se menciona en el recuadro "Embarazo, maternidad y aborto: inequidades y vulneración de derechos a las funcionarias policiales", cuando las funcionarias están transitando por un aborto, muchas veces reciben presión para explicar los motivos de ausencia laboral, de cambio de horario o de llegada tarde, lo que vulnera el derecho de confidencialidad y las expone a situaciones de estigma y discriminación.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

Sanidad Policial cuenta con un **servicio de violencia** que se inició en 2007, que tiene un fuerte énfasis en la atención de varones. Se inició en el área de la salud mental, pero actualmente se ubica en el Servicio de Género²⁶, con un nuevo modelo de intervención y el respaldo de la división de políticas de género del MI.

Este servicio atiende en dos polyclínicas fuera del hospital, los días lunes de 8 a 15 horas la de la calle Gaboto para la atención a mujeres y en la calle Martín García, para los varones. Tiene una coordinación semanal en la que se discuten los casos y participan los equipos que reciben a mujeres y varones en situación de violencia. Desde fines de 2015, el servicio está orientado a atender tanto a la víctima como al agresor. Según indican, muchas veces eso se desdibuja en el proceso ya que es frecuente que una persona que ejerce violencia la haya sufrido con anterioridad. Además, no siempre quien denuncia es la víctima de la violencia. Desde sus comienzos en 2007, la división era entre denunciado-denunciante, lo

²⁶ El Servicio de Género se creó en diciembre de 2015, depende de la dirección de Inclusión y Desarrollo Institucional. Tiene como antecedente la Comisión de Género, que comenzó en 2010 por iniciativa de Marisa Lindner, en la División de Políticas de Género del MI. Constituye un espacio de articulación que se reúne una vez al mes, mientras que el trabajo se va haciendo en paralelo.

que traía diversas dificultades. Según expresa el equipo, el cambio de modelo de intervención fue fruto de esa experiencia-aprendizaje. En las situaciones de parejas del mismo sexo, que son frecuentes, se evalúa cada caso para ver la forma de proceder.

La principal **ruta de acceso** al servicio de violencia es por medio de la "**Novedad Policial**". La reglamentación del **Decreto 111/2015**, que regula las situaciones de violencia doméstica dentro del MI, indica que toda denuncia donde haya funcionario/a policial involucrado debe derivarse al equipo. Cuando un funcionario policial es denunciado por violencia doméstica recibe una orden de ir al servicio para recibir una evaluación del equipo, pero no se lo obliga a atenderse.

Por otra parte, cuentan con un protocolo de derivación para cuando se detecta que hay una situación de violencia en la atención. El servicio tiene un celular propio para ser ubicado por otros profesionales ante cualquier consulta, en esos casos el equipo da asesoramiento y luego realiza la intervención.

La aplicación del formulario de detección de casos de violencia no es exhaustiva y la explicación es que no hay capacidad institucional para dar respuesta y no es conveniente indagar si no se va a asegurar atención a las situaciones detectadas.

En el servicio existen diferentes dispositivos en los que mujeres y varones son atendidos por un comité de recepción integrado por trabajadora social y psicóloga (y en varones con psiquiatra), que hace la evaluación primaria de la situación. En el caso de mujeres, según el caso, se ve si se continúa en el servicio o se articula con una ONG u otro servicio especializado. Tienen buena coordinación con varios programas del MIDES. Actualmente están trabajando en la conformación de grupos de mujeres.

Nº DE CONSULTAS REGISTRADAS Y FORMULARIOS DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA REALIZADOS			
AÑO	2013	2014	2015
Consultas registradas	402	419	
Formularios de detección realizados	167	292	447
Nota: No hay información disponible sobre porcentaje de casos detectados por formulario y de éstos, cuáles fueron atendidos. Tampoco sobre consultas específicas por violencia sexual.			
Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016			

En el **caso de los varones**, hay distintos dispositivos según la situación. Hay consultas individuales, talleres socio- educativos y grupo terapéutico. Como regla general todos los varones que llegan al servicio son derivados a los talleres socio-educativos (ocho en total) en los que se aborda estereotipos de género, pautas de crianza, violencia. Luego de finalizados se evalúa si la persona sigue con atención individual o si se integra al grupo terapéutico.

Cuando hay **tobilleras** se prioriza la atención individual porque hay que hacer un seguimiento particular. En esos casos por lo general el equipo de violencia del hospital atiende al varón y las mujeres (civiles) son atendidas por el MIDES.

Para 2017 está prevista la conformación de un equipo de maltrato y abuso infantil en el área de neuropsiquiatría pediátrica.

Según se indica, la respuesta todavía no es acorde a la demanda y no ha sido posible potenciar la prevención y actuar en los primeros niveles de riesgo por la limitación de recursos.

La violencia sexual presenta complejidades que los equipos entienden que carecen de capacitación para abordarla de manera adecuada. La mayoría de los casos llegan por emergencia. Se realiza un abordaje psicosocial y seguimiento individual. Cuando son niño/as se derivan a una ONG, cuando son mayores, se evalúa cada caso. El Servicio de Género ha trabajado en protocolos y las rutas de atención a casos de violencia sexual, tanto en emergencia pediátrica como de adultos.

A fines de 2015 el MSP capacitó a jefes de puertas de emergencia sobre el abordaje en violencia sexual, pero dejó a cada institución la protocolización de este procedimiento, lo que causó problemas.

NÚMERO DE FUNCIONARIOS MÉDICOS Y NO-MÉDICOS CAPACITADOS EN VIOLENCIA POR TIPO	
Funcionarios/as	Número
Médicos/as de familia	0
Ginecólogos/as	Todos los de SsyR. Parte del Dpto.
Psicólogos/as	Todo el Dpto.
Asistentes sociales	Todo el Dpto.
Pediatras	Gran parte del Dpto.
Enfermeros/as	Referentes supervisores y parte del Dpto.
Personal administrativo	0
Personal de recepción	Jefas de RRMM
Otros/as	Parte de Psiquiatría, toxicología, CANDI, Enfermedades Infecciosas

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016

Se han hecho instancias informativas y de sensibilización, pero no se ha abarcado a todo el equipo de salud. Hay profesionales que sostienen que en un tema tan complejo como la violencia, las capacitaciones puntuales no son suficientes.

DESINCENTIVOS PARA DENUNCIAR SITUACIONES DE VIOLENCIA EN LA POLICÍA

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 las casas. 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.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

El hospital cuenta con un Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas que atiende VIH y todo lo relativo a enfermedades infecciosas. Para la atención en VIH hay tres infectólogos que realizan policlínica y atienden a nivel hospitalario (internación). En el 2015 hubo solo una mujer embarazada diagnosticada con VIH. No hay información sobre sífilis en el momento del parto, HIV u otras ITS.

Hay disponibilidad de test rápido y confirmatorio de diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral (TARV). El recuento de CD4 y carga viral se realizan de forma extrahospitalaria. Sin embargo, la existencia del test no garantiza su acceso. El laboratorio discrepa con la libertad de utilización, dificultando el acceso. Éste generalmente se usa para accidentes laborales. En el Espacio Adolescente se solicita test de VIH/ITS ante relaciones sin protección. El test rápido se halla disponible en emergencia y se está trabajando para promover su realización.

Si bien se cuenta con TARV, los fármacos son los incluidos en el vademécum del hospital. Si para algún/a usuario/a fuera más recomendable o requiriera otro/s fármaco/s, pasa a estudio de Comisión de Farmacia Terapéutica.

Los/as niños/as se atienden en el servicio pediátrico de atención en VIH, mediante acuerdo entre el Hospital Policial y el Pereira Rossell. Las embarazadas se atienden en el hospital. Hay profilaxis para situaciones de violencia sexual, exposición por accidente laboral y medicación para prevención de transmisión vertical.

TIEMPO DE ESPERA PARA RESULTADOS	
Resultados	Tiempo promedio estimado
Test rápido VIH	30 MINUTOS
Test confirmatorio VIH	2 MESES
Test VDRL	1 SEMANA

Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Cuando se detecta un caso de VIH desde laboratorio, se informa mediante sobre cerrado al equipo del servicio de enfermedades infecto-contagiosas. Los/as infectólogos/as citan a la persona a las policlínicas del servicio y establecen el primer vínculo. No se cuenta con apoyo psicológico cuando se comunica resultado del diagnóstico, pero sí se ofrece al usuario/a la atención psicológica si lo requiere.

Una vez se detecta un caso y la persona asiste a consulta, se realizan los estudios correspondientes, incluyendo carga viral y población linfocitaria. Los controles se realizan mensualmente, al menos al comienzo. Generalmente se evita realizar notificaciones en fines de semana o en semanas con feriados, para evitar riesgos asociados al impacto psicológico que puede tener el diagnóstico.

NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH EN 2015, EN TARV Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, POR SEXO			
	Personas diagnosticadas con VIH en 2015	Realizando TARV	% de adherencia
Mujeres	3	31	20,5%
Varones	4	42	20,5%

*No se dispone información sobre Personas trans.
Fuente: Hospital Policial. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Se cobra un tique de medicamento para el retiro de antirretrovirales. En caso de cambios de medicación se realiza test de resistencia. Desde el equipo se ha solicitado que se pueda realizar entrega de preservativos desde el propio servicio en policlínicas ginecológicas y en servicio de SSR en lugar de en farmacia. Esto se encuentra en evaluación.

En caso de personas con problemas de adherencia, se suele utilizar medicamentos co-formulados para reducir el número de comprimidos que deben consumir. También se da seguimiento por vía telefónica a quienes no retiran sus medicamentos en farmacia. El tema de la adherencia ha sido prioridad ya que los

porcentajes son alarmantemente bajos. Se ha establecido una pauta de trabajo interno para garantizar la privacidad de los/as usuarios/as.

ESPACIO ADOLESCENTE

Es un espacio en el que coordinan medicina general, pediatría, trabajo social, psicología, psiquiatría, nutrición, psicopedagoga, ginecología y obstetricia, toxicología, neuropsiquiatría y otras especialidades. No es necesario que las/os adolescentes acudan por derivación, sino que pueden solicitar consulta, la que es confidencial. Pueden ir sola/os o acompañada/os. Concurren 100 adolescentes por semana aproximadamente y dado que hay 16.000 usuarios en esa franja etaria, son muchos la/os adolescentes que no se atienden en el servicio, para lo cual tampoco tendrían capacidad. En el espacio están armando flujogramas para emergencia y piso de internación para establecer criterios de derivación.

El equipo tiene más de 15 años de trabajo y ha realizado un gran número de jornadas de capacitación interna y externa. Según destacan, la presencia de la psicopedagoga con especialización en adolescentes es fundamental ya que las dificultades de aprendizaje y la desvinculación de esta población del sistema educativo es uno de los principales problemas. En este sentido, realizan talleres para las familias de adolescentes/orientación vocacional y toma de decisiones. Como debilidad, los entrevistados identifican el hecho de no contar con un espacio físico común.

SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SSR Y ABORTO EN EL HOSPITAL POLICIAL

ANTICONCEPCIÓN

En el hospital cuentan con todos los métodos de la canasta. 12 ginecólogas entregan, recetan y colocan métodos anticonceptivos (tres colocan implantes sub-dérmicos). Las parteras forman parte de los equipos de guardia, pero no integran las policlínicas. Un médico general asesora a mujeres y varones en la policlínica de adolescentes.

El personal percibe que sigue habiendo déficits de información de calidad sobre los métodos anticonceptivos, lo que es una característica general del sistema. Entre otros elementos, el tiempo de la consulta dificulta la profundización en cada caso para garantizar la libre elección del método.

Se evalúa positivamente la eventualidad de que haya información sobre este tema en las pantallas electrónicas que se encuentran disponibles en distintas áreas de la institución.

Los servicios están dirigidos exclusivamente a mujeres, exceptuando el Espacio Adolescente, lo que refuerza el mensaje de exonerar a los varones de asumir la responsabilidad del cuidado y prevención en la vida sexual.

EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO

Es un hospital docente, por lo que además de los ginecólogos también realizan partos los residentes de ginecología. Las obstetras parteras hacen acompañamiento, pero excepcionalmente los realizan.

No se cuenta con una política institucional de promoción del parto humanizado.

