

OBSERVATORIO NACIONAL

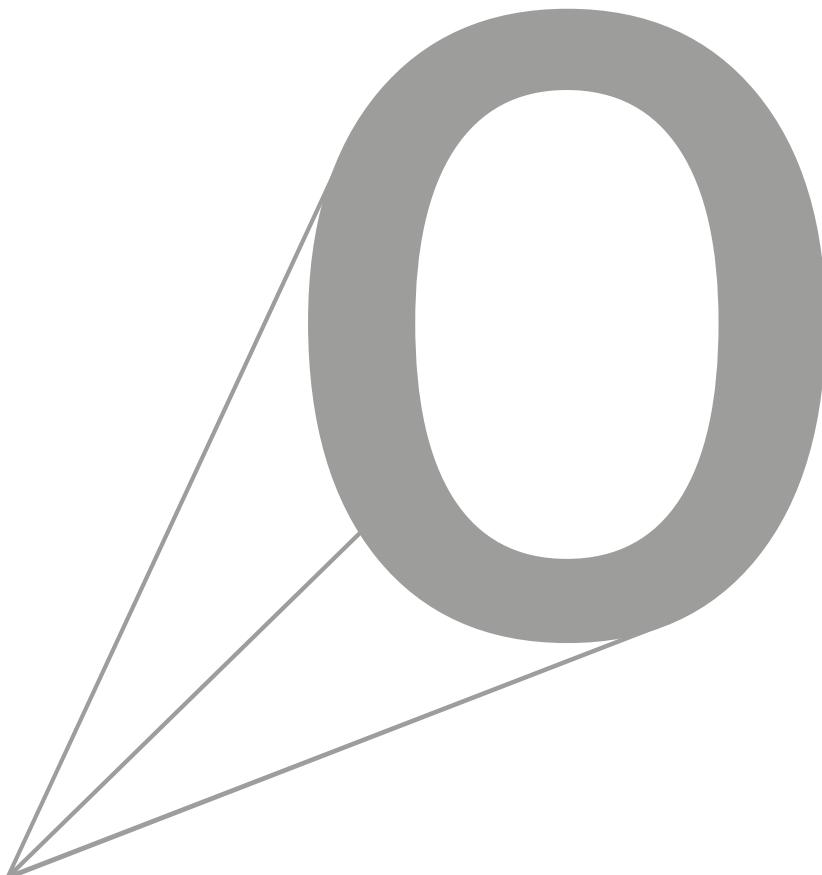
EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY



Informe
2016

ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y
ABORTO EN EL DEPARTAMENTO
DE CERRO LARGO Y ROCHA

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 LOS DEPARTAMENTOS
DE CERRO LARGO Y ROCHA

© 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: Montini Diseño
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
Métodos utilizados	33
Proceso de relevamiento de la información.....	33
ESTADO DE SITUACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE CERRO LARGO	35
Organización de los servicios.....	38
Anticoncepción	40
Embarazo, parto y puerperio	41
Interrupción voluntaria del embarazo	43
Violencia doméstica y sexual	46
VIH y otras ITS	48
Otras prestaciones	49
Síntesis del departamento de Cerro Largo.....	50
ESTADO DE SITUACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ROCHA.....	51
Organización de los servicios.....	54
Anticoncepción	57
Embarazo, parto y puerperio	60
Interrupción voluntaria del embarazo	64
Violencia doméstica y sexual	68
VIH y otras ITS	69
Otras prestaciones	71
Síntesis del departamento de Rocha	72
Experiencias y percepciones de mujeres y varones con cobertura de salud en Cerro Largo y Rocha	73
REFLEXIONES FINALES	83
RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA	95
Sitios web consultados.....	98

LISTA DE ACRÓNIMOS

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

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 Nº 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 génito-mamario; atención en climaterio y menopausia; atención, detección y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH; atención a mujeres en situación de violencia doméstica; y atención integral a población adolescente.

Por su parte, en 2012 se aprobó la **Ley Nº 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 Nº 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. Con este estudio, esta línea de monitoreo completa **10 de los 19 departamentos del país¹**, seleccionados a partir de criterios socio-demográficos y realidades particulares detectadas en el campo de la salud y los DSR. En 2016 los estudios abarcaron los servicios de SSR en los departamentos de **Montevideo, Cerro Largo y Rocha**.

El monitoreo de la respuesta de la atención en SSR incluyó los servicios de anticoncepción; embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo (IVE); infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH); y violencia doméstica y sexual. También se relevaron los Espacios Adolescentes por el grado

¹ Desde 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.

de importancia que deben cumplir en la atención específica de la SSR de esta población. Las prestaciones monitoreadas representan **dos tercios** de las prestaciones en SSR definidas por la normativa nacional².

En el estudio se incluyeron las instituciones públicas y mutuales Cerro Largo y Rocha. Se seleccionaron los prestadores con mayor número de personas usuarias: Administración de los Seguros del Estado (ASSE) y la Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL); por su parte, en Rocha, ASSE y el Colectivo Médico Rochense (COMERO). En este informe se incluye tanto el relevamiento de la información obtenida en estas instituciones, como las encuestas efectuadas a varones y mujeres que usan los servicios de estos dos departamentos.

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.

Esto implicó, por ejemplo, que el Observatorio de MYSU no se pudiese acceder en estos tres departamentos estudiados a la nómina de profesionales de la ginecología e identificar quienes han adherido al recurso de objeción de conciencia, dado que debe protegerse su voluntad y por lo tanto no puede evidenciarse sus nombres para calcular el porcentaje de profesionales objetores sobre el total de profesionales disponibles en el departamento. También hubo que adecuar el relevamiento de la información para determinar el grado de cumplimiento de las normas, al mismo tiempo que las instituciones eran informadas de los cambios que debían procesar en la organización de los servicios, en base a las nuevas ordenanzas que el Ministerio de Salud emitió en el primer semestre del año para adecuar los servicios legales de aborto en función del fallo administrativo.

Los resultados obtenidos en esta línea de trabajo han sido publicados en informes anuales que están disponibles en el sitio web institucional. Fueron presentados a autoridades de salud, nacionales y departamentales, a jefes de gobiernos de las localidades estudiadas, así como a los equipos profesionales y decisores de las instituciones relevadas. Fueron producidos además materiales de divulgación dirigidos a diversos públicos que han sido utilizados por medios de comunicación y por las organizaciones sociales para la fundamentación de sus demandas. Los estudios del Observatorio de MYSU han sido utilizados para la elaboración de posicionamientos e informes del país ante diversas instancias del sistema regional e internacional de Derechos Humanos.

2 Mediante las leyes Nº 18426, Nº 18987 y Nº 19167, en el presente monitoreo no se incluye 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 Nº 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 terreno novedoso de la política pública como es el de las prestaciones en salud sexual y reproductiva es muy necesario y de utilidad para los diversos actores en juego. El campo de los derechos sexuales y reproductivos es un terreno en conflicto, donde 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 abren la necesidad de generar los insumos para la definición de políticas adecuadas y acciones que cumplan con dichos compromisos. Con el propósito de contribuir a este proceso es que MYSU lleva adelante la tarea del Observatorio porque apuesta a conocer mejor la realidad para cambiarla con el fin de reducir hasta erradicar todas las brechas de desigualdad que generan sufrimiento, discriminación y vulneración de derechos, en particular, sobre la salud y la vida de las mujeres pero también sobre la otra mitad de la población.

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 por la confianza y por su apuesta a fortalecer el aporte calificado y el buen desempeño de organizaciones sociales como MYSU. Sin este apoyo todo sería más difícil o casi imposible.

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 se realiza.

A las mujeres y varones que aceptaron participar de las entrevistas y compartieron sus experiencias, impresiones, conocimientos y percepciones sobre lo que sucede en la respuesta a sus necesidades en salud y derechos sexuales y reproductivos, mil gracias. Sabemos que no siempre es fácil hablar de las prácticas sexuales y decisiones reproductivas y que, muchas veces, esto puede significar revivir situaciones dolorosas. Sin embargo, estuvieron disponibles y destinaron tiempo que aportó información sustantiva a este estudio.

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 (Ley18987/2012); 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

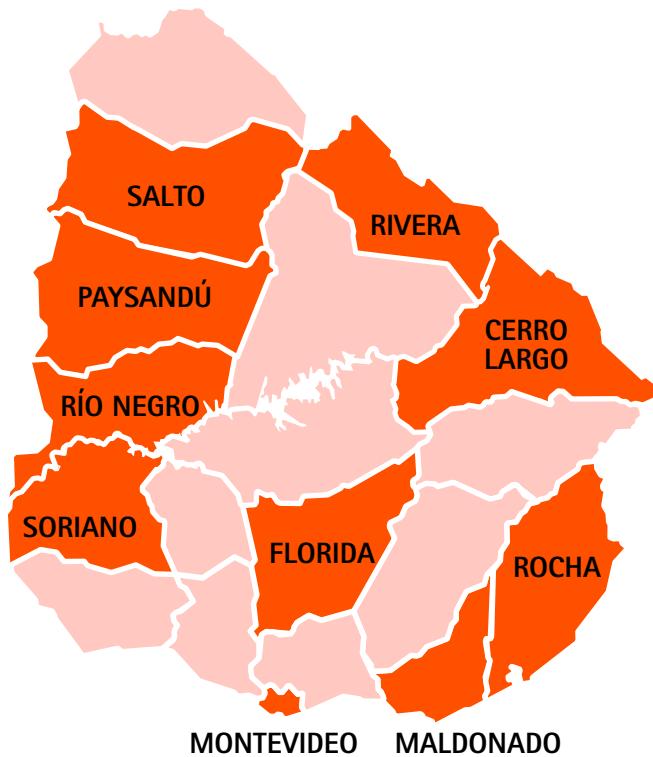


Figura 1. Mapa de Uruguay con los departamentos relevados en los monitoreos

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.

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

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).

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 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.

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 SNSIS se mantiene a nivel departamental. El indicador se construyó de la siguiente forma: $IVE_A / (M_R \times C_A) \times 1000$, donde IVE_A es el número de IVE realizadas en ASSE para el departamento/país; M_R es el número de mujeres entre 15 y 45 años para el departamento/país; y C_A es el porcentaje de cobertura de ASSE en el departamento/país (expresado en decimales).

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: 48,2%			
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)

¹² Promedio anual para el período 2011-2015, Observatorio en Violencia y Criminalidad del MI. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/genero/images/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_0.pdf

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 Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), ascendiendo a 44,8% y 35% en Cerro Largo y Rocha respectivamente¹⁵ (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.

14 Datos para 2013.

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

OBJETIVOS DEL MONITOREO

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

Para cumplir los objetivos definidos por la investigación se realizó un **estudio descriptivo que incorporó elementos cuantitativos y cualitativos**. Al tratarse de un estudio descriptivo, no se propuso demostrar o refutar una hipótesis, sino explorar y describir la realidad, identificando fortalezas y debilidades de las prestaciones, con el fin de realizar algunas recomendaciones de acuerdo a lo observado. La **unidad de análisis** la constituyen los principales prestadores de salud del SNIS de los departamentos.

Métodos utilizados

A través del **análisis cuantitativo** se describe la organización de los servicios de los prestadores de salud y se da cuenta de la dimensión de las distintas prestaciones. El instrumento de medición utilizado es un **formulario, que se envió a cada prestador seleccionado**, que contiene 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. El formulario se dirigió a dirección técnica de cada prestador, que definió la persona responsable del llenado según su criterio.

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 sirvió 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: personal de ginecología, psicología, trabajo social, enfermería, infectología y parteras; y autoridades de la dirección departamental de salud y de centros de salud.

Por otra parte, se entrevistaron a **mujeres y varones con cobertura en salud en los prestadores relevados** con el fin de obtener una mirada diferente, que arroje luz sobre el conocimiento de las personas usuarias sobre los servicios existentes y sus derechos, así como para poder relevar denuncias, reclamos o inquietudes de la población en general. Ambas muestras fueron diseños de conveniencia, creados por contactos personales y por el método *bola de nieve*. El número de entrevistas estipulado fue bajo (10 mujeres y 10 varones por departamento), por lo que las conclusiones que se extraen de ellas son observaciones puntuales, que complementan la información, pero que no pueden considerarse representativos. Esta técnica no se aplicó en Montevideo.

Proceso de relevamiento de la información

La unidad de análisis fueron los principales prestadores de salud del SNIS de Salud de cada departamento. En los departamentos del interior del país se seleccionó el prestador público: **ASSE**, y el prestador

privado con mayor cobertura: **COMERO** en Rocha y **CAMCEL** en Cerro Largo. En ambos casos se inició el proceso invitando a las instituciones involucradas a una reunión en la Dirección Departamental de Salud de las localidades, en la que se presentaron los objetivos del estudio, el alcance, la metodología y el proceso de relevamiento de datos.