Las reformas edilicias realizadas como respuesta a nuevas exigencias del MSP han disminuido considerablemente el espacio disponible para el trabajo de parto, lo que ha ido en detrimento de la calidad. Dado el bajo número de partos que realiza la institución, todo indicaría que estarian las condiciones para la conformación de por lo menos una sala de nacer.

En 2015, el 51% de los nacimientos se realizaron por cesárea, porcentaje que supera el promedio nacional de ese año, tanto del sector mutual (50,4%), como de ASSE (36.1%). Asimismo, sobrepasa ampliamente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (15%).

Las policías ejecutivas están en problema ante situaciones de embarazo, ya que se les exige que sigan trabajando en la calle, patrullando, usando chaleco, arma, etc., aunque se les podría encomendar otras tareas que consideren la situación coyuntural, y les permitiera seguir trabajando en condiciones seguras. Por este motivo, los ginecólogos tienden a certificar a las mujeres para que no se expongan a esas situaciones. De esta manera, la mujer asume los costos del deterioro de su carrera funcional, por ejemplo, al perder puntos para un posible concurso.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

En la policlínica de SSR se realiza IVE y anticoncepción y, en 2016, comenzaron a trabajar en disfunciones sexuales de varones y mujeres.

La unidad está conformada por dos equipos y atiende los lunes y viernes. El resto de los días hay profesionales en la institución, por lo que hay posibilidades de conformar el equipo interdisciplinario. Los fines de semana hay mayor dificultad debido a que no hay trabajadora social ni psicóloga/o. Si se les necesita, se les debe convocar de afuera.

El equipo trabaja en conjunto, simultáneamente, en la misma sala y el proceso se realiza con la presencia de todos sus integrantes.

Según los profesionales, existe conocimiento del servicio. Sin embargo, aún falta información para la/os usuaria/os.

Se realizan capacitaciones en SSR, pero no todo el equipo accede a ellas. Hay integrantes que se forman a iniciativa y costo propios. Como el hospital no integra el FONASA, no se los ha incluido en las capacitaciones de ASSE. El personal identifica la falta de formación en IVE al resto de profesionales y funcionarios no médicos como una debilidad importante. Esto genera inconvenientes que van desde retrasar los procesos con trayectorias innecesarias, hasta vulnerar la confidencialidad, pasando por realizar comentarios fuera de lugar, etc., lo que deteriora la calidad de la atención.

Cuando las funcionarias están transitando por un aborto, muchas veces son presionadas para explicar la ausencia laboral, el motivo para un cambio de horario o la llegada tarde, lo que vulnera el derecho de la confidencialidad y las expone a situaciones de estigma y discriminación.

El porcentaje de objeción de conciencia del prestador es de un 34%, sin embargo, solamente dos profesionales realizan IVE, por lo que solamente el 0,5% de los/as ginecólogos/as del centro se dedica a IVE, a pesar de que un 66% no presentan objeción de conciencia.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

Sanidad Policial cuenta con un Servicio de Violencia que se inició en 2007. A partir de 2015 atiende mujeres y varones por separado, independientemente de ser víctima o agresor. Este servicio tiene su sede fuera del hospital.

La principal ruta de acceso al servicio es la "Novedad Policial". A partir de la reglamentación del Decreto, que regula las situaciones de violencia doméstica dentro del MI, está mandatado que toda denuncia que involucre un funcionario/a oficial se derive al equipo. Cuando se denuncia a un funcionario policial por violencia doméstica recibe una orden de ir al servicio para ser evaluado por el equipo, aunque no se lo obliga a atenderse.

No se llevan delante de forma exhaustiva investigaciones para detección de casos de violencia (formulario violeta). Anteriormente, hubo un intento que fracasó. El equipo afirma que no se emprende esta medida porque no hay capacidad para dar respuesta, hecho que puede ser inconveniente.

En 2017 se conformará un equipo de maltrato y abuso infantil en el ámbito de neuropsiquiatría pediátrica. Según se indica, todavía no hay respuesta que pueda cubrir la gran demanda en esta problemática. No se ha logrado hacer promoción y prevención, y actuar en los primeros niveles de riesgo, porque no hay recursos a escala nacional, una debilidad de todo el sistema de salud.

El Servicio de Género trabajó recientemente los protocolos y las rutas de atención a casos de violencia sexual. Sobre este punto existe un problema importante aún no resuelto con respecto a la toma de muestras y la cadena de custodia de las muestras para derivar a la justicia.

Ante casos de denuncias de violencia doméstica en la policía, 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, lo que genera un desincentivo para denunciar, hecho que dificulta el abordaje del problema.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

El hospital cuenta con un Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas que atiende VIH y todo lo relativo a enfermedades infecciosas. Hay tres infectólogos/as destinados para la atención en VIH, los que realizan policlínica y atienden a nivel hospitalario (internación). El servicio articula con otros equipos a través de la Comisión de Género de Sanidad Policial.

Hay disponibilidad del test rápido y confirmatorio de diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral (TARV). El recuento de CD4 y carga viral se realizan de forma extrahospitalaria. Sin embargo, la existencia del test no garantiza su acceso y se está trabajando para la difusión y fomento del su uso a través de su acercamiento a los distintos sectores del hospital.

Si bien el prestador cuenta con TARV, los fármacos son los incluidos en el vademécum del hospital. Si para algún/a usuario/a fuera más recomendable o requiriera otro/s fármaco/s, debe recurrir a la Comisión de Farmacia Terapéutica para que resuelva si se consigue el medicamento desde el prestador mismo.

Los/as niños/as se atienden en el servicio pediátrico de atención en VIH, mediante acuerdo entre los Hospitales Policial y el Pereira Rossell. Las embarazadas se atienden en el primero.

El porcentaje de adherencia es alarmantemente bajo: 20,5% tanto para varones como para mujeres. Desde el equipo se están llevando adelante múltiples estrategias para subsanar esto. En caso de personas con problemas de adherencia se suele utilizar medicamentos co-formulados para reducir el número de comprimidos que deben consumir. También se da seguimiento por vía telefónica a quienes no retiran sus medicamentos en farmacia.

ESPACIO ADOLESCENTE

Es un espacio en el que coordinan medicina general, pediatría, trabajo social, psicología, psiquiatría, nutrición, psicopedagoga, ginecología y obstetricia, toxicología, neuropsiquiatría y otras especialidades.

Concurren aproximadamente 100 adolescentes por semana. Si se tiene en cuenta que son 16.000 los/as usuarios/as en esa franja etaria, son pocos los que se atienden en el servicio. No habría sin embargo capacidad para un mayor volumen.

COSEM

ESTADO DE SITUACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO

COSEM es una de las Instituciones de Atención Médico-Colectiva (IAMC) integrada al SNIS y regulada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). La entidad cuenta con 88.443 personas afiliadas que, en su mayoría (81.584), son a través de FONASA, y representan el 2,52% del total de usuarios/as en el sistema de salud²⁷. Cuenta con una sede central, y siete sucursales, seis de ellas en Montevideo, y una en Lagomar (Canelones)²⁸.

NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN		
	Hospital	Policlínicas urbanas
Ginecólogos/as	27	27
Médicos/as de familia	0	1
Parteras	7	1
Asistentes sociales	2	2
Psicólogos/as	1	2
Infectólogos/as	2	4
Endocrinólogos/as	7	7
Urólogos/as	4	4
Urología Pediátrica	1	1
Epidemiólogos/as	0	0
Dermatólogos/as	0	12

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

La institución no cuenta con su sanatorio propio, por lo que deriva las internaciones por convenio al Hospital Evangélico y el Sanatorio Americano. La emergencia y las internaciones relacionadas con la atención gineco-obstétrica, partos y cesáreas se realizan en el Evangélico, salvo los abortos por ser esta última objetora de ideario.

El equipo coordinador referencial en SSR está asignado a su policlínico de Malvín, atiende principalmente anticoncepción y funciona los días miércoles de 8:30 a 11:00 horas. Además, cuenta con tres policlínicas semanales de IVE.

Las denuncias o reclamos pueden realizarse en el servicio de atención al socio y se derivan a la Dirección Técnica, que se contacta con el profesional o equipo involucrado y luego brinda la respuesta a la persona que ha realizado el reclamo.

A continuación, se describen las características de los servicios de acuerdo a cada prestación monitoreada.

27 Datos extraídos de atuservicio.uy.

28 ibidem

ANTICONCEPCIÓN

El asesoramiento y entrega/colocación de métodos anticonceptivos pueden realizarse por todos los profesionales gineco-obstetras de la institución en sus distintas polyclínicas. También se brinda la prestación en una polyclínica de SSR específica de anticoncepción, que es atendida por ginecólogo, parteras y psicólogo. A este centro las mujeres llegan generalmente derivadas por otros profesionales, por ejemplo, para la colocación de DIU.

NÚMERO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTREGADOS/ COLOCADOS / REALIZADOS EN 2015	
Condones masculinos	329
Anticonceptivos orales	15882
Dispositivos Intrauterinos (DIU)	293
Ligaduras tubarias	57
Vasectomías	0

Nota: No hay información disponible sobre número de condones femeninos y anticonceptivos de emergencia entregados.

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

La canasta de métodos incluye condones masculinos y femeninos, anticonceptivos orales (ACO) y de emergencia, y dispositivos intrauterinos (DIU). Los registros aportados por la institución indican que durante el año 2016 se entregaron 329 condones masculinos y 15.882 ciclos de anticonceptivos orales, se colocaron 293 DIU y se realizaron 57 ligaduras tubarias, las que fueron realizadas por los tres técnicos asignados a esa prestación, pero también durante el procedimiento de cesárea por el ginecólogo interviniente. Esto se realiza en el block quirúrgico del Hospital Evangélico. El tiempo de espera aproximado para colocación de DIU es de 30 días y, de realización de ligaduras y vasectomías, 60 días.

En COSEM no hay servicios de anticoncepción para varones, el asesoramiento es realizado por un médico general. En SSR han recibido consultas de varones por vasectomías y disfunciones sexuales. La vasectomía la realizan los urólogos, pero en el año 2015 no se realizó ninguna.

La atención en anticoncepción para adolescentes se realiza en la polyclínica ginecológica de adolescentes. Un elemento señalado por los profesionales sobre los métodos anticonceptivos es que frecuentemente las mujeres desconocen que pueden tener acceso a bajo costo o gratuitamente a ciertos métodos de acuerdo con la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En COSEM los controles de embarazo se realizan en las consultas ginecológicas, con un alto el número de captación temprana: 89% durante el primer trimestre, 7% en el segundo y 4% en el tercer trimestre de gestación. Registran un promedio de ocho consultas de control de embarazo y cuatro para controles de posparto y puerperio. En caso de mujeres o parejas que manifiestan su deseo de tener hijos/as, se hacen consultas "pre-concepcionales".

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS SEGÚN TRIMESTRE EN 2015

Primer trimestre	89%
Segundo trimestre	7%
Tercer trimestre	4%

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

PROMEDIO DE CONTROLES DE PARTO

Controles de embarazo	8
Controles posparto y puerperio	4

Nota: No hay estimaciones disponibles sobre tiempo promedio de trabajo de parto.

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Para los cursos de preparación para el parto la institución contrata profesionales que lo realizan en sus propias clínicas. Los partos transcurren en el Hospital Evangélico, que presta su infraestructura y su personal (parteras, enfermeras, etc.), aunque son los ginecólogos/as y anestesistas del plantel de COSEM los que trabajan en sistema de guardia retén. Los partos son efectuados por ginecólogos/as y las parteras acompañan, orientan y controlan. Los profesionales entrevistados consideran que los embarazos de bajo riesgo podrían ser controlados por parteras bajo supervisión de ginecólogos y también hacer el control posparto.

PROFESIONALES QUE REALIZAN ATENCIÓN EN PRE-PARTO, PARTO Y POSPARTO/PUERPERIO			
	Pre-parto	Parto	Posparto/ puerperio
Ginecólogos/as	27	27	27
Parteras	1	7	7
Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016			

Hay una política de promoción del acompañamiento de la pareja durante el parto o la cesárea, con un alto involucramiento de los varones. El porcentaje de acompañamiento en el parto en los últimos tres años (2013, 2014 y 2015) fue superior a 80%.

Nº TOTAL DE NACIMIENTOS, PARTOS NATURALES Y CESÁREAS POR GRUPO DE EDAD EN 2015					
	Menores de 14 años	Entre 14 y 17 años	Entre 18 y 35 años	Mayores de 35 años	Total
Nº total de nacimientos	0	0	622	432	1054
Nº de partos naturales	0	0	220	119	339
Nº de partos por cesárea	0	0	402	313	715
Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016					

El número de cesáreas de la institución es de los más altos del país, ascendiendo al 68,1% de los partos que realizan. Según los profesionales y autoridades consultadas, el principal motivo no sería por razones médicas, sino por demanda de la mujer gestante y su pareja. En otros casos, es porque se entiende que con la cesárea se evitarían riesgos y demandas por posibles complicaciones durante el trabajo de parto o el parto por vía vaginal. Por otro lado, muchas mujeres se embarazan a mayor edad lo que podría significar más probabilidades de riesgos o patologías y otras, por tener baja tolerancia al dolor solicitan la cesárea.

COSEM cuenta con analgesia para el parto, pero cuesta 900 dólares. Los profesionales sostienen que debería ser gratuita.

La consejería, asesoramiento y apoyo para la lactancia se realiza durante el puerperio por una obstetra partera o licenciada en enfermería del sanatorio, a través de una visita domiciliaria o los controles ginecológicos posparto.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Los servicios legales de aborto se realizan tres veces por semana y el equipo está integrado por ginecólogo, parteras, psicólogo y asistente social. Según afirma el equipo, la demanda no supera su capacidad y la mayoría de las mujeres están conformes con el servicio.

HORARIOS DE ATENCIÓN DE IVE

Policlínica Vilamajó
Lunes y jueves de 15 a 17hs.
Sábados de 9 a 12hs.

Como el Hospital Evangélico es una institución objetora de ideario y no brinda el servicio de aborto, COSEM deriva la atención de las usuarias que deciden interrumpir el embarazo al Sanatorio Americano. Si no, el IVE se realiza en la policlínica de Villamajó.

LOCALES EN QUE SE REALIZA CADA ETAPA DE IVE

	IVE 1	Ecografía	Examen de sangre	IVE 2	IVE 3	IVE 4
Hospital/ Sanatorio		Americano	Americano	Americano	Americano	Americano
Policlínica	Todas las policlínicas	Vilamajó/ Parque Batlle	Todas las policlínicas	Vilamajó	Vilamajó	Vilamajó

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Las usuarias acceden a estudios diagnósticos, la entrevista con el equipo multidisciplinario (IVE 2), ratificación de la decisión y prescripción de la medicación en consulta con ginecólogo (IVE3) y eventual legrado evacuador, así como la consulta de control y asesoramiento anticonceptivo post aborto (IVE4). El examen de sangre confirmatorio de embarazo se puede realizar también en cualquier policlínica COSEM, la ecografía para determinar tiempo gestacional en el policlínico Vilamajó de COSEM y en el Hospital Americano. Las derivaciones son coordinadas desde el sistema COSEM y las consultas se resuelven a las siguientes 24 a 48hs de iniciado el proceso en la consulta IVE 1.

A su vez, COSEM no solo atiende a sus usuarias, sino que por convenio recibe consultas de mujeres del Hospital Evangélico por interrupción voluntaria del embarazo.

Nº DE IVE REALIZADOS POR AÑO Y PROCEDIMIENTO, MUJERES QUE DESISTIERON DE ABORTAR			
AÑO	2013	2014	2015
IVE 1	s/d	s/d	s/d
IVE 2	208	175	234
IVE 3	178 (ratifican)	143 (ratifican)	199 (ratifican)
IVE 4	135	121	156
Medicamentoso	116	112	153
Legrado	35	46	43
Nº de mujeres que desistieron de abortar	16	22	12

Nota: existen incongruencias en los datos proporcionados, que es posible que correspondan a errores de registro.

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

La indicación para la interrupción (IVE 3) siempre es medicamentosa (mefiprestona y misoprostol) y puede estar seguida de legrado evacuador en block quirúrgico. No suele haber repetición de medicación y no hay AMEU. Si la mujer está cerca del plazo de las 12 semanas de gestación, o hay situación de riesgo o la mujer lo solicita, se la interna para que el proceso de interrupción se realice en sanatorio.

No hay registro de consultas o realización de IVE por causal violación, ni por causal salud luego de las 12 semanas. El porcentaje de adolescentes que realizan IVE es muy bajo. A su vez, la asistencia de las usuarias a IVE 4 es de aproximadamente un 80%.

Se han realizado capacitaciones en SSR principalmente a quienes trabajan en la policlínica, pero aún está pendiente la formación al resto de trabajadores de la institución.

De acuerdo con el personal entrevistado, hay conocimiento adecuado del servicio por parte de las usuarias y hay información disponible. Si bien se procura garantizar la confidencialidad, para cumplir con los tiempos legales y administrativos que exige la ley, el código para esta prestación se identifica como "pase a policlínica IVE".

Las situaciones en los que están vencidos los plazos legales para la interrupción se cumplen con el aseoiramiento de la estrategia de reducción de riesgos y daños.

El 44% del cuerpo de ginecólogos/as ha recurrido a la objeción de conciencia. Del total de la nómina, ocho son los profesionales que realizan IVE y hay siete que si bien no objetaron, no realizan IVE.

CIFRAS OBJECIÓN DE CONCIENCIA			
Ginecólogos/as del prestador	Objetores/as	Realizan IVE	No objetores que no realizan IVE
27	12	8	7
Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016			

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

En COSEM existe un equipo de referencia en violencia doméstica que está integrado por psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, representante de dirección técnica y de secretaría. El equipo se reúne quincenalmente para coordinar y dar seguimiento a los casos. Las situaciones de violencia doméstica son abordadas por un comité que se encuentra en el ámbito de la Dirección Técnica, a través de un Comité de Recepción, que atiende semanalmente.

HORARIOS DE ATENCIÓN EN VIOLENCIA DOMÉSTICA
Comité Violencia Doméstica: En Dirección Técnica 1er y 3er viernes de cada mes de 12 a 14hs.
Comité de recepción: Policlínico Parque Batlle miércoles 8:30 a 12:30 hs.

El Comité de Recepción es quien evalúa la estrategia a seguir y/o deriva a valoración de psiquiatra. Está integrado por una trabajadora social y una psicóloga, quienes reciben las derivaciones que surgen de consultas o las que llegan a puerta de emergencia. Asimismo, recibe los resultados de la aplicación del formulario de despistaje de VDS durante las consultas. Se analizan todos los casos y en los que se identifica alerta o riesgo se contacta con la usuaria para ofrecer el espacio de orientación. Muchas veces, las mujeres no quieren asistir o ya tienen sus redes.

Nº DE CONSULTAS REGISTRADAS Y FORMULARIOS DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA REALIZADOS		
AÑO	2014	2015
Formularios de detección realizados	10.006	16.572
% de casos de violencia detectados	1,38%	0,60%
% de casos asistidos por el equipo especializado	0,43%	0,23%

Nota: no hay datos disponibles sobre consultas sobre violencia doméstica y sexual, ni sobre personal capacitado en violencia

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

La aplicación del formulario de despistaje de violencia es anual y aparece como alerta en la historia clínica de la usuaria, indicando a los profesionales que éste debe realizarse. Los profesionales entrevistados consideraron que es importante una herramienta que permita identificar mejor las situaciones de violencia en la atención de salud. Entienden que la que se aplica no es la más adecuada, porque no cumple con el propósito de identificar a las mujeres que requerirían atención por haber vivido o estar viviendo en situación de violencia. Las mujeres pueden sentirse incomodadas si el equipo profesional no aborda el tema empáticamente y podría obstaculizar una atención adecuada a quienes lo requerirían.

La atención de las situaciones de violencia se articula por el equipo que deriva hacia la atención profesional necesaria: psicoterapia infantil y de adultos, psiquiatría en puerta de emergencia, médico de referencia, equipo de SSR, entre otras.

Las capacitaciones en violencia dirigida a profesionales de la institución son llevadas a cabo por el equipo referente que, a su vez, ha recibido formación en el tema y participa de la red de equipos de violencia. El equipo manifiesta no haber concurrido a otras instancias formativas porque son en el horario de consulta.

Profesionales en las entrevistas identificaron como una fortaleza del servicio la rápida respuesta y su capacidad para gestionar, aunque hay momentos que la demanda desborda las capacidades y recursos destinados, y puede haber demora de hasta dos semanas para brindar la consulta. Por otra parte, se evalúa como una debilidad que el proceso terapéutico individual y grupal sea tercerizado, lo que dificulta el seguimiento de los casos. El equipo articula con otras instituciones, tales como la organización Mujer y Sociedad y otras ONG vinculadas a la problemática, así como con programas gubernamentales como Uruguay Crece Contigo y otras mutualistas.

Durante el 2016 se trabajó en la implementación del protocolo de atención a las situaciones **de violencia sexual** en puerta de emergencia. Se realizaron capacitaciones en las que se sensibilizó sobre la temática y se difundió la pauta del MSP, con una concurrencia global del 70%, incluyendo suplentes (90%

de los titulares). Se generaron mecanismos de atención y seguimiento, tales como la consulta con el equipo de referencia, el seguimiento por parte del ginecólogo de referencia, infectólogo para la segunda dosis del TARV, etc. La institución cuenta con el kit de insumos para la atención en caso de violación.

La atención a los casos de violencia sexual en puerta de emergencia se realiza en el Hospital Evangélico, en el que se convoca al ginecólogo/a de COSEM que se encuentra de guardia retén. La/los ginecólogos del Hospital Evangélico solo asisten a la usuaria ante los casos de extrema urgencia.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

En Infectología la institución cuenta con cuatro profesionales, siete en dermatología, 27 en ginecología, cuatro nutricionistas y un médico de familia destinados para la atención en VIH. No hay un servicio específico, pero ante un diagnóstico positivo se deriva directamente al/la infectólogo/a. Desde 2015, cuando hay una muestra reactiva en el laboratorio, este profesional el que se comunica con la persona, lo que ha mejorado la atención.

NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH EN 2015, EN TARV Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, POR SEXO			
	Personas diagnosticadas con VIH en 2015	Realizando TARV	% de adherencia
Mujeres	43	28	89%
Varones	213	138	92%

Nota: No se dispone información sobre Sífilis y otras ITS.
Tampoco desagregación de Personas trans.

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

El apoyo psicológico o la intervención del área social se articula, al igual que con pacientes de otras patologías que así lo requieran. De todas maneras, debería haber una mayor especialización en el área.

Está en formación un Departamento de Infectología que organizará la atención a personas con VIH generando un espacio de coordinación de especialidades. Por su parte, la atención a otras ITS es variable y no está centralizada.

En COSEM cuentan con test rápido de detección de VIH y su uso se promueve fundamentalmente en la emergencia, mientras que las embarazadas lo hacen de rutina. Tanto en sanatorio como en policlínicas hay disponible test de diagnóstico de VIH, tratamiento antirretroviral (TARV), recuento de CD4 y carga viral. Asimismo, cuenta con profilaxis para casos de violencia sexual, profilaxis para casos de exposición accidental laboral y medicación para prevención de transmisión vertical de VIH. Nunca hay discontinuidad de fármacos, hay fácil acceso en farmacia y los porcentajes de adherencia a los tratamientos son altos.

TIEMPO DE ESPERA PARA RESULTADOS	
Resultados	Tiempo promedio estimado
Test rápido VIH	24hs
Test confirmatorio VIH	48hs
Test VDRL	48hs

Fuente: COSEM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

En la institución no hay disponibilidad de medicamentos de última generación.

La posible pérdida de confidencialidad, que puede generar situaciones de estigma y discriminación hacia quienes son seropositivos, se identifica como un problema, al igual que en otras instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Los entrevistados han recibido quejas por la falta de confidencialidad que hay en la ventanilla. En la institución no se realizan capacitaciones ni sensibilizaciones sobre VIH. Desde la Facultad de Medicina se han ofrecido cursos a la gerencia a través de la organización Ovejas Negras, pero no se han concretado aún.

Asimismo, se constata una vez más la percepción del poco tiempo disponible en la consulta para profundizar en cada caso, dejando a criterio de cada profesional el tomarse más tiempo en los casos que lo ameritan.