Con la aceptación de las direcciones técnicas de las instituciones seleccionadas se envió el cuestionario para relevar información (formulario cuantitativo) y se implementó el esquema de entrevistas a informantes calificados (autoridades e integrantes de los equipos de las prestaciones en estudio).

Con los formularios completados y las entrevistas realizadas se elaboró el informe técnico que se presenta en este documento. Este fue enviado a las instituciones involucradas con el fin de convocar una instancia de devolución en la cual se discutieron resultados y recomendaciones, con correcciones y comentarios incorporados a la versión del documento.

Dado que no todos los formularios fueron completados por las instituciones relevadas, en algunos casos, la descripción de los servicios se sustenta exclusivamente de las entrevistas a profesionales.

Para Cerro Largo se enviaron un total de cuatro formularios: Hospital de Melo, Hospital de Río Branco, Dirección de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) Cerro Largo y CAMCEL. Solo la RAP respondió.

En Rocha se enviaron un total de cinco formularios: Hospital de Rocha, Hospital de Chuy, Hospital de Castillos, Dirección de la RAP Rocha, y COMERO. Respondieron el Hospital de Castillos, el Hospital de Chuy y la RAP.

No contar con la información relevada por los formularios para los prestadores privados y los hospitales más grandes en ambos departamentos compromete los esfuerzos realizados por el equipo de investigación para retratar la realidad de la forma más rica y completa posible con los instrumentos elegidos. Resulta penoso, al contar con la aprobación de parte de todas las instituciones para la realización de este monitoreo.



ESTADO DE SITUACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE CERRO LARGO



ESTADO DE SITUACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE CERRO LARGO

Habitantes:	89.374
Mujeres:	45.677 (51,1%)
Varones:	43.697 (48,9%)
Ciudad capital:	Melo
Intendente:	Sergio Botana (Partido Nacional)
N° de afiliados de prestadores de salud del departamento:	
CAMCEL	43380
ASSE Cerro Largo	46197
MÉDICA URUGUAYA	s/d

En el departamento se relevaron los servicios de ASSE y CAMCEL de las ciudades de Melo y Río Branco.

Organización de los servicios

ASSE

Los **servicios de SSR** en la capital departamental son brindados fundamentalmente por el primer nivel de atención en el Centro de Salud de Melo. Se incluyen servicios de aborto, anticoncepción, VIH/ITS, espacio adolescente y violencia. Si bien se contaba con el equipo profesional necesario para conformar un Equipo Coordinador Referencial (ECR) en el hospital, las autoridades definieron que los servicios se prestaran en la RAP, debido a las características de ese nivel de atención y la visibilidad del centro de salud en la comunidad. Los controles de embarazo son en las policlínicas periféricas y en el centro de salud.

El **equipo referente en SSR** está integrado por un ginecólogo, dos parteras, una psicóloga y una asistente social, y funciona martes de 8 a 13hs y los miércoles de 13 a 17hs en un local distinto al edificio del Centro de Salud. Atiende mayoritariamente consultas por anticoncepción y aborto. En este servicio no se atienden embarazadas para que no coincidan las usuarias que están por IVE.

Allí se coordina con otros equipos, como el espacio adolescente y el de VIH/ITS. Los casos de violencia se derivan a otras instituciones con seguimiento de la psicóloga y la asistente social.

El **espacio adolescente** se constituyó en 2009 y funciona en el centro los lunes de 13 a 17hs y los jueves de 12 a 17hs. Es el servicio de referencia de ASSE para todo el departamento y se articula con la policlínica de SSR frente a determinadas demandas; un hecho facilitado por la proximidad física de los servicios.

El equipo funciona en conjunto y está constituido por una asistente social (coordinadora referente), una partera (agente socioeducativo), una psicóloga, una pediatra y una odontóloga. Asimismo, un educador sexual trabaja en la sala de espera. Los lunes a las 15hs la psicóloga y la asistente social tienen un espacio para recibir sin agenda previa para población adolescente que fue derivada de otra área. De acuerdo a las autoridades y el personal entrevistado, el Espacio Adolescente se configura como un ámbito de atención integral, que contempla dimensiones que en las policlínicas no se pueden trabajar (o no se abordan).

La RAP cuenta con tres especialistas en ginecología, tres en medicina familiar, cuatro profesionales de psicología, cuatro de trabajo social y siete parteras. Cuentan con especialista en dermatología y diabetología, pero para especialidades como urología, endocrinología e infectología la población debe acudir al hospital.

Por otra parte, **se cuenta con algunas prestaciones en SSR en la localidad de Río Branco**. El Hospital de Río Branco alberga una oficina de la RAP, que brinda atención en SSR (incluida la IVE). Este servicio tiene parteras y enfermeras, y en la policlínica de Tres Barrios trabaja una asistente social y una

psicóloga. Por otro lado, 20 días al mes (el tiempo que está de guardia en el Hospital de Rio Branco) una ginecóloga completa el servicio para los casos de IVE. En casos que son de urgencia para IVE (usuarias con embarazos al límite de las 12 semanas) o cuando la ginecóloga no se encuentra en el servicio, las mujeres son derivadas al Centro de Salud de Melo, cuyo ginecólogo también trabaja en la policlínica de Tres Barrios (viaja quincenalmente a realizar una policlínica y también resuelve la IVE 3 en caso que se demande).

Una de las dificultades en la prestación es la necesidad de contratación del servicio de ecografía, tanto en Melo como en Río Branco. En ambas localidades, ASSE cuenta con ecógrafo, pero no con el personal idóneo y debe contratar el servicio de forma privada. El costo de este estudio es de 600 pesos, lo que supone un monto elevado para un examen imprescindible en varias prestaciones en salud, sobre todo en embarazos y abortos. Actualmente la demanda está cubierta.

CAMCEL

En CAMCEL cuentan con un **equipo coordinador en SSR** que brinda atención a las distintas demandas en esa área, que incluye anticoncepción y aborto. Funciona los lunes y jueves de 13 a 15hs y está integrado por dos ginecólogas (un día cada una), una asistente social, una psicóloga y una partera.

El ECR coordina con el equipo de salud mental, adolescente, violencia doméstica, y el encargado del servicio de VIH, así como con el resto de los ginecólogos según la demanda. El equipo observa como fortaleza del servicio la estabilidad en el horario de atención, lo cual genera la referencia del servicio para la atención en SSR.

En CAMCEL no existe un **espacio adolescente** en sí mismo, pero sí una serie de policlínicas en Atención Primaria en Salud (APS) para a la población adolescente. El equipo que integra el servicio está compuesto por una nutricionista, una asistente social, una obstetra partera, un ginecólogo, un psicólogo y varios médicos generales y solo funciona de manera conjunta en una reunión mensual o cuando se imparten talleres. Este grupo es quien asesora en SSR (principalmente en ITS/VIH y anticoncepción) y deriva demandas como IVE, VIH o colocación de DIU.

A su vez, el prestador cuenta con un **equipo referente en violencia doméstica**, que está conformado por una médica, una psicóloga y una asistente social, y funciona también en el marco de APS. Un segundo equipo se creó recientemente en Río Branco.

El equipo cumple un doble rol al brindar atención directa y capacitar a profesionales que trabajan en CAMCEL. Asimismo, articula con los equipos de SSR, el área de Salud Mental, de infancia y otras instituciones. El trabajo interinstitucional es fundamentalmente con el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), Educación Primaria y centros CAIF, y es considerado positivo por las personas entrevistadas, aunque señalan inconvenientes para el trabajo con el Poder Judicial.

Anticoncepción

ASSE

La atención en anticoncepción en ASSE está a cargo de diversos profesionales, tanto en policlínicas periféricas, como en el Centro de Salud y el hospital.

La atención y entrega de métodos anticonceptivos reversibles se concentra fundamentalmente en el primer nivel de atención. En el Centro de Salud se otorgan **preservativos masculinos y femeninos**, y anticonceptivos de emergencia, que la farmacia entrega directamente presentando la cédula. Como en las policlínicas no hay farmacias, el especialista se lo da a las personas usuarias. La RAP cuenta con siete parteras que asesoran en el uso de estos métodos, las que tienen potestad de repetir la cuponera, indicada por médico general o ginecólogo.

Los **anticonceptivos orales** se entregan mediante cuponera (anual) y la del medicamento, por trimestre (momento en el que enfermería realiza un chequeo de peso y presión).

Las colocaciones de implantes y de DIU están centralizadas en el Centro de Salud, cuya policlínica de SSR alberga un servicio los miércoles en la mañana para DIU, a cargo de un ginecólogo, y dos instancias de implantes, colocados por parteras con supervisión de especialistas en ginecología. Cuando las parteras recorren las localidades del interior del departamento, también colocan DIU, implantes y entregan Anticonceptivos Orales (ACO). Además, recientemente, el médico de Tupambaé comenzó a colocar implantes subdérmicos.

La **consulta para colocación del DIU en la RAP puede tardar hasta un mes**, mientras que **los implantes, una semana**.

Con respecto a los métodos irreversibles, es el ginecólogo de la policlínica de SSR del Centro de Salud quien coordina las demandas a realizar en el hospital. Algunos entrevistados señalaron que la realización de las ligaduras tubarias en el hospital es compleja y suele tardar su realización debido a que se prioriza el block quirúrgico a otras intervenciones, sobre todo las referidas a patologías.

En Río Branco el **equipo de SSR realiza asesoramiento en anticonceptivos** y brinda el servicio en conjunto con profesionales del hospital. En la policlínica de planificación familiar del hospital se coloca DIU e implantes, se entregan cuponeras de pastillas y ampollas, y como se coordina para ligaduras y vasectomías. Los preservativos femeninos y masculinos se entregan directamente en farmacia o en la emergencia del hospital.

Según las personas entrevistadas, tanto en el servicio de Melo como de Río Branco ha habido consultas de mujeres solicitando retiro de implantes colocados debido a dolores de cabeza y sangrado.

CAMCEL

Si bien el equipo de SSR recibe consultas por anticoncepción, **la mayoría son atendidas en la policlínica específica de planificación familiar**. Esto supone una fragmentación en la atención de SSR, ya que se brinda el servicio de anticoncepción de manera separada de las otras demandas en SSR. Reestructurar ambas policlínicas como parte de un solo servicio permitiría un abordaje más integral, además de que garantizaría que la atención del equipo de SSR no fuera solo para IVE, un hecho que ayudaría a preservar la confidencialidad de la consulta por IVE, una práctica que continúa estigmatizada.¹⁶

Las demandas de métodos irreversibles sí son derivadas y atendidas en la policlínica de SSR, que coordina su realización en el sanatorio por ginecólogos o urólogos.

La policlínica de planificación familiar funciona en APS y en el local del sanatorio 2. Cuenta con **cuatro especialistas en ginecología que colocan DIU, recetan ACO y preservativos**, pero no cuentan con condones femeninos. Asimismo, existen **cinco policlínicas semanales para colocación de DIU** por parte de especialistas.

Embarazo, parto y puerperio

ASSE

Los controles de embarazo se realizan por las siete parteras en las policlínicas periféricas y por dos ginecólogos en el Centro de Salud. Hay en promedio **seis controles de embarazo a cada mujer**. Se dictan talleres de parto tanto en el Centro de Salud como en las policlínicas periféricas y en los Centros CAIF, en el que, según un convenio vigente, se hacen quincenalmente con coordinación de días y horarios.

Los partos se realizan en el hospital y son las parteras las que acompañan el proceso de parto. Este centro de salud **cuenta con insumos para parto humanizado**, incluyendo salas de nacer, y se ofrece la posibilidad de parto vertical.

Una dificultad en la prestación de estos servicios es que el hospital no cuenta siempre con ginecólogo o anestesista de guardia, por lo que las embarazadas en muchas ocasiones son derivadas a CAMCEL. En el caso de que haya guardia de ginecólogo en el hospital, logran terminar su puerperio allí. Para los nacimientos por cesárea, el ginecólogo de guardia del hospital y la paciente se trasladan al sanatorio de CAMCEL, y luego de finalizada la intervención, la paciente regresa nuevamente al hospital. Esto lleva a un desplazamiento de la mujer de un centro de otro durante su trabajo de parto o puerperio, lo que genera una mala atención en un servicio básico en SSR.

¹⁶ Ver "Estado de situación de los servicios de SSR y aborto en Paysandú, Río Negro y Soriano", MYSU.

El **servicio posparto incluye visitas domiciliarias a todas las puérperas** por parte de un equipo conformado por nurse y partera, con el fin de dar apoyo a la lactancia. La RAP cuenta con parteras, auxiliares y licenciadas en enfermería capacitadas para brindar este apoyo y asesoramiento. Solo se deriva a otros profesionales si se constatan dificultades mayores. Asimismo, se les informa a las puérperas sobre la Línea Mamá¹⁷. El personal especialista en pediatría también asesora a las mujeres durante los controles del recién nacido. Se realizan en promedio **dos controles posparto** por mujer a nivel de la RAP, que están dispuestos para que sean simultáneos con el control del Recién Nacidos (RN) y el fonoaudiólogo (cuando la madre concurre a la instancia del control con el RN, ya se realiza el control posparto para reducir el riesgo de no concurrencia a este control).