Entre las fortalezas que se destacan de la respuesta que brinda la institución se encuentra el estrecho vínculo entre las diversas disciplinas y especialidades para dar la atención más integral a los requerimientos de las personas con VIH. Tienen disponibilidad de tratamiento profilaxis pos-exposición sexual consensual para prevenir la infección (un TARV en personas negativas que funcionan con la misma lógica de las pastillas de emergencia en la anticoncepción). Sin embargo, este procedimiento no es algo que se promueva ni que haya difusión. Según se indica, estos tratamientos no son caros y, sin duda, son más económicos que tratar la enfermedad.

ESPACIO ADOLESCENTE

COSEM cuenta con un Espacio Adolescente coordinado por un especialista en gestión de administración de servicios de salud, integrante de la Dirección Técnica. El espacio tiene un equipo de profesionales de ginecología, medicina general, pediatría, salud mental, nutrición y medicina familiar. La atención a adolescentes es en sus respectivas policlínicas, confluendo algunos de ellos dos días a la semana en el policlínico Cataluña. Se proyecta que a partir de 2018 tendrán un área específica para adolescentes. El equipo se reúne el primer lunes de cada mes para la discusión y evaluación del funcionamiento. En centros educativos y clubes deportivos, se han realizado instancias de promoción de salud sobre temas como uso de drogas, nutrición, siniestralidad vial, etc.

Las personas entrevistadas entienden que la población adolescente cuenta con buena información sobre métodos anticonceptivos, **la incidencia de embarazo adolescente es muy baja** en la institución. Las problemáticas más frecuentes son las vinculadas a salud mental, desórdenes nutricionales y uso abusivo de sustancias psicotrópicas. Se ha creado un Comité de **Adicciones**, con una línea telefónica de atención las 24hs, que sostiene un profesional.

Se identifica como una fortaleza el respaldo institucional que tiene el equipo, ejemplo de ello es que el coordinador está en el directorio de la institución. Asimismo, se valora que todos los profesionales involucrados tienen interés en el tema y están nucleados. Por otra parte, se señala como una debilidad no contar aún con un espacio común.

Las personas que gestionan el espacio consideran que las metas asistenciales definidas por las autoridades sanitarias deberían reconsiderarse porque sus cometidos son adecuados, pero sus mecanismos de validación son cuantitativos, lo que no permite evaluar el contenido de las intervenciones y los resultados obtenidos. Por ejemplo, la ficha que se debe completar con los adolescentes en la primera consulta, aunque ha mejorado en número, tiene algunos problemas de contenido, ya que son muchos datos, varios de ellos íntimos, que se deben llenar en poco tiempo. Otro elemento que se solicita es la existencia de feedback por parte del ministerio. Asimismo, se cuestiona si las capacitaciones realizadas por el MSP, tan teóricas y masivas, son las más efectivas.

SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN COSEM

ANTICONCEPCIÓN

El asesoramiento y entrega/colocación de métodos se realiza por todos los/as ginecólogos/as de la institución en sus policlínicas. También se brinda la prestación en una policlínica de SSR específica de anticoncepción, que es atendida por ginecólogo, parteras y psicólogo. Hay disponibilidad de condones masculinos, femeninos, anticonceptivos orales (ACO) y de emergencia, y dispositivos intrauterinos (DIU). No cuentan con implantes subdérmicos.

En COSEM no hay servicios de anticoncepción dirigido a varones, el asesoramiento es realizado por un médico general. La vasectomía la realizan los urólogos, pero en el año 2015 se realizaron 57 ligaduras tubarias y ninguna vasectomía. Para la atención a adolescentes cuentan con una policlínica de ginecología especializada.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En COSEM los controles de embarazo se realizan en las consultas ginecológicas comunes, con alto número de captación temprana y promedio de controles. La provisión de cursos de preparación para el parto está tercerizada.

Por convenio, los partos se realizan en el Hospital Evangélico, que presta su infraestructura y personal (parteras, enfermeras, etc.), mientras que los/as ginecólogos/as y anestesistas son del plantel de COSEM, que están de guardia retén y son convocados si consulta una mujer. En caso que sea necesario, ellos permanecen en la institución, disponiendo una habitación.

En COSEM no hay una pauta institucional de promoción del parto humanizado. Asimismo, el índice de cesáreas de la institución es de los más altos del país, con un 68,1% del total de partos que allí se realizan.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La prestación de IVE se brinda en la policlínica de SSR. Se realiza tres veces por semana y está integrada por ginecólogo, parteras, psicólogo y asistente social. COSEM cuenta con un convenio con el Hospital Evangélico, institución objetora de ideario, por el que se ocupa de las etapas conocidas como IVE 2 y 3 de esa institución (reunión con equipo multidisciplinario e instancia de confirmación con ginecólogo y receta de medicación en la mayoría de los casos).

Las instancias de IVE 3 las realiza el equipo en conjunto, así como IVE 4. Generalmente, si es un embarazo cercano a las 12 semanas se aconseja a la mujer hacer el proceso internada. Asimismo, por situaciones de riesgo o voluntad propia. La internación es en el Sanatorio Americano.

Se ha capacitado en SSR principalmente a quienes trabajan en la policlínica, pero aún está pendiente formar al resto de trabajadores del prestador.

Un 44% de los/as ginecólogos/as de la institución presenta objeción de conciencia. Solamente ocho realizan IVE en el prestador, por lo que el 30% del total de ginecólogos/as realiza IVE. Esto es poco más de la mitad de los/as no objetores/as.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

En COSEM existe un comité de recepción que una vez por semana atiende las situaciones que surgen de las consultas o que llegan a puerta de emergencia. Está constituido por una trabajadora social y una psicóloga y es el primer contacto y donde se evalúa la estrategia a seguir.

Por su parte, el equipo de referencia en violencia doméstica está integrado por una psicóloga, una trabajadora social, una psiquiatra, un representante de dirección técnica y de secretaría. Éste recibe el listado de indagaciones que se hacen durante las consultas (conocido como formulario violeta), tanto las que arrojan resultados positivos como negativos. Se reúne con una periodicidad quincenal y coordina y hace seguimiento de los casos. Los entrevistados afirman que, si bien es bueno que exista una herramienta con este propósito, no es la mejor opción, ya que además de que puede incomodar a las mujeres, no capta todas las situaciones.

Las capacitaciones en violencia al resto de los profesionales de la institución son realizadas por el equipo referente. A su vez, ellos/as han recibido formación en el tema y participan en las de la red de equipos de violencia. El equipo manifiesta no haber concurrido a otras instancias formativas debido a ser en su horario de consulta.

Durante 2016 el equipo trabajó sobre el protocolo de atención a situaciones de violencia sexual en puerta de emergencia, la cual se realiza en el Hospital Evangélico, donde se convoca al ginecólogo/a de COSEM que se encuentra de guardia retén. La/os ginecólogos del Hospital Evangélico solo asisten a la usuaria ante los casos de extrema urgencia.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

La institución cuenta con cuatro infectólogos, siete dermatólogos, 27 ginecólogos, cuatro nutricionistas y un médico de familia, destinados para la atención en VIH. No hay un servicio específico, pero ante un diagnóstico positivo se deriva directamente al infectólogo/a. Desde 2015 cuando hay una muestra reactiva en el laboratorio, es el/la infectólogo quien se comunica con la persona, lo que ha mejorado la atención.

Nunca hay discontinuidad de fármacos, es de fácil acceso en farmacia y los porcentajes de adherencia a los tratamientos son muy altos: 92 y 89% en mujeres y varones respectivamente (en salud pública, por distintos motivos, son sensiblemente menores).

Se identifica como una debilidad importante de COSEM, pero que es un problema general en el sistema de salud, el quiebre de la confidencialidad, con la persistencia del estigma hacia las personas con VIH. Algunos pacientes se han quejado por la falta de confidencialidad que se recibe en la ventanilla. En la institución no se capacita ni sensibiliza sobre VIH. Desde la Facultad de Medicina se han ofrecido cursos a la gerencia a través de la organización social Ovejas Negras, aunque no se han concretado aún.

Lo/as profesionales tienen la libertad de hacer tratamiento profilaxis pos-exposición sexual consensual para prevenir la infección (un TARV en personas negativas que funcionan con la misma lógica de las pastillas de emergencia en la anticoncepción). Sin embargo, este procedimiento no es algo que se promueva ni que haya difusión.

ESPACIO ADOLESCENTE

COSEM cuenta con un Espacio Adolescente coordinado por un especialista en Gestión de Administración de Servicios de Salud, integrante de la Dirección Técnica. El Espacio tiene un equipo de profesionales de ginecología, medicina general, pediatría, salud mental, nutrición y medicina familiar.

Los profesionales entrevistados entienden que la población adolescente cuenta con buena información sobre métodos anticonceptivos. En este sentido, la incidencia de embarazo adolescente es baja. Las problemáticas más frecuentes son las vinculadas a salud mental, desórdenes nutricionales y uso abusivo de sustancias psicotrópicas. Se ha creado un Comité de Adicciones, con una línea telefónica de atención las 24hs, que sostiene un profesional.

MÉDICA URUGUAYA – MUCAM

ESTADO DE SITUACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO

Médica Uruguaya - Corporación de Asistencia Médica (MUCAM) es una institución de servicios médicos del sistema mutual del país que cuenta con un total de 307.811 afiliaciones, representando un 8,76% del total del SNIS. De estas afiliaciones, 295.747 son por FONASA. Es la mutualista más grande del país en número de afiliados y es el segundo prestador más grande, después de ASSE²⁹.

Su sede central se ubica en Montevideo y cuenta con filiales en Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Florida, Lavalleja, Maldonado, Rocha, Río Negro, San José y Treinta y Tres³⁰.

El **Equipo Coordinador Referencial (ECR) en SSR** se conformó en 2011 para asesorar en IVE bajo ordenanza N° 369/004. Está compuesto por ginecólogos/as, psicólogas, asistente social y obstetra partera. Este equipo actualmente es el que brinda servicios en SSR e IVE y funciona en conjunto de lunes a viernes en sanatorio y sucursales, en horario matutino y vespertino.

En la sede central, el equipo funciona dos veces por semana. El resto del mes la atención se brinda en las distintas sucursales de Montevideo, trabajando en conjunto, en especial para IVE, aunque también para otros casos como disfunciones sexuales o violencia.

Se desempeña en coordinación con el equipo de violencia y las áreas de sexología y urología, dependiendo de los motivos de consulta.

NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN		
	Sanatorio	Policlínicas
Ginecólogos/as	63	50
Médicos/as de familia	0	0
Parteras	30	10
Asistentes sociales	2 (IVE)	2 (IVE)
Psicólogos/as	3 (IVE)	3 (IVE)

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

En cuanto a la atención de la violencia doméstica, hay un **equipo referente** (conformado por una médica psiquiatra, una asistente social, una licenciada en enfermería, psicólogos/as y una abogada) que funciona en el sanatorio los martes (a partir de las 13 horas), jueves y viernes (a partir de las 8 horas). El equipo se conformó en 2007.

29 Datos extraídos de <http://atuservicio.uy/>.

30 ibidem.

En materia de **atención a adolescentes** existen múltiples servicios y espacios dirigidos a esta población usuaria

El **Departamento de Afiliados** se encarga de las dudas, consultas y reclamos. Se le puede contactar por vía telefónica o en forma presencial entre las 8 y 20 horas de lunes a viernes, y de 8 a 13 horas los sábados. La **Dirección Técnica** también recepciona reclamos y referencia a los/as profesionales.

Se cumple con las guías clínicas y técnicas del MSP. Los/as coordinadores/as del área SSR en MUCAM se encargan de recibirlas, distribuirlas y garantizar su cumplimiento.

A continuación, se describe el funcionamiento en las prestaciones monitoreadas.

ANTICONCEPCIÓN

MUCAM ofrece todos los métodos anticonceptivos de la canasta básica establecida por normativa como obligatoria para los prestadores del SNIS. Los/as 63 ginecólogos/as de la institución pueden recetar ACO, condones masculinos y femeninos y anticonceptivos de emergencia. Solamente 20 de ellos/as realizan colocación de DIU.

El acceso a MAC se considera relativamente sencillo, sobre todo en lo que respecta a la repetición de métodos. Las mujeres que van para repetición son anotadas en forma supernumeraria, porque la gestión se realiza rápidamente.

NÚMERO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTREGADOS/ COLOCADOS / REALIZADOS EN 2015	
Condones masculinos	10224
Condones femeninos	0
Anticonceptivos orales	23503
Dispositivos Intrauterinos (DIU)	1585
Anticonceptivos de emergencia	64
Ligaduras tubarias	451
Vasectomías	31

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Ginecólogos/as, parteras y médico/as generales (en especial quienes trabajan con adolescentes) realizan consejería en MAC. Esta se incorpora también al apoyo y consejería de las madres lactantes.

Si bien el preservativo femenino se incluye en la consejería y se ofrece como método, falta difusión y adaptación cultural para que sea asumido como alternativa de prevención, tanto de parte de mujeres y varones como de médicos.

Los varones generalmente no llegan por el tema anticoncepción; salvo los adolescentes.

La colocación de DIU tiene un tiempo de espera de 15 a 20 días. A pesar de no ser un período extremadamente largo, le diferencia de otros prestadores, como el Hospital Policial o el HPR, que tienen lapso mínimo o nulo.

En materia de métodos irreversibles, la demora es más preocupante, ya que se requiere de 1 a 2 años de espera para la realización de ligadura tubaria, y de 6 meses a 1 año para la vasectomía.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La atención de control de embarazo la realizan los/as 63 profesionales de la ginecología del prestador, distribuidos en los distintos locales de MUCAM en el departamento. Mientras que la atención en parto y puerperio se lleva adelante en la sede central.

En promedio **hay de 5 a 12 controles de embarazo por mujer**, mientras que **los controles tras el parto incluyen uno al día siguiente, otro a la semana, y después al mes**. Casi la totalidad de las embarazadas son captadas durante el primer trimestre del embarazo. Por otro lado, la mayoría son acompañadas en el parto, lo que indica una buena estrategia de promoción de la práctica.

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS SEGÚN TRIMESTRE EN 2015

Primer trimestre	92% (4341)
Segundo trimestre	7% (326)
Tercer trimestre	0,5% (24)

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

PORCENTAJE DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO POR AÑO	
2013	99,5%
2014	99,5%
2015	99,6%

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

PROFESIONALES QUE REALIZAN ATENCIÓN EN PRE-PARTO, PARTO Y POSPARTO/PUERPERIO Y LUGAR EN QUE SE REALIZA						
	Pre-parto	Lugar	Parto	Lugar	Posparto/ puerperio	Lugar
Ginecólogos/as	22	Sanatorio	22	Sala de Parto	15	Sala de Puerperio
Parteras	8	Sanatorio	7	Sala de Parto	7	Sala de Puerperio
Enfermeros/as	3	Sanatorio	8	Sala de Parto	5-6	Sala de Puerperio

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR - MYSU 2016

En 2015 hubo 4.713 partos, 52% por parto vaginal y **48% cesáreas**. Si se observan las cifras por tramo de edad, se encuentra que las mujeres de más edad tienen más partos por cesárea que las más jóvenes. Los partos **entre niñas y adolescentes** representan un 11%. Por otro lado, en general, el trabajo de parto varía entre 4 y 18 horas.

Nº TOTAL DE NACIMIENTOS, PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS POR GRUPO DE EDAD EN 2015					
	Menores de 14 años	Entre 14 y 17 años	Entre 18 y 35 años	Mayores e 35 años	Total
Nº total de nacimientos	11	521	3499	682	4713
Nº de partos vaginales	9	329	1812	294	2444
Nº de partos por cesárea	2	192	1687	388	2269

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016

MUCAM cuenta con clases de parto que se dictan de lunes a sábado en la sede central en horario matutino, vespertino y nocturno. Las sucursales de Las Piedras, Piedras Blancas, Colón, Paso Cerro, Solymar y Pando también ofrecen clases de parto.

Las/os ginecólogos/as, parteras y enfermeras brindan asesoramiento en las distintas etapas del embarazo para dar apoyo a las mujeres y prepararlas para el puerperio. puérperas

- Durante el embarazo se imparten clases de educación para la lactancia, cuidados de recién nacidos, de la madre en posparto y anticoncepción a las mujeres.
- Durante la internación en el sanatorio, el equipo de parteras especializadas en lactancia realiza visitas diarias a las puérperas. A su vez, el/la ginecólogo/a que asistió el parto también realiza visitas y control, en el que se refuerza consejería en anticoncepción.
- Después del alta, se cuenta con talleres de apoyo a la lactancia materna que funcionan de lunes a viernes de 10 a 12 horas.

Al momento de realizar el trabajo de campo, MUCAM se encontraba en proceso de ampliación de maternidad para agregar más camas e incorporar salas de nacer. Por parte de los equipos hay promoción de parto humanizado y se pretende poder incorporar la atención de partos de bajo riesgo por parte de parteras. En este sentido, la renovación de las parteras ha resultado crucial con las nuevas generaciones planteando, en general, un enfoque de parto humanizado.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Como se mencionó antes, el ECR en SSR es el que brinda servicios en IVE y funciona de lunes a viernes en sanatorio y sucursales, en horario matutino y vespertino. En la sede central el equipo funciona dos veces por semana, mientras que el resto del mes la atención se articula en las distintas sucursales de Montevideo.

Generalmente, las mujeres llegan al equipo con paraclínica (hemograma y ecografía) realizada y a veces también con el IVE 1. En estos casos, el equipo procede a realizar IVE 2.

NÚMERO DE PROFESIONALES DESTINADOS/AS A IVE	
Profesionales	Número
Ginecólogos/as	7
Psicólogos/as	3
Asistentes sociales	2
Parteras	21

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR –MYSU 2016

Si la mujer solo llegara con los estudios, pero no con el llenado de formulario correspondiente en la primera etapa ni se le hubiera informado sobre la ley, se realizan IVE 1 y 2 en conjunto con todo el equipo. Éste ha recibido derivaciones desde Círculo Católico por IVE.

Los tiempos de espera para la paraclinica suelen ser breves. En el caso de las ecografías, al solicitarla de forma urgente en sede central no se demora más de dos horas. Estos tiempos varían considerablemente para las policlínicas periféricas ya que, como no todas cuentan con los insumos necesarios, se deriva a sede central. En cambio, realizar extracciones para el hemograma es más sencillo. Por su parte, la instancia de IVE 3 se realiza también en conjunto con todo el equipo.

Nº DE IVE REALIZADOS POR AÑO Y PROCEDIMIENTO, MUJERES QUE DESISTIERON DE ABORTAR			
AÑO	2013	2014	2015
IVE 1	s/d	s/d	s/d
IVE 2	1.022	1.197	1.235
IVE 3	932	1.084	1.135
IVE 4	530	766	686
Medicamentoso	932	1.084	1135
Legrado*	143	155	120
Nº de mujeres que desistieron de abortar	90	113	110

*No se incorporan los legrados al total de IVE 3, o se incluyen como legrados evacuatorios en el registro.

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Existe posibilidad de internación para IVE por decisión de la mujer o por razones médicas o sociales (mujeres en situación de violencia doméstica, por ejemplo). También en casos de mujeres que están sobre la finalización del plazo de las 12 semanas.

Para IVE 4 se cuenta con policlínicas específicas, que funcionan una vez por semana, cuatro horas de consulta. Estas policlínicas se encuentran al límite de capacidad y desde los/as profesionales se entiende que debería incrementarse el número de policlínicas o veces a la semana. Las/os profesionales entrevistados entienden que sería conveniente contar con más instancias de control post aborto, o al menos, que existiera la posibilidad de ofrecerlo a las mujeres. Generalmente, son 20 usuarias que van a consulta por policlínica. Esta instancia la realiza solo el/la ginecólogo/a.

La asistencia a IVE 4 ronda el 70%. Se suele dar seguimiento telefónico a las usuarias que no asisten a esta instancia, y se las llama para intentar que asistan. En policlínicas de psicología se ofrece seguimiento y apoyo psicológico post aborto a las que así lo requieran.

La totalidad de las IVE ratificadas en IVE 3 son por método medicamentoso. La técnica de AMEU no se practica por no contar con los implementos necesarios para ello, aunque de necesitarse, se realizan legrados aspiratorios en block quirúrgico.

En caso de complicaciones de IVE, se resuelven en las guardias. Para evitar cualquier tipo de problema o inconveniente, hay disponibilidad de ginecólogos/as no objetores en emergencia toda la semana, incluyendo sábados y domingos. En caso de que por algún motivo en esos días no estuviera disponible un/a ginecólogo/a no objeta/a en guardia de retén, se llama por teléfono a otro/a para atender posibles complicaciones. Esto en especial se utiliza para resolver casos en que se requiera repetición de misoprostol.

En **82% de las IVE realizadas en 2015 no se requirió repetir la medicación** y en 17% de los casos, una sola vez. Solo en 1% de los casos hubo que reiterar la dosis de misoprostol dos o más veces, con lo que se constata que el fármaco tiene el efecto y eficacia esperados.

REPETICIÓN DE MISOPROSTOL EN ABORTO MEDICAMENTOSO EN 2015			
No repite	Repite una vez	Repite dos veces	Repite tres veces o más
933	193	5	4

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

Solo se realizó una IVE por causal violación en 2015, a las 13 o 14 semanas del embarazo, y ninguna por causal salud.

En materia de privacidad de las usuarias, si bien no se ha trabajado con el resto del funcionariado sobre

este tema, en general, no se han registrado mayores dificultades. El grupo tampoco identifica problemas de estigma hacia las mujeres o profesionales que lo realizan.

A pesar de ello, se han suscitado casos en que algunos ecografistas en lugar de identificar las semanas de embarazo de una mujer como "11 semanas, +/- 1" especifican, por ejemplo, que el embarazo es de "11 semanas y 6 días" cuando esto puede complejizar el proceso de una IVE. Miembros del equipo entrevistados sostienen que algunos profesionales pueden estar "jugando" con los plazos y los documentos para dificultar y complicar el proceso para las mujeres.

En situaciones que exceden los plazos estipulados por ley se aplica la reducción de riesgos y daños establecida por la normativa 369/2004.

CIFRAS OBJECIÓN DE CONCIENCIA		
Ginecólogos/as del prestador	Objetores/as	Realizan IVE
63	17	7
Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016		

A pesar de tener un porcentaje considerablemente bajo de objeción de conciencia (27%), solamente siete profesionales realizan IVE en forma habitual, por lo que solo el 15% de los no objetores (y un 11% del total de ginecólogos/as) realiza IVE en MUCAM.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

El equipo referente en violencia doméstica está conformado por una médica, una asistente social, una licenciada en enfermería, una psicóloga y una abogada. Funciona en el sanatorio tres veces por semana.

HORARIOS DE ATENCIÓN EN VIOLENCIA DOMÉSTICA
Sanatorio. Martes, a partir de las 13 horas. Jueves y viernes, a partir de las 8 horas.

Atienden a usuarias adultas y a niños, niñas y adolescentes, aunque en general la recepción de las personas en situación de violencia se hace en modalidad de comité de recepción.

El equipo se encarga exclusivamente de atender los casos más complejos. Las consultas son gratuitas.

El equipo es de referencia para el resto de los/as profesionales y una de sus funciones principales es realizar capacitación al resto del personal, fundamentalmente, en lo que refiere a sensibilización. Organizan capacitaciones de forma constante, las que varían en su modalidad, incluyendo jornadas, charlas e instancias de capacitación bilaterales, en casos de actualización de protocolos/normativas. Algunas de las actividades de este tipo se realizan por cumplimiento de metas, otras por elaboración de protocolos de trabajo internos o por resolución institucional; varias de las instancias han sido obligatorias.

En 2015, se realizó capacitación para la actualización de protocolo de atención en violencia y en 2016 se trabajó específicamente en violencia sexual. Se realizaron jornadas de aproximadamente dos horas de duración para personal de servicios de urgencia y emergencia. Esto incluyó una presentación teórica, un espacio de consultas y dudas respecto al funcionamiento e implementación y se plantearon casos clínicos a resolver por los asistentes. A su vez, se aplicaron test pre y post instancia para evaluar conocimientos. Concurrieron 313 funcionarios/as.

Tras la capacitación, se instaló en emergencias el protocolo de actuación en casos de violencia sexual y se está implementando.