En **Río Branco** todos los partos se realizan en el hospital porque CAMCEL no cuenta con block quirúrgico. Existe un convenio entre ambos prestadores para que el primero brinde este servicio.

CAMCEL

CAMCEL implementó un **sistema para captar precozmente embarazo deseado y no deseado**. La primera consulta siempre es en APS, ya que es donde las mujeres deben levantar el resultado del test de embarazo. Allí son asesoradas por enfermeras frente a si continúan o no con el embarazo, derivándolas para un primer control en APS o a la consulta por IVE con el equipo de SSR, según corresponda.

Las clases de parto se imparten en los hospitales de Melo y Río Branco a través del convenio de complementación.

Los partos de bajo riesgo los realizan las parteras en sanatorio, con el ginecólogo supervisando. La consejería en lactancia está a cargo de enfermería. Algunas de las personas entrevistadas señalaron que hay casos de usuarias que manifiestan desconformidad por la presión que sienten por parte de enfermeras para que amamanten de manera satisfactoria. Esta situación es descrita también en otros servicios de atención en el parto, lo que muestra una dimensión a trabajar para erradicar la vulneración de derechos por parte de profesionales de la salud a mujeres en situación de puerperio (MYSU, 2015).

La atención posparto incluye una consulta a los 10 días del parto, previamente coordinada, en la que se realiza un control clínico y asesoramiento en anticoncepción.

¹⁷ Línea telefónica accesible por celular (095 646 262) que es parte de un convenio entre Movistar, Suat y ASSE, vigente desde el 2008. Médicos de Suat brindan el asesoramiento.

Interrupción voluntaria del embarazo

ASSE

El servicio de aborto funciona a nivel de la RAP tanto en el Centro de Salud de Melo como en una policlínica que funciona en el interior del hospital de Río Branco. La ruta de entrada **puede ser en cualquier policlínica de la RAP**, la que coordina con el servicio de SSR del Centro de Salud de Melo, que cuenta con un teléfono propio y es atendido por parteras que agendan la consulta con la usuaria.

La policlínica funciona dos veces por semana y se atiende a todas las mujeres que acuden. El equipo integrado por dos parteras, una asistente social y una psicóloga funciona por un lado, mientras que el ginecólogo realiza sus consultas por otro. El análisis de sangre y la ecografía se hacen en el mismo centro. El ginecólogo completa las entrevistas iniciadas por el resto del equipo, prescribe los medicamentos (disponibles tanto en el centro de salud como en el hospital) y se encarga de la consulta post aborto. Ese ginecólogo realiza la ecografía post aborto en los casos que considere necesario.

A pesar de que son tres profesionales de la ginecología en la RAP, **hay dos objetores**. Solo uno integra el equipo actualmente.

Si bien la nueva disposición ministerial, posterior al fallo del TCA, establece el funcionamiento del equipo en conjunto para la consulta multidisciplinaria¹⁸, tanto para el caso de ASSE en Melo como para muchos otros servicios del país, este aspecto no es plausible de cumplir por la dificultad de conjugar horarios entre distintos profesionales. Así, el servicio no funciona según lo establecido por las nuevas ordenanzas, sino que la entrevista se realiza de manera separada.

El servicio de SSR del Centro de Salud de Melo está integrado por un ginecólogo, dos parteras, una psicóloga y una asistente social, coincidiendo, tal como se viene evidenciando en el resto de los departamentos del interior del país monitoreados, con el Equipo Coordinador de Referencia (ECR) en SSR.

En este centro se realizaron 142 abortos en 2015, todos por vía medicamentosa. Sin embargo, al observar el número de procedimientos IVE, se observa que se efectuaron un total de 172 IVE 1 y 2, las primeras dos etapas que una mujer debe transitar por el servicio de salud para realizar un aborto. Solamente **20 desistieron de abortar** y lo notificaron al equipo.

La importante diferencia en el número de mujeres que concurren a las primeras etapas de la IVE y no llegan a realizarse el aborto pueden ser múltiples, pero considerando que el servicio del Centro de Salud de Melo es el que atiende casi la totalidad de los casos de ASSE, cabe preguntarse si un número importante de ellas desistieron sin confirmarlo o, por alguna razón, terminaron el procedimiento en el

18 Ver nota al pie N°1

círculo clandestino. Otras mujeres probablemente se hayan atendido con sus ginecólogos de referencia en el hospital, pero no hay datos suficientes para llegar a algún tipo de conclusión definitiva al respecto.

Número de procedimientos IVE realizados en 2015 en RAP-ASSE Cerro Largo

Número de procedimientos IVE	
IVE 1	172
IVE 2	172
IVE 3	142
IVE 4	90

La diferencia entre el número de mujeres que abortaron y las que asistieron a la consulta posterior de control (IVE 4), aunque de menor magnitud que la que se registra entre IVE 2 y 3, sigue siendo destacable. **Solamente el 63% de las mujeres asistieron a la IVE 4**, por lo que las restantes usuarias se estarían perdiendo la consulta en la que se confirma que todo el proceso ha tenido el resultado esperado, así como el asesoramiento en anticoncepción que se encuentra previsto.

Existen registros que indican que en 2015 **siete mujeres consultaron fuera de fecha límite** (12 semanas) al equipo. De ellas, tres concurrieron a las 13 semanas, una a las 14, y tres, entre las 15 y las 24 semanas. En este tipo de situaciones se opera bajo la estrategia de reducción de riesgos y daños, tal y como se estableció por primera vez en la normativa sanitaria mediante la Ordenanza 369/04 y se reincorporó en la ley N° 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, asesorando en pre y post aborto, si la mujer decidiera interrumpir el embarazo por su cuenta en el círculo clandestino.

Anteriormente, previo a la realización del llamado para completar el equipo debido a que no había ningún especialista en ginecología no objeta en el Centro de Salud de Melo, el servicio de IVE se llevaba adelante en dos etapas y lugares diferentes. Por un lado, en el Centro de Salud la mujer era entrevistada por la asistente social, la psicóloga y la partera. Por otro, en el hospital el ginecólogo atendía a esa paciente, quien prescribía la receta del medicamento.

En las entrevistas se manifestó que cuando se hacían las derivaciones al hospital de Melo, en ocasiones las mujeres eran atendidas según los criterios del propio personal de ginecología, lo que es **violatorio de la norma**, de acuerdo a lo estipulado por la ley IVE. Los casos que no se ajustaban a los criterios establecidos por estos especialistas, debían ser derivados al Hospital de la Mujer del Hospital Pereira Rossell, en Montevideo.

Algunos de los criterios que se establecieron arbitrariamente para no realizar una IVE fueron:

- Que la mujer no traspasara las 10 semanas de embarazo (cuando la ley establece hasta las 12 semanas);
- que la embarazada no cuente con una cesárea anterior, sin importar la fecha;
- que la usuaria no hubiera parido en los últimos dos años.

Este tipo de casos no fueron denunciados por las autoridades ni por el personal, ya que los involucrados amenazaban con objetar conciencia, hecho que hubiera forzado a derivar todas las consultas de IVE.

Actualmente, si el único ginecólogo del servicio toma licencia, las mujeres son derivadas al hospital o, en su defecto, a Montevideo.

Frente a complicaciones post aborto que requieran de una atención en el segundo nivel, es el ginecólogo que atiende en el Centro de Salud quien recibe a las usuarias en el hospital. Esta disposición se debe a la resistencia de ciertos profesionales de ginecología con respecto a la práctica.

Otra dificultad observada por parte del equipo profesional tanto de ASSE como de CAMCEL con respecto a la ordenanza del Ministerio de Salud, es ofrecer el servicio de IVE todos los días de forma obligatoria. Se argumenta que son pocos los profesionales que atienden IVE y éstos no estarían dispuestos a centrarse en esta prestación, algo necesario si se pretende esa frecuencia.

En Río Branco, el servicio de IVE de ASSE alberga en la oficina de la RAP del Hospital el sector en el que se realiza el análisis de sangre, la ecografía y la consulta ginecológica; mientras que en la policlínica periférica de Tres Barrios atienden la psicóloga y la asistente social. La medicación se encuentra disponible en la farmacia del hospital. Si alguien del personal encargado de brindar el servicio está de licencia, la usuaria es derivada al Centro de Salud de Melo.

Dado que el ginecólogo no objeta de ASSE en Melo trabaja también en la policlínica de Tres Barrios en Río Branco, los días que concurre a esa localidad también atiende todas las etapas de IVE.

CAMCEL

El servicio de IVE se ofrece dos días a la semana en la policlínica de SSR. El equipo está conformado por una asistente social, una psicóloga y dos ginecólogos que atienden un día cada una. La entrevista con el equipo multidisciplinario **se realiza conjunta y simultáneamente, tal como lo estipulan las nuevas ordenanzas ministeriales**. Sin embargo, el equipo no funciona todos los días. El medicamento se encuentra disponible en la farmacia del sanatorio, a una cuadra de APS.

Las personas entrevistadas afirman que la policlínica de SSR se conoce por el "boca a boca". Sin embargo, es necesaria una difusión sistemática del servicio ya que ha habido casos en los que las usuarias solicitaron hora para consulta ginecológica ordinaria para IVE, suscitando demoras innecesarias.

Asimismo, de las entrevistas se desprende que se ha asesorado sobre aborto a mujeres que no cumplen los requisitos o que no quieren realizar el procedimiento en el prestador. A su vez, hay indicios de que en Melo se obtiene el medicamento para abortar de manera ilegal y que existen clínicas clandestinas.

Por otra parte, algunas mujeres han consultado sobre la posibilidad de realizar abortos por vía quirúrgica, a lo que los profesionales aluden que prefieren el método medicamentoso y su repetición frente a la no expulsión (antes de intervenir con un legrado o aspiración). Este es un aspecto reiterado en las entrevistas con personal que interviene en la atención de IVE. Este hecho reduce las posibilidades de métodos con que contarían las mujeres.

Desde el espacio adolescente de CAMCEL, las demandas de IVE son derivadas a la ventanilla de atención al usuario para que solicite hora en la policlínica en SSR. Allí deben explicitar que van por IVE para que su atención sea oportuna y, por lo tanto, se les asigne consulta lo antes posible. Esto atenta contra la confidencialidad de la consulta que, como ya se mencionó, al ser una práctica aún estigmatizada, puede operar como barrera de acceso.¹⁹ Para evitarlo, se podría protocolizar una derivación directa al servicio.

Este inconveniente lo padecen todas las mujeres que concurren por IVE, que deben solicitar la prestación en ventanilla de la APS de CAMCEL.

Violencia doméstica y sexual

ASSE

Al igual que se constató en otros departamentos del país, el prestador público no cuenta con un equipo referencial en violencia doméstica. En 2015, la RAP de Cerro Largo completó **426 formularios de detección** a mujeres mayores de 15 años. De éstos, **solamente el 1% fueron identificados como casos de violencia doméstica y recibieron algún tipo de atención o derivación**. Este dato no es ajeno a la realidad nacional, con bajos porcentajes de detección a través de esta herramienta de medición. También en 2015 se recibieron **tres consultas** (directas) de mujeres por violencia doméstica y una consulta por violencia sexual específicamente.

En la RAP se realizaron capacitaciones sobre violencia basada en género para los siguientes profesionales:

¹⁹ El informe de MYSU "Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en Paysandú, Río Negro y Soriano" da cuenta de las sucesivas fases estigmatizadas de la práctica del aborto en Uruguay, que continúan en la actualidad.

Número de funcionarios médicos y no-médicos capacitados en violencia por tipo de profesional

Funcionarios/as	Número
Médicos/as de familia	3
Ginecólogos/as	1
Psicólogos/as	2
Asistentes sociales	2
Pediatras	3
Enfermeros/as	6
Personal administrativo	4
Personal de recepción	0
Otros/as	0

En Río Branco los casos de violencia que se detectan en la policlínica de Tres Barrios y en el hospital se derivan a la trabajadora social y la psicóloga para seguimiento y atención.

CAMCEL

Para proteger la confidencialidad de las personas usuarias, el equipo referente en violencia doméstica en CAMCEL no trabaja bajo ese nombre. Si bien principalmente reciben a mujeres mayores de 15 años, también está contemplada la población infantil, adolescentes y varones.

Por lo general, atienden entre **dos y cuatro casos por policlínica**, derivados de distintos profesionales. En la historia clínica solamente se registra la asistencia a la consulta y se elabora un informe particular de cada persona usuaria, que lo maneja exclusivamente el equipo para proteger su privacidad. Si hay casos muy complejos, se suelen derivar a otras instituciones.

Al llenar el formulario de indagación sobre violencia a mujeres mayores de 15, los casos son detectados por los profesionales, pero también a través del apartado sobre violencia en el marco de la indagatoria a adolescentes. Si los profesionales no completan el formulario, reciben una alarma en la computadora como recordatorio.

Este equipo se encargó de capacitar sobre violencia física y sexual a personal y profesionales en puerta de emergencia del sanatorio de CAMCEL. El kit de atención para estos casos está disponible en farmacia.

VIH y otras ITS

ASSE

El Centro de Salud de Melo cuenta con un **servicio para atención en VIH/ITS**, que funciona los martes, con un equipo integrado por una psicóloga, una asistente social, una licenciada en enfermería y dos médicos generales.

En el servicio se realizan test rápidos (también todas las policlínicas de la RAP cuentan con éstos) y asesoramiento frente a casos positivos. La captación se da través de los resultados de los test rápidos y la confirmación por parte del laboratorio, ubicado en el hospital de Melo. Toda persona cuyo test resulte positivo es convocada por el equipo para recibir asesoramiento y consejería. Por lo general, el resultado **está disponible a los 30 días**.

También realizan el tratamiento a personas diagnosticadas que no desean atenderse en Montevideo. La primera consulta para indicar el tratamiento es con el infectólogo del Instituto de Higiene, mientras que el resto del tratamiento es en Melo, con el médico tratante, quien determina otras consultas con infectología. En todos los casos el costo pasaje de transporte es cubierto por ASSE.

El medicamento para el tratamiento se solicita al Instituto de Higiene en Montevideo y está disponible en la farmacia del hospital de Melo, donde las personas usuarias lo retiran mensualmente.

Aparte del test confirmatorio, el **laboratorio del hospital de Melo realiza el recuento de CD4** y retira **las muestras de sangre requeridas para el conteo de carga viral**, que son enviadas al SEIC, encargada de realizar el análisis y enviar los resultados de vuelta al laboratorio.

Las embarazadas con VIH se derivan al Hospital Pereira Rossell para la atención en controles y posparto (se le paga el pasaje a la usuaria y medio pasaje al acompañante). Los partos son realizados en el Hospital de Melo. La medicación para prevenir la transmisión vertical del virus se encuentra en la farmacia del centro hospitalario.

Según las personas entrevistadas, hay dificultades en la coordinación con el Instituto de Higiene debido a que en ocasiones no cuentan con el medicamento en el hospital y no logran comunicarse para reclamarlo. La relación con infectología, sin embargo, se da sin problema a través de correo electrónico.

En 2015, el equipo de la RAP diagnosticó **dos casos** de VIH. A su vez, hay un total de **20 personas en Tratamiento Retro Viral (TARV)**, nueve mujeres, 10 varones y una persona trans. Las mujeres y la mujer trans adhirieron al tratamiento en un 100%, frente a un 60% de los varones. El prestador también cuenta con un **kit de profilaxis post exposición accidental laboral**. En Río Branco las personas que requieran TARV son derivadas al Instituto de Higiene.

CAMCEL

El prestador no cuenta con servicio específico de VIH/ITS, pero sí con un infectólogo que realiza la atención a personas en Tratamiento Antirretroviral (TARV). Hay sólo una persona referente en el laboratorio para preservar la privacidad de las personas usuarias.

Si bien personas del equipo de referencia en violencia doméstica y del personal de ginecología manifiestan que cuentan con el kit de violencia sexual. El equipo de atención en VIH manifiesta que no se incluye la profilaxis preventiva para VIH, lo que representa una falta de insumos en la atención de urgencia a situaciones de violencia sexual. Esto es especialmente grave teniendo en cuenta que, si bien se realizó la capacitación al personal de puerta de emergencia, no cuentan con los insumos para una correcta atención.

Otras prestaciones

ASSE

El Hospital de Melo cuenta con un mamógrafo digital que **también es utilizado para el examen de las usuarias de CAMCEL**, mediante un convenio entre ambos prestadores.

En materia de atención en cáncer génito-mamario, la realización de PAP suele tardar **un mes** luego de solicitado el examen y **45 días** la obtención de los resultados. La mamografía suele hacerse a las **tres semanas** de requerirla y el resultado tarda una semana.

Por otro lado, en el hospital de Río Branco existe **una policlínica de trabajadoras/es sexuales**.

CAMCEL

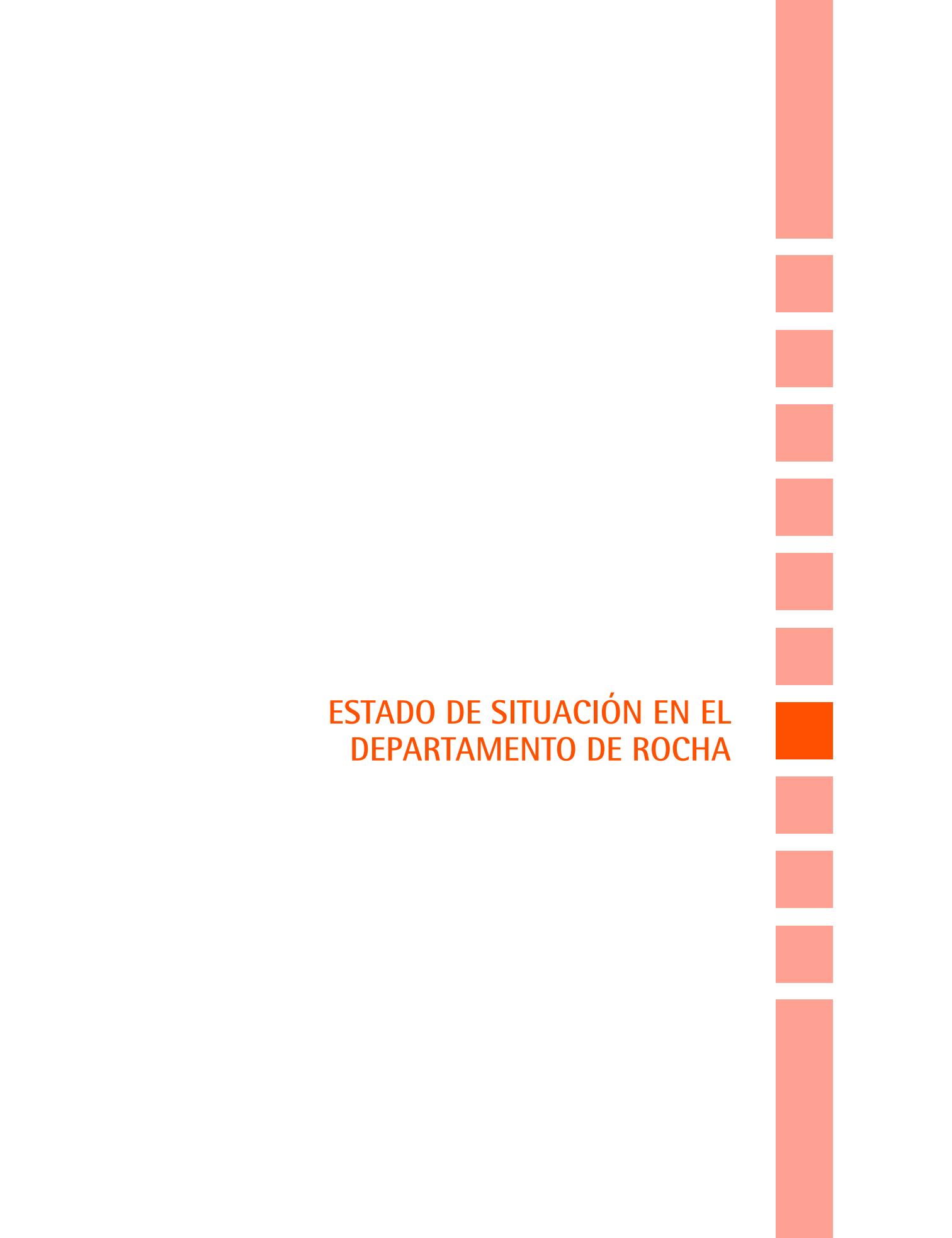
A partir del interés de profesionales y del mismo prestador en capacitar a su personal para la **reproducción humana asistida**, hace un año que CAMCEL cuenta con este servicio. La atención se brinda en APS, debido a que no se cuenta con otro espacio disponible. La inseminación se realiza en Montevideo porque el laboratorio de CAMCEL no cuenta con las herramientas para la preparación del semen. Las profesionales involucradas con el servicio son las encargadas de realizar un seguimiento continuo a los casos en tratamiento. Hay exámenes, como el espermatograma, que se encargan a Montevideo ya que no se cuenta con personal capacitado para ello.

Síntesis del departamento de Cerro Largo

La realidad de los servicios de SSR en este departamento refleja fortalezas a capitalizar y debilidades para corregir. Se destaca que existen **dos servicios de aborto en el prestador público y uno en el privado**. Si bien se debe seguir trabajando para que la SSR sea abordada integralmente y no brindar únicamente los servicios de anticoncepción y aborto, hay indicios de que se está avanzando en la dirección correcta.

Algunos de los hallazgos más importantes del monitoreo de Cerro Largo son:

- Los servicios de SSR en la capital departamental son brindados fundamentalmente por el primer nivel de atención en el Centro de Salud de Melo. La concentración de este tipo de servicios en un mismo espacio facilita la coordinación y articulación entre profesionales.
- La RAP cuenta con una oficina en el Hospital de Río Branco, que brinda atención en SSR (incluido IVE).
- En CAMCEL existe una fragmentación en la atención de SSR, ya que se da el servicio de anticoncepción fundamentalmente en la policlínica de Planificación Familiar, mientras que la policlínica de SSR tiende a quedar relegada a otras prestaciones, principalmente de IVE.
- El hospital de Melo no siempre cuenta con ginecólogo o anestesista de guardia, por lo que las embarazadas en muchas ocasiones son derivadas a CAMCEL durante el trabajo de parto. Esto termina impactando en la calidad de la atención de un servicio básico en SSR.
- En la localidad de Río Branco todos los partos se realizan en el hospital, ya que CAMCEL no cuenta con block quirúrgico. Existe un convenio entre ambos prestadores para brindar este servicio.
- En ambos prestadores en ocasiones se da la situación de que las usuarias deben explicar en ventanilla que solicitan atención por una IVE, lo que atenta contra la confidencialidad de la consulta y puede operar como una barrera para el acceso.
- El hospital de Melo realiza el recuento de CD4 y retira las muestras de sangre requeridas para el conteo de carga viral en personas usuarias con VIH, las que son enviadas al SEIC, que se encarga de analizar y enviar los resultados al laboratorio, de esa manera se agilizan los tiempos.
- En ambos prestadores, el kit de atención a casos de violencia sexual no incluye la profilaxis preventiva para VIH, lo que representa una falta de insumos en la atención de urgencia a estos casos.
- CAMCEL cuenta desde hace un año con un servicio de reproducción humana asistida.



ESTADO DE SITUACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ROCHA



Habitantes:	73.685
Mujeres:	37.199 (50,5%)
Varones:	36.487 (49,5%)
Ciudad capital:	Rocha
Intendente:	Aníbal Pereyra (Frente Amplio)
N° de afiliados de prestadores de salud del departamento:	
COMERO	39976
ASSE Rocha	35408
MÉDICA URUGUAYA	s/d

En el departamento se relevaron los servicios de ASSE y COMERO en las ciudades de Rocha, Chuy y Castillos

Organización de los servicios

ASSE

Existe **un único ECR** en el prestador público en Rocha, integrado por un ginecólogo, una asistente social y una psicóloga, que trabaja de forma coordinada pero **no simultánea ni consecutiva** y opera en el hospital de Rocha, ofreciendo principalmente atención directa y trabajando bajo el rótulo de policlínica de SSR. El equipo se conformó en el marco del decreto reglamentario de la Ley Nº 18426 de Defensa del Derecho a la SSR, pero trabaja con énfasis en la atención directa y no en el rol de referente, un hecho que ya registraron estudios anteriores de MYSU.

Las mujeres que acuden por IVE, en lugar de ser recibidas por todo el equipo, son entrevistadas de forma separada por los tres profesionales que conforman el equipo para IVE 2 en días y horarios distintos. Como el equipo no se reúne habitualmente ni cuenta con un espacio físico ni horas de trabajo asignadas para ello coordinan por teléfono. Las historias clínicas son otra vía de comunicación entre el grupo.

En la ciudad del Chuy, tanto ASSE como COMERO cuentan con los mismos dos ginecólogos y **no tienen equipo de SSR**. Tampoco lo hay en Castillos, aunque opera **una policlínica que llevan adelante tres parteras**.