PERSONAL DEL PRESTADOR CAPACITADO EN VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL	
Personal	Número
Ginecólogos/as	17 (2015 protocolo) + 20 (2016 V.S)
Psicólogos/as	0
Asistentes sociales	2 (2015 Protocolo) + 1(2016 V.S)
Pediatras	33 (2016 V.S)
Enfermeros/as	65 (2015 Protocolo) + 78 (2016 V.S)
Personal administrativo	4 (2015 Protocolo)
Personal de recepción	0
Otros/as	Médicos generales 4 (2015 protocolo). Médicos emergencia 156 (2016 V.S). Licenciadas en enfermería 25 (2015 protocolo) + 20 (2016 V.S). Practicante de medicina 1 (2015 protocolo) + 2 (2016 V.S). Lic. en Radiología 1 (2016 V.S). Aux. de servicio 2 (2015 protocolo) + 2 (2016 V.S).

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016

MUCAM cuenta con una modalidad de intervención particular para trabajar en violencia. Existen profesionales, tanto psicólogos como psiquiatras, capacitados para trabajar específicamente en violencia con niños y niñas, con adolescentes y con mujeres. Estos profesionales articulan con el equipo encargado de supervisar, vigilar la atención y brindar apoyo. Se dispone de terapia grupal gratuita con mujeres en situación de violencia.

El equipo se encarga del vínculo el Poder Judicial y con otras instituciones, para evitar exposición de los profesionales y de las mujeres, niños, niñas y adolescentes involucrados/as. También es el equipo el que asume de la responsabilidad de elaborar y firmar informes para la Justicia. Para ello cuenta con una abogada que brinda asesoramiento legal.

CONSULTAS DE MUJERES POR VIOLENCIA DOMÉSTICA Y VIOLENCIA SEXUAL EN 2015	
	Mujeres
Violencia Doméstica	216
Violencia Sexual	14

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

MUCAM cuenta además con una modalidad de "atención en crisis", dirigido a mujeres en situaciones límites o en "estado de shock" por la violencia que padecen. con costo del tique de consulta.

La terapia para niños/as también tiene el costo del tique de consulta.

Cuando hay casos de violencia que llegan a urgencias, el equipo recibe notificación y dentro de las siguientes 24 horas uno de sus integrantes asiste para evaluar lo que sucede y para contribuir con la labor del resto de los profesionales.

El formulario de pesquisa de violencia doméstica se aplica usualmente en policlínicas de medicina general o ginecología.

N ° DE CONSULTAS REGISTRADAS Y FORMULARIOS DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA REALIZADOS			
AÑO	2013	2014	2015
Formularios de detección realizados	5% - Detectado 1.723 – Pesquisa Vigente	5% - Detectado 1.926 – Pesquisa vigente	3 % - Detectado 1.261 – Pesquisa Vigente
% de casos de violencia detectados	0.05%	0.05 %	0.03%
% de casos asistidos por el equipo especializado	1.723 / 182 0.10 %	280 + 1.261 0.14 %	260 + 1.261 0.2 %

Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR – MYSU 2016

La información de los formularios no llega al equipo, pero sí reciben estadísticas trimestrales que se elaboran para proyectar metas, incluyendo el número de formularios implementados, aquellos que identificaron casos de violencia, y los que llegaron al equipo. De acuerdo a las entrevistas, se considera que la herramienta en sí misma no es "ni buena ni mala", depende de la forma en que la han implementado en la consulta, no todos/as los/as profesionales lo aplican con la misma modalidad.

ATENCIÓN EN VIH/ITS

MUCAM cuenta con dos infectólogos que trabajan en el prestador y atienden en materia de VIH, además de otras funciones. También cuentan con un/a psicólogo/a y un/a asistente social.

Por otra parte, dermatólogos/as, ginecólogos/as, nutricionistas y médicos/as de familia trabajan en forma de interconsulta según las necesidades de cada usuario/a.

Los test rápidos y confirmatorios de VIH, así como el tratamiento antirretroviral y los controles necesarios como el recuento de CD4 y la carga viral se realizan en el sanatorio del prestador. El tiempo estimado para tener los resultados de los test rápidos y confirmatorios, así como del test de VDRL para detección de sífilis, son relativamente breves y se alinean con otros prestadores de salud.

TIEMPO DE ESPERA PARA RESULTADOS	
Resultados	Tiempo promedio estimado
Test rápido VIH	De 60 min o 24hs
Test confirmatorio VIH	20 días hábiles
Test VDRL	24 horas
Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR -MYSU 2016	

La institución cuenta, a su vez, con el kit de atención en casos de violencia sexual en puertas de emergencia, incluyendo profilácticos para evitar infección de VIH. También se dispone de profilácticos de emergencia para casos de exposición accidental laboral y medicación para evitar la transmisión vertical de VIH.

Se desconoce los porcentajes de adherencia al TARV en el prestador.

NÚMERO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH EN 2015, Y PERSONAS EN TARV EN EL PRESTADOR, POR SEXO		
	Personas diagnosticadas con VIH en 2015	Realizando TARV
Mujeres	29	172
Varones	66	392
*No se dispone información sobre personas trans.		
Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR - MYSU 2016		

NÚMERO DE CASOS REPORTADOS DE SÍFILIS EN 2015 POR SEXO	
	Casos
Mujeres	135
Varones	157
Fuente: MUCAM. Encuesta de servicios de SSR - MYSU 2016	

En 2015 se detectaron 28 casos de sífilis a mujeres durante el embarazo, siete casos de VIH durante el embarazo y siete al momento del parto.

ESPACIO ADOLESCENTE

El **Espacio Adolescente** está conformado por psicólogos/as y funciona los martes, miércoles (de 14 a 16 horas) y sábados (de 10 a 12 horas) en el Anexo 5 como parte del sanatorio. A su vez, existe un espacio de **psicoterapia grupal de adolescentes**, que funciona los días miércoles (de 16:30 a 18 horas) y está a cargo de dos psicólogos.

A su vez, los días miércoles de 19 a 21 horas, en el Área de Psicología de MUCAM (8 de Octubre 2589) se llevan adelante **talleres para padres/madres de adolescentes**, coordinados también por psicólogos/as.

SÍNTESIS DEL ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SSR Y ABORTO EN MÉDICA URUGUAYA – MUCAM

ANTICONCEPCIÓN

El acceso a MAC se considera relativamente sencillo, sobre todo en lo que respecta a la repetición de métodos. Las mujeres que van para repetición son anotadas en forma supernumeraria, ya que la receta de repetición se realiza de forma rápida.

La colocación de DIU tiene un tiempo de espera de 15 a 20 días. A pesar de no ser un período extremadamente largo, le diferencia de otros prestadores con tiempo de espera mínimo o nulo.

En materia de métodos irreversibles, la espera es más significativa, ya que se requiere de 1 a 2 años de espera para la realización de ligadura tubaria, y de 6 meses a 1 año para realización de vasectomía.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En promedio, se realizan de 5 a 12 controles de embarazo por mujer, mientras que los chequeos tras el parto incluyen uno al día siguiente, otro a la semana, y después al mes. La captación temprana de las mujeres es elevada, con casi la totalidad de las embarazadas captadas durante el primer trimestre del embarazo (92%).

En 2015 hubo 4.713 partos en MUCAM, un 52% fueron por parto natural y un 48% cesáreas. Este valor se corresponde con el 48% identificado para 2016. Si se observan las cifras por tramo de edad, destaca que a las mujeres de más edad se les practican más cesáreas, que a las más jóvenes. El peso de las niñas y adolescentes es de un 11% del total de los partos.

El acompañamiento en el parto es una realidad casi en la totalidad de éstos, por lo que no pareciera haber inconvenientes en ese sentido.

MUCAM cuenta con clases de parto. En la sede central se dictan de lunes a sábado y se cuenta con horario matutino, vespertino y nocturno. Las sucursales de Las Piedras, Piedras Blancas, Colón, Paso Cerro, Solymar y Pando también brindan clases de parto. La oferta es extendida.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Los tiempos de espera para la paraclínica suelen ser breves. En el caso de las ecografías, en general no demoran más de 2 horas en sede central al solicitarla de forma urgente. Estos tiempos varían considerablemente para las policlínicas periféricas y, generalmente, se deriva a sede central, pues no todas las policlínicas cuentan con los insumos suficientes, en especial para ecografías.

Existe posibilidad de internación para IVE por decisión de la mujer o por razones médicas o sociales (mujeres en situación de violencia doméstica, por ejemplo). También en casos de mujeres que están muy sobre el plazo de las 12 semanas.

Para IVE 4 se cuenta con policlínicas específicas, que funcionan una vez por semana, cuatro horas de consulta. Los/as profesionales entienden que debería incrementarse el número de policlínicas o veces a la semana debido a que consideran que están al límite de la capacidad.

La totalidad de las IVE ratificadas en IVE 3 se realizan por método medicamentoso. La técnica de AMEU no se realiza por no contarse con los implementos necesarios para ello, aunque sí se realizan legrados aspiratorios en block quirúrgico de necesitarse.

En el 82% de las IVE realizadas en 2015, no fue necesario repetir la medicación. En 17% de los casos se reiteró una sola vez, por lo que el 99% de las mujeres no necesitaron volver a usar misoprostol o solo lo fue necesario usarlo dos veces. Solo en 1% de los casos se repitió dos o más veces, lo cual se destaca como positivo pues indica que la medicación está teniendo el efecto esperado y no se está haciendo uso abusivo de ésta.

Solo el 15% de los/as ginecólogos/as no objetores/as (que representan el 11% del total de ginecólogos/as) realiza IVE en MUCAM.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

El equipo referente en violencia doméstica lo es efectivamente para el resto de los/as profesionales de la salud. Las capacitaciones que realizan son constantes y varían en su modalidad, incluyendo jornadas, charlas e instancias de capacitación bilaterales, en casos de actualización de protocolos/normativas.

Existen profesionales, tanto psicólogos como psiquiatras, capacitados para trabajar específicamente en violencia con niños y niñas, con adolescentes y con mujeres. Estos profesionales articulan con el equipo, que se encarga de supervisar y vigilar la atención, así como brindar apoyo.

El equipo maneja el vínculo con el Poder Judicial y con otras instituciones, sin involucrar a los terapeutas, para evitar exposición de los profesionales y de las mujeres, niños, niñas y adolescente. En caso de tener que elaborar informes para la Justicia, el equipo lo firma como profesionales a cargo. La abogada del equipo contribuye con la elaboración de los informes y brinda asesoramiento legal.

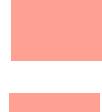
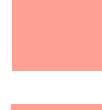
ATENCIÓN EN VIH/ITS

Los test rápidos y confirmatorios de VIH, así como el tratamiento antirretroviral y los controles necesarios como el recuento de CD4 y la carga viral se realizan en el sanatorio del prestador. El tiempo estimado para tener los resultados de los test rápidos (de una hora a un día) y confirmatorios (de 15 a 20 días), así como del test de VDRL (un día) para detección de sífilis son relativamente breves y se alinean con otros prestadores de salud.

ESPACIO ADOLESCENTE

El Espacio Adolescente está conformado por psicólogos/as y funciona los martes, miércoles (de 14 a 16 horas) y sábados (de 10 a 12 horas) en el Anexo 5, como parte del sanatorio. A su vez, existe un espacio de psicoterapia grupal de adolescentes, que funciona los miércoles (de 16:30 a 18 horas) y se encuentra a cargo de dos psicólogos.

REFLEXIONES FINALES



El estudio realizado en Montevideo confirma situaciones similares a las que se encontraron en otros departamentos del país con respecto a la puesta en marcha de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención legal del aborto. Pero también se identifican particularidades y condiciones específicas. Destaca la situación de Montevideo, en tanto capital del país, que concentra casi la mitad de la población, es sede de las autoridades sanitarias nacionales y aloja las principales instituciones públicas y mutuales de salud.

Como se ha afirmado en estudios anteriores del Observatorio de MYSU, el país ha avanzado en la promulgación de leyes y en la implementación de servicios en SSR, que procuran reconocer y respetar el ejercicio de los DSR de la población. En el seguimiento de la implementación de estas políticas, se identifica el funcionamiento de estos servicios en base al esquema de atención del SNIS, con carácter de prestaciones obligatorias para todas sus instituciones afiliadas, sean éstas de carácter público o de gestión privada, a través de las IAMC. En las localidades estudiadas desde 2013, en 10 de los 19 departamentos del país, se constata que existe atención de la salud sexual y reproductiva en las dimensiones definidas para el monitoreo: anticoncepción; control de embarazo, parto y puerperio; aborto; violencia doméstica y sexual; ITS /VIH y servicios para adolescentes.