Con respecto a **policlínicas adolescentes**, hay una los miércoles en la tarde en el hospital del Chuy, a cargo de una ginecóloga. Allí se brinda el carné adolescente y se atienden temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. En caso de ser necesario, se deriva a otros profesionales, como por ejemplo psicología.

Por su parte, Castillos cuenta con **tres policlínicas de adolescentes** con médicos generales que asesoran en anticoncepción y entregan recetas para preservativos masculinos y femeninos y anticonceptivos orales. Para el resto de las demandas en anticoncepción, las personas que consultan se derivan a la policlínica de SSR o al servicio que brinde el método solicitado.

ASSE **no cuenta con equipo de referencia en violencia doméstica**. Sin embargo, el equipo de SSR atiende los casos que reciben y, de ser necesario, coordina con el área de salud mental. Asimismo, están en comunicación con el servicio de atención de mujeres en situación de violencia de Inmujeres del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la Intendencia y la Unidad Especializada en Violencia Doméstica (UEVD) de Rocha. Por otro lado, el equipo ha participado en distintas instancias de capacitación del MSP y ASSE.

Como referencia para la labor en este tema, los profesionales de la salud recurren a las guías del MSP. Sin embargo, las personas entrevistadas manifestaron que no siempre cuenta con estos recursos.

Existe coordinación entre el hospital de Rocha y el primer nivel de atención, particularmente, deriva-

ciones para IVE desde las policlínicas urbanas y rurales y la realización de mamografías (no existen mamógrafos instalados dentro de la RAP). También hay un vínculo de este centro con los otros tres hospitales del departamento (Castillos, Chuy y Lascano), ya que la mayor parte de los IVE 3 se realizan en la capital departamental.

La **RAP de Rocha** cuenta con cuatro especialistas en ginecología, tres de medicina familiar, uno en endocrinología, tres profesionales de la psicología y 15 parteras, mientras que en el **hospital de Chuy** trabajan dos especialistas en ginecología, uno en dermatología y seis parteras. En la RAP de **Castillos** hay un especialista en ginecología, otro en medicina familiar, seis parteras y un psicólogo.

En general, la articulación con otros centros de salud e instituciones se procesa por vías informales y no necesariamente están escritas o pautadas. Si bien esto tiene algunas ventajas, las personas entrevistadas entienden que los procesos interinstitucionales no pueden sostenerse en el tiempo si se construyen simplemente en base a voluntades individuales.

Uno de los temas recurrentes en las entrevistas es el transporte y las distancias que en el relato aparecen como una de las barreras más difíciles de superar para la atención en centros poblados alejados de la capital departamental y en la zona rural. Aun cuando existen policlínicas con cobertura en todo el departamento, el acceso a atención de segundo nivel y la posibilidad de acceder a consulta con ciertos especialistas se tornan problemáticas cuando los servicios de transporte son limitados o escasos. Por los costos que implica, esta dificultad es mayor cuanto más vulnerable es la población.

En caso de reclamos o denuncias, el MSP prevé un formulario para recibirlas y canalizarlas. Aun cuando su formato no sea respetado, se da curso a toda denuncia recibida y RAP se encarga de darle seguimiento.

COMERO

El **ECR de COMERO** está conformado por ginecóloga, partera, asistente social y psicóloga. Se armó (sin la presencia de asistente social) a partir del decreto reglamentario de la Ley N° 18426 y ha concentrado sus esfuerzos en brindar atención directa. Esto se ha profundizado con la incorporación del servicio de IVE tras la promulgación de la Ley N° 18987.

El equipo trabaja **en simultáneo, pero en dos consultorios diferentes**. Por un lado, se encuentra la ginecóloga con la partera y, por otro, la asistente social y la psicóloga. Usualmente, la policlínica funciona en el mismo horario y días que tienen funcionando sus policlínicas los ginecólogos no objetores. El equipo funciona dos veces a la semana, uno de los días se dedica principalmente a IVE.

Salvo las demandas de IVE, la mayoría de las consultas son por anticoncepción. Se colocan DIU, se recetan anticonceptivos orales, condones femeninos y masculinos y se asesora en anticoncepción irreversible. Las ligaduras tubarias se coordinan con los ginecólogos de referencia de cada usuaria. También se han concertado vasectomías con urólogos.

En materia de capacitaciones, al menos un miembro del equipo de SSR asiste al ateneo nacional de SSR, que se realiza una vez al mes en Montevideo con el fin de actualizar las normativas sanitarias e intercambiar puntos de vista profesionales.

COMERO tiene constituido **un Equipo Referente en Violencia Doméstica** compuesto por un equipo de médicos, asistente social y psicólogo. El grupo se conformó en 2011 de acuerdo a lo establecido por el decreto N° 494/006 –reglamentario de la Ley N° 17514 de Violencia Doméstica –y por meta asistencial. En términos generales, no brinda atención directa, sino que funciona como referente para el resto de los profesionales asesorando y apoyando a quienes atienden los casos directamente. Según lo identificado en estudios previos de MYSU, esto representa una excepción frente a la mayoría de los equipos, que suelen ser de atención directa y no referentes, aunque por decreto su principal cometido es asesorar y capacitar al resto de los profesionales²⁰.

A su vez, el grupo supervisa y da seguimiento a los casos y al cumplimiento de los protocolos y guías del MSP. Las capacitaciones en violencia doméstica y de género dentro del prestador corresponden al equipo, que capacita a sus colegas. Usualmente, también son quienes forman a profesionales de ASSE también. El equipo suele articular con quienes trabajan en el Área de Salud Mental.

Por otra parte, existe **un Espacio Adolescente** a cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psicólogo, psiquiatra, partera, ginecólogo y, cuando es necesario, especialistas de otras disciplinas (odontología, dermatología y nutrición). Funciona desde el 2012 y atiende fundamentalmente a la población adolescente derivada de los centros de enseñanza para solicitar el carné de adolescente. Uno de sus ejes de trabajo es la SSR.

La concurrencia de la población adolescente a este ámbito es variable. Suelen tener mayor participación las charlas temáticas que organizan de forma periódica. Si bien todos los lunes se destinan dos o tres horas a consulta con este grupo etario, el resto de la semana se trabaja según la demanda. El equipo asimismo articula con los equipos de violencia, SSR y el Comité de Recepción.

Además de la atención directa, el equipo organiza charlas periódicas de sensibilización, tanto para la comunidad como para el grupo profesional del propio prestador. Algunos temas que trabajan son adicciones, ITS/VIH, anticoncepción y embarazo adolescente, entre otros.

Las guías del MSP sirven de marco de referencia y suelen llegar a manos del personal profesional. De todos modos, las personas entrevistadas manifiestan que en temas de SSR la mayor cantidad de materiales recibidos ha sido sobre IVE.

El área de Gestión de Usuarios es la que se encarga de recibir quejas y denuncias. El cuerpo de profesionales está al tanto de que existe ese lugar.

²⁰ Decreto N° 494/006, artículo N° 6, inciso b.

Anticoncepción

ASSE

En el prestador público, el grupo de profesionales que realiza asesoramiento en anticoncepción pertenece a la ginecología, enfermería, medicina de familia y también las parteras. A su vez, existe una policlínica de captación y seguimiento de embarazo en la RAP, que cuenta con una partera y una psicóloga, que realizan asesoramiento conjunto sobre anticoncepción.

Se ofrece una amplia canasta de métodos reversibles, que incluye condones masculinos y femeninos, DIU, anticonceptivos orales, anticoncepción de emergencia, inyectables e implantes subdérmicos. Los métodos llegan a la dirección de la RAP, ubicada en la capital departamental, la que reparte al resto del departamento.

Desde la RAP se brindan cuponeras por 13 meses para anticonceptivos orales y preservativos masculinos. Cuando se vence, las usuarias deben solicitar renovación con profesionales de la ginecología o medicina general (en caso de preservativos).

Las parteras están autorizadas a repetir anticonceptivos orales. A nivel de la RAP, las enfermeras entregan los MAC, mientras que en los hospitales se encarga el personal de farmacia. Los implantes se colocan en los centros que hay personal técnico capacitado para ello.

En 2015, el MAC más entregado por la RAP fue el preservativo masculino, tendencia que se observa en los distintos prestadores a lo largo del país. Le siguen, considerablemente por debajo, los anticonceptivos orales, los preservativos femeninos y el DIU.

Número de MAC reversibles entregados/colocados en 2015 en RAP Rocha – ASSE, por método

Condones masculinos	Condones femeninos	ACO	DIU	Anticoncepción de Emergencia	Implantes subdérmicos
37.359	100	6.200	44	330	N/C

La colocación de DIU es inmediata, por lo que no hay tiempo de espera. La colocación de implantes, en cambio, toma en promedio una semana de espera entre que se solicita su colocación y la concreción de ésta.

En el hospital de Rocha el asesoramiento en anticoncepción queda en manos de personal de la ginecología y parteras, que trabajan en las policlínicas ginecológicas, la policlínica de SSR y la sala de puérperas.

Todo el personal médico con especialidad en ginecología realiza intervenciones de anticoncepción irreversible. Aunque las mujeres suelen consultar en el hospital, también se reciben derivaciones de primer nivel. En Rocha, la policlínica de SSR es referente en materia de anticoncepción para ASSE. Por ello, es un espacio que coordina las ligaduras tubarias entre las usuarias y su especialista de referencia.

La colocación de implantes en el hospital queda a cargo del ginecólogo del equipo de SSR y de otra profesional, mientras que del DIU se encarga cada profesional de ginecología que trabaja en el centro de salud.

Dentro de los inconvenientes que aparecen en el relato de las personas entrevistadas, se encuentra la falta de cupos horarios, que lleva a que muchas mujeres terminen consultando fuera de lista. Se requiere una mayor disponibilidad de horarios de trabajo y de profesionales para poder cubrir la demanda en forma satisfactoria. Los recursos humanos escasos son un problema, que se agrava en el interior del departamento, ya que, si bien existen policlínicas rurales, en pequeños poblados que cuentan con los métodos, no siempre es sencillo acceder a consultas de asesoramiento porque no hay profesionales disponibles.

El proyecto de difusión del condón femenino que se realizó en la RAP Metropolitana durante años anteriores²¹ va a ser replicado a nivel de RAP Rocha junto con otros departamentos, con el fin de difundir este método bajo una perspectiva de empoderamiento femenino. Si bien aún el proyecto no se ha puesto en marcha, se espera dar comienzo a éste en el corto plazo.

En el servicio en el Chuy las parteras entregan preservativos, repiten recetas de anticonceptivos y colocan implantes. Tanto los preservativos como las pastillas pueden ser retiradas en farmacia. En la policlínica adolescente se realiza entrega directa de preservativos y pastillas. La colocación de implantes no comenzó hasta el 2016 y **suele coordinarse a la semana de su solicitud**.

El personal de ginecología receta preservativos y anticonceptivos orales y coloca DIU en policlínica. Uno de los ginecólogos se encarga de realizar las ligaduras en el hospital. La colocación de DIU **no tiene tiempo de espera**: se realiza en el momento; mientras que la coordinación y realización de las ligaduras **suele llevar un período de un mes**.

En 2015, la entrega de preservativos masculinos fue mayoritariamente superior al resto de los métodos anticonceptivos entregados o colocados, siguiendo la tendencia habitual. Se realizaron, a su vez, **29 ligaduras tubarias**, y no hay registro de realización de vasectomía.

21 <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-asse-uso-condon-femenino-metodo-seguro-autonomia-igualdad-mujer-satisfaccion-marquez>

**Número de MAC reversibles entregados/colocados en
2015 en Hospital de Chuy, por método**

Condoms masculinos	Condoms femeninos	ACO	DIU	Anticoncepción de Emergencia	Implantes subdérmicos
30.240	360	4.326	39	14	N/C

Se han constatado casos de mujeres que solicitaron retiro de implante por situaciones de sangrado, así como también le fueron retiradas a aquellas que estaban a la espera de una esterilización.

En el hospital de Castillos el asesoramiento está en manos de una ginecóloga, las parteras y una médica general que trabaja con la población adolescentes. A veces las profesionales se ven desbordadas teniendo en cuenta que el área de influencia de Castillos abarca alrededor de 13.000 personas.

Los casos de anticoncepción irreversible se derivan al hospital de Rocha. Antes se realizaban las ligaduras tubarias en el mismo hospital de Castillos, pero **se canceló este servicio desde que cerraron el block quirúrgico y el retén de emergencia obstétrica**. Se colocan DIU e implantes en Castillos y cuentan con el resto de los métodos: condones, ACO, Anticonceptivos de Emergencia (AE) e inyectables. Tanto la colocación de DIU como de implantes suele demorar **entre 7 y 10 días** a partir de la solicitud de la usuaria. La distribución de la entrega/colocación de Métodos Anticonceptivos (MAC) sigue un patrón similar al de la RAP y el hospital de Chuy.