En los relevamientos realizados, también se identificaron obstáculos y vacíos que actúan como barreras para el acceso universal y problemas en la calidad de la atención, que deberían ser corregidos para mejorar la perspectiva de derechos y equidad de género en la política de salud.

Se ha detectado un déficit en el control y cumplimiento de normas y guías que regulan la implantación de estos servicios, hay una diversidad de maneras de organizarlos por parte de las instituciones, yendo en detrimento del fácil acceso para la población y la apropiada divulgación. No siempre las necesidades de las personas encuentran la adecuada respuesta por parte de las instituciones, ni la oferta de los servicios es debidamente difundida.

Hay una debilidad significativa en el **abordaje integral de las prestaciones en SSR**. La atención se ha restringido a brindar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo y, en menor medida, al de anticoncepción, mientras que son excepcionales aquellos centros de salud que atienden integralmente las diversas dimensiones vinculadas al ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas. Los servicios siguen siendo pensados y organizados de manera vertical y las problemáticas que afectan a la salud de las mujeres en este campo, no se abordan generalmente con un enfoque multidimensional, transdisciplinario e interinstitucional.

Los servicios de SSR siguen siendo dirigidos, pensados y organizados para atender a las mujeres como lo evidenciaron estudios anteriores en otros departamentos del país. (MYSU, 2013, 2014 y 2015).

Los mayores avances se registran en **materia de aborto**, por ser el servicio que se incorporó más tarde dentro de las prestaciones en SSR pero que más atención concentró por parte de los diversos actores involucrados en el debate político que dio lugar al cambio legal.

Montevideo cuenta con arreglos institucionales diversos respecto a la prestación de aborto, que claramente responden no solo a las dimensiones del departamento, sino a las diferencias entre los prestadores. El Hospital de la Mujer y Médica Uruguaya cuentan con la mayor dedicación de recursos humanos y horas de policlínica para la atención en IVE, ser los prestadores más grandes, no solo dentro de los cuatro centros monitoreados, sino del país. De lunes a viernes, existe algún servicio que está funcionando, tanto por la mañana como por la tarde, para atender a las mujeres que necesiten recurrir a ellos. COSEM y el Hospital Policial tienen una oferta horaria más acotada, pero que parece estar funcionando de forma adecuada.

El **número de abortos** ha aumentado en cada año, aunque aún las cifras alcanzadas no llegan a superar algo más de la mitad de las estimaciones más bajas de abortos cuando su práctica era totalmente clandestina. El aumento de cada año parece deberse más a la difusión y conocimiento de los servicios por parte de las mujeres que lo requieren, contradiciendo las predicciones de los sectores opositores al cambio normativo que sugerían que se dispararía la cantidad de mujeres que abortarían al no haber impedimentos legales. Según datos del MSP, en 2015 en todo el país hubo 9.362 abortos legales, enlenteciéndose el crecimiento en relación con el registrado entre 2014 (cuando hubo 8.537 IVE) y 2013 (con 7.171). Este enlentecimiento se registra nuevamente al observar las cifras de 2016: el número de abortos crece hasta 9.719.

En 2016, el mayor porcentaje también fue en Montevideo (57%), aunque bajó en relación a 2013 (62%), emparejándose el porcentaje con el resto del país, que fue de 38% en 2013 a 43% en 2015. La cobertura estuvo dividida casi a medias entre el sistema privado (47%) y el público (53%), y se revierte la tendencia del primer año de implementación en el que los porcentajes fueron del 55% y 45% respectivamente, con más abortos en el subsistema público que en el privado.

Este crecimiento año a año se refleja también en las cifras de los prestadores monitoreados, tanto en el interior del país como en Montevideo, lo que continúa las tendencias nacionales. Si bien aumentan de forma diferencial en el territorio, se traducen en cambios reales en las distintas localidades.

En general, los **equipos coordinadores referenciales en SSR** han perdido su función coordinadora para convertirse en los que brindan la atención directa, particularmente, en aborto. Esto es particularmente notorio en los servicios del interior del país, pero no en forma exclusiva. Esta situación debería alertar a las autoridades correspondientes, dado que se pierde la concepción integral de la atención en SSR en la que debía inscribirse la IVE. Asimismo, muchas veces es un/a **único/a profesional quien brinda el servicio en un prestador** o, incluso, en todo el departamento, lo que genera dependencia de ese profesional por parte del servicio. Por ejemplo, en el departamento de Rocha, hay solo una asistente social que trabaja en IVE para todo ASSE. En Cerro Largo, si bien hay un servicio de SSR en la localidad de Río Branco donde se realiza IVE, la asistencia del profesional en ginecología solo se asegura algunos días del mes, por lo cual el resto del mes las mujeres son derivadas a la ciudad de Melo, a 80 kilómetros de distancia. Estas situaciones también se traducen en derivaciones a Montevideo, en especial al Hospital de la Mujer, lo que termina generando una sobrecarga del servicio público en aborto y SSR del país³¹.

³¹ Ver estudio: Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos de Cerro Largo y Rocha.

La cantidad de profesionales objetores de conciencia no pudo determinarse en el departamento de Montevideo porque no fue posible acceder a la nómina que adhirió al recurso. La resolución del TCA determinó que debe preservarse la confidencialidad sobre los nombres de dichos profesionales. Sin embargo, el relevamiento en terreno sí permitió al Observatorio identificar cuántos son los profesionales que efectivamente están brindando y en qué lugares no hay disponibilidad óptima de recursos humanos.

Asimismo, contar con porcentajes de objeción de conciencia bajos no garantiza la existencia de una gran cantidad de recursos humanos disponible. En tres de las cuatro instituciones monitoreadas en Montevideo se observa que, si bien los profesionales que realizan objeción de conciencia son menos de la mitad, los servicios de IVE terminan sosteniéndose en una cantidad ínfima de profesionales (30% en COSEM; 0,5% en el Hospital Policial; 11% en MUCAM), mientras que cantidades considerables de no objetores no realizan IVE. Esto refleja similitudes con servicios del interior que terminan dependiendo de voluntades individuales, recargando el peso de todo un servicio sobre unos pocos profesionales. A veces, incluso, para todo el departamento, como en el caso de Rivera, donde solo un profesional de la ginecología sostiene todo el año el servicio conjunto de los tres prestadores (ASSE, COMERI y CASMER).

Por su parte, la modificación reglamentaria sobre los servicios de IVE que el Ministerio de Salud debió realizar a partir del fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) anuló artículos que flexibilizan la manera en que las instituciones podían organizar el funcionamiento del servicio. Con la nueva ordenanza, el equipo multidisciplinario con los tres profesionales designados por la ley (de salud mental, ciencias sociales y ginecología) debe funcionar conjunta y simultáneamente cuando en la realidad, en la mayoría de los centros de salud monitoreados –particularmente del interior del país– los profesionales intervienen de forma conjunta pero consecutiva debido a que son pocos para cubrir el servicio y con horarios restringidos por los múltiples lugares de trabajo en los que desempeñan sus tareas.

Para todas las instituciones monitoreadas no se justifica tener todos los días un equipo de estas características a disposición, particularmente en localidades con bajo número de consultas en SSR y aborto. Algunos equipos del interior del país registran un promedio de tres a cuatro consultas de IVE por semana, y las cifras también son bajas para centros de Montevideo como el Hospital Policial. El HPR, cuyo número de usuarias amerita de equipos que funcionen diariamente, los fines de semana tiene dificultades para disponer de todos los profesionales que la atención de IVE requiere. Las condiciones estipuladas que establece la nueva ordenanza, en base a la interpretación más conservadora de la ley que el tribunal administrativo determinó en su fallo, no llegan para facilitar los servicios ni mejorar las condiciones que faciliten su universalización. Habrá muchas localidades y servicios de salud que no tendrán los recursos profesionales ni financieros suficientes para cumplir con las condiciones que exige la ley. Por lo tanto, las mujeres que viven en esas localidades, o son atendidas por esos servicios o tendrán que trasladarse hacia otros lugares del país para acceder a un servicio que debería estar disponible en el primer nivel de atención, en el centro de salud más cercano.

Poner barreras innecesarias al funcionamiento de los recientes servicios de aborto no es una medida alentadora dado que éstos ya tienen requisitos que cumplir y deberían estar disponibles para las mujeres sin demoras. Los plazos son acotados para que no se ejecute la pena del delito de aborto que aún sigue

vigente en el Código Penal. La Ley Nº 18987 regula la IVE por plazos, pero pone muchas condiciones y, por lo tanto, toda demora hace que las 12 semanas puedan superarse fácilmente (por lo que, quedan las mujeres nuevamente fuera del sistema de salud para resolver la situación). La respuesta de los servicios de salud cuando no se produjo el aborto en el plazo estipulado es la reducción de riesgo y daños, el modelo de atención pre y post aborto, con la diferencia de que la mujer transitará por la clandestinidad para realizar el aborto con más de 13 semanas de gestación incrementando los riesgos. La muerte por aborto registrada en febrero de 2016 en el Hospital de Maldonado demuestra que los riesgos de la práctica clandestina persisten y con resultados muy graves.

Son muy pocos los datos disponibles sobre abortos en el segundo trimestre por embarazos producto de violación o por causales como la malformación fetal incompatible con la vida extrauterina, o ante riesgo de salud para la mujer.

En general, es bajo el número de consultas post aborto (identificados como IVE 4) en particular en los servicios de ASSE (el HPR tiene solamente un 36% de llegada a consulta, por más que existen diversos factores que impactan en la cifra), aunque hay excepciones como la del Hospital del Chuy³², en el que prácticamente el total de mujeres han asistido a dicha consulta. Sin embargo, preocupa el significativo número de mujeres que no asisten al control luego de haber abortado, lo que no asegura que reciban el asesoramiento y la provisión anticonceptiva que pudieran requerir, además de exponerlas a complicaciones no controladas a tiempo. Se vuelve a constatar una fuerte debilidad en la promoción y difusión de estos servicios, lo que no contribuye a que las mujeres que lo requieren sepan de su disponibilidad y conozcan los plazos y condiciones que los regulan.

En relación con las otras prestaciones en SSR que fueron monitoreadas, se identifican mejoras en los servicios de **anticoncepción**, en particular, en la reversible, dado que se ha diversificado el tipo de métodos disponible con la incorporación de los implantes subdérmicos que ya están disponibles en los servicios públicos y que también estarán en las mutualistas, de acuerdo a lo resuelto por el MSP al finalizar 2016. También hay mayor disponibilidad de condones femeninos, aunque ha sido débil la difusión sobre su uso y la promoción por parte de las instituciones de salud. Los preservativos masculinos y los anticonceptivos orales siguen predominando en la opción contraceptiva de las mujeres de acuerdo a la información relevada, mientras que se constata una sostenida disminución en el uso de dispositivos intrauterinos.

Los métodos irreversibles tienen mayor demanda en las mujeres que en los varones, aunque no es un método que cuya solicitud haya aumentado significativamente. En la revisión de normativas que realizó el Observatorio, se detectó que en la implementación de la anticoncepción irreversible se habilitaba la objeción de conciencia para los profesionales, lo que fue advertido a las autoridades ministeriales a través de la Comisión Nacional Asesora en SSR que MYSU integra. El MSP rectificó su resolución y emitió un comunicado al cuerpo médico en el que se expresa que las prestaciones de ligadura tubaria y vasectomía no habilitan la objeción de conciencia y que los únicos requisitos para ser aplicadas son

³² Ver estudio: Estado de situación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y aborto en los departamentos de Cerro Largo y Rocha.

la mayoría de edad de la persona que lo solicita y la firma de un consentimiento informado. De todas formas, hay resistencia de algunos profesionales ante estos métodos y el monitoreo ha registrado situaciones en las que no se cumple con los dispuesto en las guías clínicas ministeriales. Las vasectomías siguen siendo muy escasas y, sin dudas, existe un vínculo entre el bajo número de éstas y la persistencia de los paradigmas de atención materno-infantil y planificación familiar, que colocan en las mujeres el peso de las decisiones reproductivas, en particular, lo que tiene que ver con la anticoncepción.