**Número de MAC reversibles entregados/colocados en
2015 en Hospital de Castillos, por método**

Condoms masculinos	Condoms femeninos	ACO	DIU	Anticoncepción de Emergencia	Implantes subdérmicos
8.138	0	2.938	37	10	N/C

COMERO

En materia de anticoncepción, en COMERO la prestación se realiza generalmente en las policlínicas ginecológicas, por tanto, queda en manos del personal médico tratante.

Todas las filiales cuentan con la misma canasta de métodos reversibles, la cual incluye preservativos masculinos, anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia y DIU. El preservativo femenino es ofrecido a pesar de no contar con él, sin embargo, algunas personas entrevistadas manifiestan encontrar poco o nulo interés en el mismo de parte de las usuarias. Los preservativos masculinos se retiran en farmacia.

Desde la policlínica de SSR se realiza asesoramiento en anticoncepción reversible e irreversible y receta de métodos, así como colocación de DIU. La anticoncepción irreversible tanto femenina como masculina es coordinada con los profesionales tratantes. En el caso de las ligaduras tubarias, se coordina con los ginecólogos de referencia de las usuarias.

Se han coordinado vasectomías desde el equipo de SSR, sin embargo, la presencia de la vasectomía sigue siendo muy reducida aun cuando ha aumentado el número de varones interesados y que consultan. Existen resistencias a nivel de usuarios y usuarias en lo que refiere a este método anticonceptivo.

El equipo de SSR recibe a la población adolescente que consultan, tanto por anticoncepción como por IVE y si bien se les atiende, en caso de ser necesario se deriva a Espacio Adolescente. En el Espacio Adolescente se incluye anticoncepción dentro de los tópicos que se trabajan, pero generalmente derivan a especialistas en ginecología o al equipo de SSR para solicitar métodos. Existe un diálogo bastante fluido entre ambos equipos.

El equipo del Espacio Adolescente ha tenido instancias de capacitación particularmente en anticoncepción (en lo que refiere a SSR). Fuera de las capacitaciones nacionales –sea a cargo de MSP o de la Federación Médica del Interior (FEMI)–, realizan instancias de capacitación interna en el prestador.

En el Chuy, son dos ginecólogos los que asesoran y entregan recetas para acceder a métodos anticonceptivos. Esto incluye preservativos, anticonceptivos orales y DIU. En el caso de solicitud para ligaduras estas son derivadas al equipo multidisciplinario de SSR de Rocha, el cual valora la solicitud. Esto contradice las disposiciones ministeriales sobre los requisitos para la realización de ligaduras, que solo establece la mayoría de edad y la firma de consentimiento informado, representando una visión tutelante sobre los derechos reproductivos de las mujeres.

Embarazo, parto y puerperio

ASSE

Desde el año 2007, en la RAP de Rocha existe una Policlínica de Captación de Embarazo, integrada por una partera y una psicóloga. Esta dinámica de trabajo de esta consulta es bastante inédita ya que permite incorporar elementos de "psicoeducación". La psicóloga se encarga de evaluar riesgos para el embarazo, en términos de prácticas y conductas. Incorporan, a su vez, asesoramiento en educación sexual y anticoncepción, sobre todo al trabajar con población joven y adolescente. El trabajo de este equipo se realiza de forma independiente debido a las dificultades de coordinar o incorporar la atención médica a la policlínica. Igualmente, articulan con otros profesionales.

La integración del equipo se ha mantenido desde su origen, lo que facilita el trabajo conjunto. El contacto cercano con las mujeres facilita el control de los embarazos y no suele haber problemas de se-

guimiento: las mujeres siguen asistiendo a las consultas una vez captadas, aun cuando se controlan también con especialistas de ginecología.

Asimismo, el equipo hace controles de puerperio y visitas domiciliarias para indagar sobre el estado físico y emocional de las mujeres posparto. Se trabaja sobre anticoncepción y lactancia, brindando consejería y apoyo. Tras el parto, las usuarias se van con hora agendada para siguiente consulta posparto, que incluye asesoramiento en anticoncepción.

Un tema que surgió de las entrevistas es la dificultad de que las mujeres asistan acompañadas a las consultas y a los controles de embarazo.

La policlínica de la partera y la psicóloga promueve el parto humanizado. La sensibilización apunta tanto hacia especialistas en ginecología como a las mujeres a quienes se busca empoderarlas con información sobre sus derechos mostrando la sala de nacer del Hospital a las mujeres embarazadas que así lo deseen. Se cuenta con los insumos para parto humanizado y la infraestructura necesaria.

Tanto en la RAP como en el hospital el personal especializado en pediatría, enfermería y las parteras asesoran y dan apoyo en lactancia. El rol de las parteras en el área de maternidad es fundamental, particularmente en el vínculo con las policlínicas barriales y rurales durante el puerperio.

En general, el cumplimiento de las metas institucionales con un número mínimo de controles de embarazo (cinco) es alto. Además, se practica el Programa Aduana.

A pesar del éxito de la policlínica de captación de embarazo en el primer nivel, la mayor parte de los controles son en el hospital de Rocha. No existen policlínicas exclusivas para el control de embarazo en ese centro, por lo que se llevan adelante en las policlínicas ginecológicas con solo tres especialistas que trabajan en simultáneo con parteras.

Existen problemas con las ecografías: los equipos con los que se cuenta son obsoletos y hay una saturación del personal (tal y como sucede con IVE). La carencia de recursos humanos se debe a los términos de las contrataciones y los salarios bajos en relación con el prestador privado. A pesar de que los niveles de captación tardía son más altos de lo deseado, los índices de partos prematuros y de cesáreas son bajos. Por otro lado, no se suelen realizar muchos trasladados a otros departamentos.

En Rocha, uno de los principales obstáculos de la atención en el embarazo y parto es que no hay cobertura de guardia de urgencia tres fines de semana al mes. Las emergencias obstétricas deben ser atendidas en COMERO. Actualmente, la falta de especialistas en ginecología es el problema principal, pero en el pasado tuvieron escasez de anestesistas y pediatras. Sostener equipos de emergencia resulta difícil para ASSE y esto empieza a corroborarse en distintas localidades del país.

En el hospital de Castillos la atención preparto se realiza fundamentalmente por las parteras. La ginecóloga de ese centro hospitalario tiene una policlínica de atención al embarazo y trabaja conjuntamente

con las parteras. En las entrevistas se informa que muchas mujeres resuelven atenderse en Rocha ya que para el parto deben trasladarse allí de todos modos. Esto viene ocurriendo desde que se cerró el block quirúrgico del hospital.

En el hospital del Chuy los controles de embarazo y los partos lo realizan parteras y un ginecólogo. Las cesáreas están a cargo de este profesional. Todas las parteras y el personal de enfermería (seis personas) asisten al ginecólogo en los partos. En promedio, se realizan nueve controles de embarazo y dos controles posparto. Las cifras de nacimientos, partos y cesáreas para 2015 son las siguientes:

Número total de nacimientos, de partos naturales y partos por cesárea por grupos de edad en 2015 en el hospital de Chuy

Nacimientos y partos	Grupos de edad			
	Menores de 14 años	Entre 14 y 17 años	Entre 18 y 35 años	Mayores de 35 años
Nº total de nacimientos	0	13	93	10
Nº de partos naturales	0	9	71	8
Nº de partos por cesárea	0	4	22	2

Según las cifras registradas por el hospital de Chuy, el índice de cesáreas para este centro de salud es de **aproximadamente un 24%**, un valor significativamente bajo para la realidad nacional, **incluso más bajo que el de ASSE para todo el departamento: 31,4%** según cifras ministeriales. A su vez, un **11,2% de los nacimientos son de madres adolescentes**, valor que guarda relación con el casi 11% de madres adolescentes en el departamento²².

En ese hospital, la captación de embarazadas en el primer trimestre es bastante alta, con 71%. La mayoría son captadas antes de los seis meses de embarazo, con un 92,5%.

En el hospital de Rocha las clases de parto las imparten las parteras (y estudiantes de parteras), los lunes y viernes de cada semana. La asistencia no es obligatoria, ni tampoco que vayan acompañadas, pero se promueve que asistan y, de ser posible, con la persona que elijan para acompañarlas en el parto. Se promueve el parto humanizado y se realiza consejería en lactancia.

Por su parte, en el hospital de Chuy se brindan clases de parto en convenio con Plan CAIF, en un centro que cuenta con espacio y material adecuado. El predio queda a una cuadra del hospital y se imparten los miércoles a las 13.30hs. Hay ciclos de cinco talleres por grupo.

En el hospital de Castillos también hay clases de parto y, generalmente, se dan los martes a las 16hs. El hospital cuenta a su vez con apoyo a la madre lactante, en el que intervienen parteras, pediatras y la

²² 10,7 % según Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 3. INE-Programa de Población-IECON-OPP-MIDES-UNFPA

ginecóloga. A la fecha de realizado el trabajo de campo, se estaba discutiendo la instalación de clases de parto en La Paloma.

El hospital de Rocha cuenta con insumos para el parto humanizado, ya que la primera maternidad de este tipo en el país se instaló en 2014 en este centro. El hospital de Chuy también cuenta con algunos insumos, entre ellos la silla especial para realización de parto vertical.

COMERO

La atención en embarazo en COMERO se realiza fundamentalmente en policlínicas ginecológicas. En control del embarazo se trabaja conjuntamente entre las parteras el personal de ginecología. La misma partera que da seguimiento a la embarazada suele ser quien le da las clases de parto. Tienen una alta captación temprana, casi del 100%. En el caso de la filial de Castillos, las clases de parto también son abiertas para las usuarias de ASSE.

COMERO tiene un modelo de atención particular para los embarazos de bajo riesgo, que son atendidos exclusivamente por partera. En caso de embarazos de riesgo, las parteras coordinan con personal de ginecología.

Desde que se implementó este modelo de atención a embarazos de bajo riesgo, bajó el índice de embarazos de riesgo, bajó la prematuridad y el porcentaje de bebés con bajo peso, e incluso el índice de cesáreas (que sigue siendo considerablemente alto, aunque en línea con los promedios nacionales²³).

Una de las parteras del prestador se encuentra encargada de brindar todos los días apoyo a lactancia en la maternidad. A su vez se realizan en forma periódica talleres de lactancia, a cargo de la misma especialista. Cuando la mujer sale de la maternidad se le entrega una orden para control puerperal. Durante este control, aparte de realizar una revisión general del estado físico y emocional de la mujer, se le brinda asesoramiento en anticoncepción.

A pesar del acuerdo de complementariedad que existe con el prestador público, mediante el que se realizan partos y cesáreas de usuarias de ASSE en COMERO –cuando no hay equipo de guardia en el Hospital de Rocha–, el prestador privado no encuentra sobrecarga en sus profesionales.

En el Espacio Adolescente se da seguimiento a los casos de adolescentes embarazadas que llegan a ese ámbito y se coordina con el personal de ginecología tratante para hacer seguimiento de los casos.

Los controles de embarazo en el Chuy los realizan conjuntamente el personal de ginecología y las parteras. Los partos se derivan a Rocha.

23 51,3%. SINADI-MSP.

Interrupción voluntaria del embarazo

ASSE

El servicio de IVE de ASSE se ubica en el hospital de Rocha y forma parte de la Policlínica de SSR del prestador. Todas las etapas de IVE son en este centro hospitalario, incluyendo la ecografía confirmatoria de embarazo y el hemograma. Previo a la Ley Nº 18987, el ginecólogo realizaba asesoramiento pre y post aborto por la Ordenanza Nº 369/004.

La RAP cuenta con referentes de IVE y no tiene ginecólogos objetores. El IVE 1 se realiza en el primer nivel, si alguna mujer consulta en su policlínica y, luego, se las deriva al hospital, tanto para consulta con el equipo multidisciplinario como para la realización de los exámenes correspondientes. A pesar de ello, las personas entrevistadas identifican un persistente peso del estigma sobre las mujeres, particularmente por parte del personal que atiende en las policlínicas (enfermería, recepción y administración), lo que lleva a que, muchas veces, las mujeres acudan directamente al segundo nivel.

En el **hospital de Rocha** no tienen dificultades en la realización del IVE 1. El equipo de SSR suele recibir a las mujeres que son derivadas, ya con el IVE 1 realizado.

El **hospital de Castillos** también realiza IVE 1. Para el IVE 2 se debe derivar porque el centro no cuenta con especialistas en psicología, por lo que no se puede conformar el equipo multidisciplinario. De todos modos, las mujeres son derivadas ya con la ecografía y el análisis de sangre realizados.

El IVE 2 se realiza en **la policlínica de SSR**. Consiste en tres entrevistas, una con cada miembro del equipo (asistente social, psicóloga y ginecólogo). Durante esta entrevista se informa a las mujeres sobre la ley y se indaga sobre los motivos y situación de la usuaria. Se les ofrece consultas adicionales, si así lo desean, antes de tomar la decisión. También se les ofrece dar seguimiento post IVE (particularmente, a las que muestran "señales de arrepentimiento" o un estado emocional vulnerable). Estas consultas las realiza la psicóloga del equipo.

La ratificación del deseo de interrumpir el embarazo, pasado el período de cinco días de reflexión establecido por la Ley Nº 18987, suele ser alta. El porcentaje de mujeres que deciden continuar con el embarazo tras iniciar el proceso de IVE es muy bajo según las entrevistas, por lo que la mayoría de las mujeres que pasan por IVE 1 y 2 llegan al IVE 3.

El IVE 3 se realiza generalmente por el especialista en ginecología del equipo, aunque la mujer puede realizarlo con su referente si lo prefiere y no es objeta. Suele realizarse IVE medicamentoso y la repetición de la medicación no parece ser un inconveniente. En el **hospital de Castillos** no se realiza IVE 3 ya que la única ginecóloga que trabaja allí es objeta de conciencia.

Al ginecólogo del equipo de SSR le corresponde también realizar el IVE 4. Se realiza una evaluación física de la mujer y asesoramiento en anticoncepción. Desde el IVE 2, ya se hace hincapié en la importancia de la consulta post IVE. Usualmente, las mujeres que asisten a IVE 4 ya salen con un método recetado

o, al menos, con una idea de cuál utilizar. Aun así, la asistencia a IVE 4 a veces resulta problemática, en especial con las mujeres que provienen del interior del departamento.

En el hospital de Castillos practica el IVE 4, por lo tanto, las mujeres que transcurren por un IVE y viven en Castillos pueden realizar esta etapa con la ginecóloga del Hospital, si así lo desean, sin tener que trasladarse hasta la capital departamental.

Las mujeres que llegan al **hospital del Chuy** por IVE son atendidas y coordinadas por enfermeras que les agandan consulta ginecológica fuera de lista. Todo el proceso (incluyendo análisis de sangre y ecografía) se realiza allí, excepto la consulta con asistente social, por falta de recursos humanos. Esta entrevista se hace en el hospital de Rocha.

Si se observa el número de procedimientos de IVE iniciados y culminados en el hospital de Chuy, se observa que **casi la totalidad de las mujeres que comienzan el proceso lo terminan, asistiendo incluso a la etapa de IVE 4**, algo atípico ya que usualmente muchas mujeres concurren a la IVE 1 y 2, y no así a la 3, y otras tantas que llegan a la IVE 3 no asisten a la consulta post aborto. El número de abortos en total tiene un crecimiento esperable año a año. Al igual que en el resto del país, todos son por vía medicamentosa.

Número de procedimientos de IVE realizados por año en el hospital de Chuy para el período 2013-2015

Número de procedimientos IVE realizados	Período		
	2013	2014	2015
IVE 1	38	51	71
IVE 2	37	49	71
IVE 3	36	48	69
IVE 4	36	48	68

Por otro lado, la repetición de los medicamentos **es prácticamente nula**. De las 68 IVE realizadas en 2015, **sólo 1 requirió repetir la medicación una sola vez**.

En el caso del hospital de Castillos **sólo 2 procedimientos de IVE** se iniciaron en 2015. Las mujeres fueron derivadas al Hospital de Rocha. Los abortos por los que transitaron estas mujeres también fueron medicamentosos.

Un inconveniente que surgen de las entrevistas es la falta de recursos humanos para las ecografías. Usualmente, deben coordinarse informalmente para que se realicen en tiempo y forma. Esta situación genera en algunas ocasiones una saturación de los imagenólogos, dependiendo de la demanda.

Frente al cambio de normativa, bajo las Ordenanzas Ministeriales Nº 243/016, 247/016 y 366/016, el equipo de SSR deberá pasar a trabajar en forma simultánea lo que presenta inconvenientes. Lo que genera dudas sobre las posibilidades que tiene los prestadores del interior (y en particular ASSE) para garantizar el cumplimiento efectivo de la normativa. Los recursos humanos, materiales y financieros no siempre son los necesarios para sostener un equipo que funciones en forma simultánea y a diario.

El hospital de Rocha cuenta únicamente con una asistente social, que trabaja en el ECR a partir de aprobada la Ley Nº 18987 de IVE. Otra asistente social se desempeña en el Área de Salud Mental, pero de forma tercerizada, bajo contratación del Patronato del Psicópata.

La asistencia de forma independiente y no simultánea se torna problemática para brindar atención a mujeres del interior del departamento o del medio rural, en especial aquellas que viven en localidades con escaso flujo de transporte.

Además de la atención en IVE, el equipo trabaja en anticoncepción. En esto, la mayor parte de las consultas suelen ser de mujeres. Aun así, han brindado consejería a población LGBT (incluyendo parejas), particularmente por anticoncepción e ITS/VIH. Suelen asistir pocos varones, el equipo encuentra resistencias en este sentido y argumentan que uno de los motivos es la ubicación de la policlínica de SSR ubica en el mismo espacio que ginecología. Han tenido consultas de parejas por uso de juguetes sexuales, prácticas y riesgos, y dudas en general.

Previo a la implementación de la ley de IVE recibieron la capacitación en estrategia de reducción de riesgos y daños de Iniciativas Sanitarias. Usualmente las capacitaciones o instancias de intercambio entre equipos se realizan en Montevideo, lo que se ve como un inconveniente ya que las personas interesadas no siempre pueden asistir.

COMERO

El servicio de IVE de COMERO trabaja en el marco de la Policlínica de SSR. Si bien la policlínica se lleva adelante dos veces por semana, el equipo se dedica a IVE solamente uno de los días. Todas las etapas de IVE se pueden realizar en el Policlínico del Este, en la capital departamental, donde funciona el equipo.

El IVE 1 puede realizarse por el personal médico, no importa la especialidad. Hay casos de derivaciones para la IVE 2 de especialistas en ginecología. Por lo general, las usuarias que son derivadas acuden al equipo ya con la ecografía y el hemograma realizados.

Tanto el IVE 1 como la ecografía confirmatoria y el hemograma pueden realizarse en todas las localidades que tienen filial de COMERO: Chuy, Castillos, Lascano y La Paloma.

Cuando las mujeres llegan directamente al equipo, el IVE 1 y el IVE 2 se realizan en simultáneo, junto con los estudios pertinentes, en dos consultorios separados y con dos entrevistas consecutivas: por un lado, partera y ginecóloga; por otro, asistente social y psicóloga.

La entrevista con la psicóloga y la asistente social consiste en explicar la ley (sus alcances y limitaciones, los requisitos a cumplir y pasos a seguir, etc.) y en indagar sobre la situación de la mujer, particularmente acerca de sus apoyos familiares y de amistades. A su vez, suelen interrogar sobre prácticas religiosas o creencias que tenga la mujer para saber si esto supone algún tipo de peso sobre su decisión. Si la oportunidad lo facilita, se pregunta por posibles abortos previos, incluyendo pre-ley.

Mientras tanto, la partera y la ginecóloga, realizan un chequeo físico y asesoran a la mujer en lo que corresponde al uso de misoprostol para llevar adelante un IVE.

Cuando se procede al IVE 3, generalmente se busca facilitar que las mujeres puedan realizarlo con su especialista en ginecología de cabecera, si así lo desean. En Rocha, el personal médico no objeta realizar IVE 3, aunque la mayoría de estas prácticas recaen sobre la ginecóloga del equipo de SSR. Las filiales de Lascano, Castillos y Chuy cuentan con profesionales de la ginecología no objetores, por lo que las mujeres de estas localidades pueden realizar esta etapa allí. Solamente La Paloma cuenta con un ginecólogo objeta, sin embargo, la distancia con la capital departamental no parece ser un inconveniente mayor (aproximadamente 26 kilómetros).

El promedio de IVE realizadas es de **entre 9 y 15 por mes**, alrededor de unos **150 IVE al año**, con las posibles variaciones que existen mes a mes. Los abortos son siempre medicamentosos y rara vez se necesita repetir la medicación. Usualmente, cuando se repite, no se requiere repetir más de una vez.

El IVE 4 puede realizarse tanto con el equipo de SSR en el Policlínico del Este como en las localidades que cuentan con filial. En el caso de las mujeres a quienes sigue el equipo, si no asisten a la consulta post aborto, se las llama para asegurarse de que lo hagan. Durante la consulta se realiza consejería en anticoncepción. Usualmente, la concurrencia es buena y la mayoría de las mujeres optan por algún método. En caso de no hacerlo, se les da fecha para una consulta adicional.

Las personas entrevistadas manifiestan contar con apoyo institucional para mover el horario para casos puntuales y reducir tiempos, cumpliendo de todos modos los plazos establecidos por ley. Esta es una ventaja particularmente cuando trabajan con casos de mujeres del interior del departamento que deben trasladarse para realizar con el equipo la IVE 2. En días feriados se suelen mover los horarios para que las usuarias asistan. Cuando el personal sale de licencia, tiene reemplazo, por lo que el equipo queda funcionando en todo momento.

Con respecto al cambio de normativas en lo que refiere a IVE, si bien el respaldo institucional y la flexibilidad del equipo son puntos a favor para mantener un servicio instalado todos los días a la semana, resulta difícil imaginar que sea eficiente sostener un equipo que tiene un promedio de tres a cuatro consultas por IVE por policlínica.

Se ha elaborado un protocolo interno de atención y seguimiento a usuarias que consultan por IVE para que la institución sepa cómo proceder y cuál es la ruta de acceso al servicio.

Violencia doméstica y sexual

ASSE

El prestador público no cuenta con equipo de violencia doméstica, sino que se coordina con servicios externos. Las coordinaciones son informales y no están protocolizadas ni institucionalizadas. En general, el trabajo interinstitucional es bien evaluado, sin embargo, es preocupante que los esfuerzos de este tipo se sostengan por voluntades individuales.

Existen pocas capacitaciones en el tema, aunque se evalúa como positivo que se trabaje el tema y que haya mayor sensibilización en el personal médico y no médico. Se necesita seguir trabajando, ya que muchas veces el personal médico no tiene claro cómo actuar, por más que se encuentre sensibilizado. A su vez, las autoridades entienden que mayores capacitaciones tendrían un impacto cualitativo positivo en la detección y atención de casos de violencia, algo que no sucede necesariamente por "obligar" al personal a cumplir la meta del porcentaje de formularios de detección realizados.

Las puertas de emergencias del prestador (Rocha, Lascano, Castillos y La Paloma, estas últimas tres corresponden a la RAP) cuentan con kits de atención en casos de violencia sexual, mientras que las policlínicas no. Estos kits solo tienen anticoncepción de emergencia y antibióticos, pero no profilaxis preventiva para VIH. La capacitación para el personal de emergencia en estos casos se realizó en el segundo nivel y la RAP.

El equipo de SSR/IVE indaga sobre la violencia doméstica en las consultas por IVE, particularmente en el IVE 4. Las derivaciones pertinentes, generalmente, ocurren una vez terminada la IVE 4, para asegurarse de que las usuarias asistan a las consultas.

A nivel de la RAP, en 2015 se aplicaron un total de **80 formularios de indagatoria sobre violencia doméstica**. De éstos, dos arrojaron casos de violencia que fueron derivados a Casa de la Mujer para recibir atención por un convenio entre esta organización y la Intendencia de Rocha.

En el Chuy los casos de violencia se derivan al personal de psicología y al juzgado, si se requiere asistencia social, ya que la institución no tiene. Es un problema que no se haga seguimiento por no contar con este profesional en el hospital.

En el hospital de Castillos se realizó la capacitación en atención a casos de violencia física y sexual en puerta de emergencia, a la que asistió el personal médico y de enfermería.

COMERO

Se ha realizado capacitaciones sobre el protocolo de violencia física y sexual al personal de urgencias por parte del equipo de violencia doméstica del prestador, al igual que las capacitaciones en violencia doméstica en general. COMERO cuenta con el kit de atención y profilaxis preventiva, que se encuentra en farmacia, para los casos de violencia sexual, que se encuentra en farmacia y emergencias.

El Espacio Adolescente da seguimiento y acompaña casos de violencia en población adolescente, que se detectan usualmente a través del formulario de violencia. De acuerdo a las entrevistas, se entiende que las posibilidades de este equipo para detectar casos a través de la pesquisa son mayores debido a la "cercanía" con las personas usuarias. La pesquisa es obligatoria y tienen una alerta recordatoria en la computadora para que no se omita. Asimismo, el equipo ha recibido consultas directamente por el tema violencia.

A pesar de trabajar y dar seguimiento a los casos, estos se derivan igualmente al equipo de violencia para resolver más adecuadamente las acciones a tomar.