Estos servicios tampoco tienen una difusión adecuada y es escaso el material y los dispositivos de información sobre la canasta de métodos anticonceptivos disponible y la promoción para su uso.

Los Espacios Adolescentes o las policlínicas de atención para adolescentes son de innegable importancia, si allí se trabaja adecuadamente la promoción y articulación de los dispositivos que acerquen la información y la atención en SSR a varones y mujeres que transitan por esta particular etapa de la vida. Esos servicios no siempre están presentes en los centros de salud e instituciones relevadas, no cuentan con los insumos más adecuados para la tarea de promoción y prevención y no son lugares identificados como de referencia por la población etaria, que debería satisfacer allí parte de sus demandas y requerimientos en SSR.

Estos servicios parecen estar dando señales de mejoras en los últimos años, aunque el foco en SSR suele seguir estando situado en el combate del embarazo adolescente. Debe rescatarse como positivo, sin embargo, que estos espacios suelen ser una de las pocas vías por las que los varones llegan y consultan sobre temas de SSR, especialmente anticoncepción, lo que en el largo plazo, y si se incorporaran con mayor peso otras dimensiones de la SSR, podría contribuir a la superación del bagaje cultural que se sigue arrastrando del viejo modelo de atención materno-infantil, que aún impregna el imaginario colectivo y sitúa el peso de la SSR sobre los hombros de las mujeres.

En cuanto a la atención de VIH, es destacable el incremento en la promoción y acceso a test rápidos de detección a través de policlínicas urbanas, periféricas y rurales, así como la mejora en el acceso a test confirmatorios en los laboratorios de los hospitales principales de cada departamento. Podría y debería mejorarse la difusión de la prevención en VIH con campañas que reiteren las formas de trasmisión y promuevan el autocuidado y la adecuada protección en las relaciones sexuales. Las acciones informativas que se detectaron en los servicios relevados, raras veces superan las fechas conmemorativas con intervenciones puntuales y restringidas.

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 antirretroviral que reduce la transmisión al feto. En general, reciben este tratamiento en los centros de salud en el que controlan el embarazo y no requieren traslado, lo que reduce riesgos innecesarios y costos.

En cuanto a la atención durante el **embarazo, parto y puerperio**, se reitera las diferencias en la incidencia de cesáreas entre el sector público y el mutual. El Hospital de la Mujer, así como también ocurre en los servicios de ASSE de Cerro Largo y Rocha que se abordan en los otros informes, cuenta

con una maternidad que promueve el parto humanizado y tiene números de cesárea que lo ubica en torno al promedio nacional de 31,5% reportados para el subsistema público. Los mutuales mantienen un porcentaje mayor alcanzando el 50,4%. La reducción de las cesáreas innecesarias es una meta para los objetivos sanitarios planteados por el MSP para este quinquenio y, si bien aún no puede medirse en los servicios el efecto de dicha decisión, se constata un clima de adhesión para revertir estos porcentajes con un discurso que reconoce el derecho de la mujer a vivir su parto en la forma que le resulte más cómoda, amigable y satisfactoria. En el interior del país las parteras continúan a cargo de los partos normales y son las profesionales que acompañan mejor a la mujer durante el control del embarazo, la preparación y el trabajo de parto, así como en el puerperio.

Como ya ha sido señalado en los estudios realizados en otros departamentos, hay un importante déficit de la atención en **violencia doméstica y sexual**, particularmente en los servicios públicos de salud. En ASSE no siempre se registra la existencia del equipo profesional que debería encargarse, mientras que sí están presentes en los prestadores mutuales de salud. La conformación de los equipos de VD forma parte de las cápitulas por meta asistencial que las instituciones mutuales reportan rigurosamente. Sin embargo, este mecanismo no funciona de igual manera para los servicios estatales. En los departamentos del interior del país se registra que profesionales del área de salud mental realizan derivaciones y articulaciones con los servicios de atención a violencia basada en género del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres).

Por su parte, equipos de referencia como el de MUCAM, en Montevideo, así como la iniciativa de la Comisión de Género del Hospital Policial, con énfasis en la referencia, la capacitación y la evaluación del funcionamiento y la implementación de los servicios en materia de violencia basada en género y otras dimensiones de la inequidad de género, ofrecen planteos novedosos y más en línea con el rol fundamental sobre el que se pensaron los espacios y equipos multidisciplinarios para trabajar en violencia en el sector salud.

En cuanto a la **violencia sexual**, se identificaron dificultades en los distintos prestadores relevados, como la falta de un protocolo de atención adecuado que involucre la capacitación de todo el personal afectado, incluyendo quienes realizan tareas administrativas y de recepción. Por otra parte, la formación para atender a las mujeres en situaciones de violencia basada en género es irregular y los servicios no siempre cuentan con el personal debidamente preparado para dar una respuesta adecuada, eficiente y que no revictimice o desconfie del relato de la mujer afectada.

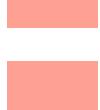
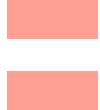
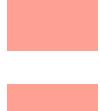
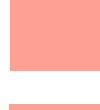
La realización del monitoreo como mecanismo de seguimiento al cumplimiento de los compromisos del Estado uruguayo frente a convenciones y compromisos del Sistema de Naciones Unidas demuestra ser una herramienta útil. Ha permitido identificar los avances registrados en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, así como brechas de desigualdad en el acceso y en el ejercicio de estos derechos por parte de la totalidad de la población, que el sistema de salud y el Estado uruguayo debe enfrentar.

RECOMENDACIONES

- Los Equipos Coordinadores de Referencia (ECR) deben cumplir con su rol específico de coordinación, tal como lo establece la normativa, y no ser únicamente un equipo de atención directa. Ese rol coordinador es un elemento clave para promover la integralidad de la atención en salud sexual y reproductiva en sus diversos componentes y requerimientos acorde a la edad, el sexo/género, la orientación sexual, la identidad de género y el nivel socio-educativo de la población usuaria.
- Para evitar la fragmentación de la atención y el estigma asociado a la práctica del aborto, los equipos de SSR deben atender todas las dimensiones de la SSR con una concepción integral y basada en derechos.
- Las instituciones deben difundir información sobre los servicios legales de aborto, informando a la población sobre sus características y restricciones. Asimismo, garantizar la confidencialidad y privacidad a las mujeres que transitan por un proceso de IVE.
- Los prestadores de salud deben asegurar una atención de buena calidad a las mujeres durante el control del embarazo, el proceso de parto y el puerperio, garantizando la provisión de estos servicios con profesionales y recursos materiales necesarios para cumplir adecuadamente con dichas prestaciones en todo el país.
- Dada las dificultades registradas en muchos de los prestadores públicos y mutuales, para cumplir con las nuevas ordenanzas que reglamentan los servicios de IVE, se recomienda revisar y erradicar los obstáculos impuestos por las normas que imposibilitan su debido cumplimiento y el acceso universal a estos servicios.
- Todos los prestadores de salud, en particular los servicios públicos, deben contar con equipo referente en violencia doméstica y sexual. Estos pueden realizar atención directa, pero fundamentalmente, cumplir una función de referencia y contra-referencia que permita el abordaje interinstitucional e interdisciplinario ante las situaciones de violencia contra las mujeres basada en género.
- Deben fortalecerse los mecanismos de capacitación permanente para los profesionales y personal que trabaja en la salud, con el fin de brindar una adecuada atención ante las situaciones de violencia doméstica y sexual. Se deberían generar los mecanismos de contralor que aseguren intervenciones ajustadas a protocolos y guías clínicas. Resulta imprescindible que las instituciones cuenten con el kit para casos de violencia sexual, que permita la prevención de ITS/SIDA y de embarazos no deseados, así como la atención integral que asegure la adecuada protección y reparación de las mujeres víctimas de violencia.
- Se requiere mayor disponibilidad de profesionales para acceder a consultas de asesoramiento en métodos anticonceptivos, ya que se constata que en muchas situaciones los métodos están disponibles, pero no hay suficientes recursos humanos capacitados para brindar el adecuado asesoramiento.
- En esa línea, se recomienda emprender mecanismos innovadores para difundir información sobre métodos anticonceptivos, ya que persisten importantes carencias en este campo. Muchas veces no se conoce la oferta disponible de métodos y, en otras, no se hace un uso correcto de éstos.

- Debe promoverse la plena integración de las parteras en los equipos de SSR debido a su papel fundamental en este tipo de atención, particularmente, en embarazos y partos de bajo riesgo, métodos anticonceptivos e IVE.
- Se requiere un rol activo de los prestadores de salud en la tarea de promover la preventión de ITS y su articulación con otras dimensiones y situaciones de la SSR como, por ejemplo, en el vínculo entre mujeres con VIH y violencia, embarazo, aborto y lactancia. Las campañas deben estar presentes en la atención cotidiana y no restringirse únicamente a las fechas conmemorativas.
- Es muy necesario mejorar el sistema de información y procesamiento de datos en los distintos componentes de la SSR, con el fin de generar las condiciones que permitan evaluar el proceso de implementación, funcionamiento y desempeño de los equipos y de resultados de los servicios brindados, incluyendo la calidad de la atención con una perspectiva de la población usuaria.
- Es importante asegurar los insumos, la difusión de los servicios y la promoción de derechos a través de estrategias de divulgación que permitan informar sobre la oferta de servicios y asegurar la satisfacción de la demanda en base a la adecuada identificación de requerimientos y necesidades de mujeres y varones de todas las edades y condiciones.

BIBLIOGRAFÍA



Calvo, J. (coord.). (2013a) Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 1. Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011, INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA. Montevideo

Calvo, J. (coord.) (2013b) Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. La Fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo, INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA. Montevideo

Castro, R. (2010) Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En: Castro, R y A. López Gómez (Ed) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República, CRIM – Universidad Autónoma de México.

CEPAL (2013) Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.

Grindle, M. (2009) La brecha de la implementación. En Mariñez Navarro F. et al.,coords. Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación. México

INE (2012) Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. INE, Montevideo.

INE (2014a) Uruguay en Cifras 2014. Montevideo

INE (2014b) Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013. Montevideo

López Gómez, A. y Varela Petito, C. (coord.) (2016) Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas. Montevideo: UNFPA, UdelarR.

MI (2015) Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior, División de Estadísticas y Análisis Estratégico. Montevideo.

MI (2016) Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior, División de Estadísticas y Análisis Estratégico. Montevideo.

MSP (2013) Informe epidemiológico de VIH/SIDA - diciembre 2013. Ministerio de Salud Pública, Montevideo.

MSP (2015a) Informe epidemiológico de VIH/SIDA - diciembre 2015. Ministerio de Salud Pública, Montevideo.

MSP (2015b) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo

MSP (2016) Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay. Período 2013-2015. Montevideo. Documento inédito

MYSU (2013a) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas. Montevideo: MYSU.

MYSU (2013b) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo: MYSU.

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

MYSU (2015a) Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en varones uruguayos. Un análisis de resultados del estudio 2012-2013. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva - MYSU, Montevideo.

MYSU (2015b) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2014-2015: Estado de situación de los servicios en salud sexual y reproductiva en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Montevideo, MYSU.

MYSU (2015c) Monitoreo VIH y Violencia contra las mujeres. Situación de las dos pandemias en Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay. Informe Uruguay.

MYSU (2016) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2015-2016: Estado de situación de los servicios en salud sexual y reproductiva en los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera. Montevideo, MYSU.

OPP-MIDES (2015) Reporte Uruguay. Presidencia de la República, Montevideo.

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

Sitios web consultados

Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE): <http://www.asse.com.uy>

Catálogo Nacional de Datos Abiertos: <https://catalogodatos.gub.uy>

Centro de Información Oficial (IMPO): <http://www.impo.com.uy/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): <http://www.cepal.org/>

Iniciativas Sanitarias: <http://www.iniciativas.org.uy>

Instituto Nacional de Estadísticas (INE): <http://www.ine.gub.uy/>

Ministerio de Salud Pública (MSP): <http://www.msp.gub.uy/>

Ministerio del Interior (MI): <http://www.minterior.gub.uy>

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP): <http://www.opp.gub.uy/>

Parlamento Uruguayo: <https://parlamento.gub.uy/>

Presidencia de la República: <http://www.presi>

MYSU MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Esta publicación fue realizada con el apoyo de



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Naciones Unidas Uruguay
Unidos en la Acción