Además del equipo de violencia doméstica, hay un grupo de trabajo con mujeres que han pasado por situaciones de violencia doméstica, que funciona desde el 2011 en el marco del Modo 1 del Plan de Salud Mental²⁴. Este grupo trabaja acompañando, apoyando y sensibilizando sobre el tema.

Si bien en el Chuy el prestador cuenta con un equipo referente en violencia doméstica, integrado por enfermera, nurse y personal de ginecología, no se reciben nuevos casos. En las entrevistas, al preguntar a qué lugar derivaban los casos de violencia, no se identificó al equipo asignado para ello.

VIH y otras ITS

ASSE

El Hospital de Rocha cuenta con una infectóloga, quien se encarga de dar seguimiento y coordinar con el Instituto de Higiene el tratamiento antirretroviral. La policlínica de SSR cuenta con test rápido y articula con esta especialista en caso de recibir una usuaria seropositiva.

A nivel de la RAP, todas las policlínicas cuentan con el test rápido de VIH. Si se detecta un caso de VIH, se deriva a la infectóloga del hospital de Rocha y se coordina el tratamiento. El primer nivel de atención da seguimiento a las personas usuarias, particularmente a las embarazadas halladas por la policlínica de Captación de Embarazo. En la atención ginecológica se incorpora el asesoramiento en ITS/VIH.

²⁴ "(...) atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario." Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Programa de Salud Mental-MSP.

El resultado del test rápido a nivel de RAP se recibe de forma inmediata y, en caso de tomarse muestras para test confirmatorio, los resultados están disponibles en 4 o 5 días. A nivel de RAP también se realiza el test de VDRL y los resultados suelen estar disponibles en ese mismo plazo.

A su vez, se extrae sangre para los controles necesarios (aunque las muestras se envían a Montevideo) y se consulta con especialistas, además de con la infectóloga (especialistas en dermatología, nutrición y ginecología).

En materia de asesoramiento, se hace hincapié en la doble protección como forma de prevención. Particularmente, por parte de aquellos profesionales que atienden población adolescente. La difusión de información para la prevención fuera de la consulta suele ser en talleres, jornadas en escuelas o liceos (u otros espacios públicos) y folletería.

El hospital de Chuy cuenta con especialistas en ginecología (2), dermatología, nutrición y psicología a para trabajar en casos de personas con VIH que asistan a consulta o sean diagnosticadas con test rápido. El hospital cuenta con test rápido y brinda el TARV, en coordinación con el SEIC. Se realizan también los test de VDRL, pero no se cuenta con el test confirmatorio.

El tiempo de espera para contar con los resultados tanto del test rápido como del VDRL es de una hora en promedio. El test confirmatorio se hace en el hospital de Rocha y los resultados tardan entre uno y dos meses.

En 2015, se diagnosticaron cinco casos de VIH (tres varones y dos mujeres) y siete casos de sífilis (cuatro mujeres y tres varones). A su vez, se encuentra un total de 10 mujeres y cinco varones en TARV, pero se desconoce el nivel de adherencia que tienen al tratamiento. En caso de embarazadas, una fue diagnosticada con sífilis, una con VIH durante el embarazo y otra al momento del parto.

El hospital de Chuy cuenta con kit de profilaxis para casos de exposición accidental laboral al VIH y medicación para prevenir la transmisión vertical del virus.

COMERO

COMERO cuenta con infectóloga, quien coordina y supervisa el tratamiento de las personas seropositivas, en articulación con el Instituto de Higiene de Montevideo. El prestador cuenta con el test rápido de VIH que se encuentra en farmacia y emergencias.

El Espacio Adolescente cuenta con test rápido y se promueve su uso. Sin embargo, la lógica de trabajo con adolescentes que se realizan el test suele ser a la inversa, se efectúa el test en emergencia y se los deriva al equipo. Si el resultado da positivo, se articula con la infectóloga.

La policlínica de SSR no cuenta con test rápido, sin embargo, recomiendan su realización a las usuarias que concurren al espacio, al que pueden acceder si lo solicitan. Se articula con la infectóloga también en caso de mujeres seropositivas, si es necesario.

La infectóloga realiza jornadas de capacitación para el personal del prestador en materia de ITS y VIH. Estas jornadas se realizan usualmente dos veces al año.

Otras prestaciones

ASSE

En materia de cáncer génito-mamario, en los hospitales de Castillos y del Chuy hay registros del número de PAP realizados y mamografías coordinadas con el Hospital de Rocha, así como del número de exámenes de próstata hechos en hospital de Chuy.

Número de mamografías, PAP y análisis de próstata realizados por año, en el hospital de Castillos y hospital de Chuy, para período 2013-2015

	H. Castillos			H. Chuy		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Nº de mamografías	-	-	129	x	184	201
Nº de PAP	297	580	509	X	653	755
Nº de análisis de próstata	*	*	*	305	379	457

A su vez, entre 2014 y 2015 se detectaron 15 casos de cáncer de cuello de útero y 17 de cáncer de mama.

Síntesis del departamento de Rocha

El departamento de Rocha tiene cualidades particulares, entre las que se encuentra la gran dispersión de su población. Con varias ciudades importantes, más allá de la capital departamental, garantizar el acceso a las prestaciones de SSR, como con toda prestación en salud, tiene inconvenientes y desafíos a superar. En este sentido, se destaca que existe un **grado de descentralización significativa** de algunos servicios, **en particular aborto y atención en el parto**.

Resumiendo, algunos de los hallazgos más importantes del monitoreo en Rocha son:

- En ASSE existe un único ECR (en el Hospital de Rocha). Sin embargo, éste trabaja con énfasis en la atención directa y no en el rol de referente. A su vez, el equipo trabaja de forma coordinada, pero no simultánea ni consecutiva, lo que es un inconveniente, en particular, en la atención en la IVE.
- No es sencillo acceder a consultas de asesoramiento en MAC, porque no hay profesionales disponibles en el interior del departamento, si bien se cuenta con los métodos en policlínicas periféricas y rurales de ambos prestadores.
- Uno de los principales obstáculos de la atención en embarazo y parto en Rocha es que en el hospital no hay cobertura ginecológica de guarda tres fines de semana al mes. Las emergencias gineco-obstétricas deben de ser atendidas en COMERO.
- Desde que se implementó el modelo de atención a embarazos de bajo riesgo en COMERO, atendidos exclusivamente por parteras, bajó el índice de embarazos de riesgo, la premurez y el porcentaje de bebés con bajo peso e, incluso, el índice de cesáreas.
- En el hospital de Chuy el índice de cesáreas es de un 24% aproximadamente, valor significativamente bajo para la realidad nacional e, incluso, más bajo que el de ASSE para todo el departamento (31,4% según cifras del MSP).
- Casi la totalidad de las mujeres que comienzan el proceso de IVE en el hospital de Chuy lo terminan, asistiendo incluso a la etapa de IVE 4, situación atípica en el panorama nacional.
- En COMERO tanto la IVE 1 como la IVE 2, la ecografía confirmatoria y el hemograma requeridos para completar el proceso de aborto, pueden realizarse en todas las localidades que tienen filial (Chuy, Castillos, Lascano y La Paloma). La IVE 3 se puede realizar en todas las localidades excepto en La Paloma.
- El Hospital de Rocha y el Sanatorio de COMERO cuentan con una infectóloga que se encarga de dar seguimiento y coordinar con el Instituto de Higiene el tratamiento antirretroviral.
- El Equipo Referente en Violencia Doméstica de COMERO es guía para el resto de los profesionales, brindando asesoramiento y apoyo a quienes atienden los casos. Esto representa una excepción frente a la mayoría de los equipos del país, que siguen lo que define la normativa como su rol principal.

Experiencias y percepciones de mujeres y varones con cobertura de salud en Cerro Largo y Rocha

Las 39 entrevistas realizadas a mujeres y varones en los dos departamentos estudiados en el monitoreo (Cerro Largo y Rocha) corroboran y complementan algunos de los hallazgos obtenidos por el monitoreo de los servicios. Las percepciones de la población entrevistada indican distintas formas de vulneración de derechos en los servicios.

Las experiencias relatadas coinciden con hallazgos de estudios anteriores de MYSU, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo. La presencia de reflexiones y experiencias comunes a las encontradas en estudios previos constituyen un criterio de validez de la información basada en estas entrevistas. La información que se presenta en esta sección es producto de las entrevistas realizadas a mujeres y varones entre 15 y 49 años de ambos departamentos, con realidades similares y que ameritan un análisis en conjunto. Cada departamento tiene particularidades que deben ser consideradas igualmente, ya que no todas las afirmaciones que se presentan son traducibles a la realidad específica en cada uno.

En general, existe un grado de desconocimiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos significativo, si bien se percibe que el reconocimiento de algunos servicios en particular (anticoncepción, aborto y atención en embarazo y parto) va en aumento. Los conceptos de SDSR tienden a no formar parte del discurso de mujeres y varones, aun cuando puedan tener conocimiento sobre algunos derechos o dimensiones de este tema. Sin embargo, *"tener una mirada integral acerca de la SSR posibilita hacer un mejor uso de los servicios y prestaciones del sistema de salud. Además, brinda herramientas para enfrentarse a situaciones en las cuales el sistema pudiera estar fallando o incumpliendo aquello que la ley exige"* (MYSU, 2015a:43).

¿Tenés conocimiento sobre servicios de Salud Sexual y Reproductiva en CAMCEL?

"He escuchado en la radio, pero no mucho, más bien del aborto y eso sí..."

Laura25, 40 años, CAMCEL, Melo.

¿Has escuchado hablar de los derechos sexuales y reproductivos?

"En parte sí y en parte no... si vamos al caso creo que no".

¿Y sobre servicios de salud sexual y reproductiva?

"No, tampoco".

Pedro, 21 años, ASSE, Chuy.

¿Tenés conocimiento sobre servicios de Salud Sexual y Reproductiva en CAMCEL?

"No, o sea..."

¿Te suena?

"Si, pero no algo concreto, no."

Clara, 33 años, CAMCEL, Melo.

25 Los nombres han sido modificados para preservar la identidad de las personas entrevistadas.

¿Has escuchado hablar de los derechos sexuales y reproductivos?

"No".

¿Conocés los servicios de Salud Sexual y Reproductiva de tu prestador de salud? *"Tampoco".*

Mario, 24 años, ASSE, Melo.

Esta falta de información sobre SDSR, el contar con información fragmentada, incompleta o errónea está ligada directamente con la falta de difusión por parte de los prestadores de salud y a una cultura de recurrir a medios de comunicación, internet o la propia familia para acceder a conocimiento sobre las distintas dimensiones y derechos que hacen a la SDSR.

¿De qué manera te informás de los servicios que brinda tu prestador de salud?

"Por informaciones que veo en diarios digitales... y de la tele también."

Mario, 24 años, ASSE, Melo.

¿Cuándo tenés que informarte sobre temas de salud sexual y reproductiva, cómo haces?

"Por ejemplo acá podés ir al centro de salud y te informás de todo o vas a páginas de internet, buscás más o menos y te guiás, tenés una idea."

Julia, 21 años, ASSE, Melo.

Tal y como se identificó en el monitoreo anterior, los Espacios Adolescentes (fundamentalmente a nivel de prestadores privados) compensan esta carencia. Quienes manifestaron conocer algunos DSR y los servicios correspondientes fueron personas jóvenes que asistieron a Espacios Adolescentes en general, o personas adultas s que tienen o trabajan con población adolescente. Es necesario evaluar estos espacios con mayor detenimiento ya que, según lo manifestado por profesionales que los coordinan, no tienen el alcance deseado.

"Yo trabajo en un centro juvenil y suele venir una ginecóloga a darle charlas a los chiquilines (...) les informa sobre la policlínica, que pueden ir a sacarse el carné adolescente, información..."

Martín, 37 años, COMERO, Chuy.

¿Tenés conocimiento sobre servicios de Salud Sexual y Reproductiva en ASSE?

"Sí conozco algo (...) voy al Diego Lamas²⁶".

Diana, 19 años, ASSE, Melo.

¿Has consultado alguna vez sobre métodos anticonceptivos en tu prestador?

"Sí."

¿Sobre qué método? ¿Fuiste por algún motivo?

"Yo me iba a hacer, tipo las pruebas, a ver si tenía, alguna que otra cosa porque me tenía que sacar el..."

¿El carné del adolescente?

"Sí, el carné del adolescente."

Rodrigo, 19 años, ASSE, Melo.

26 Centro CAIF Diego Lamas. Tiene policlínica según informó la mujer entrevistada.

Con respecto a la prestación de IVE, si bien ambos departamentos cuentan con al menos un servicio instalado por prestador funcionando regularmente, se constatan barreras y dificultades en su acceso y uso. La divulgación del servicio y la información que manejan las personas sobre estos es deficitaria, escasa o nula. Hay quienes manejan información adecuada sobre el servicio de aborto, generalmente debido a que han recurrido o tienen alguien cercano que recurrió, pero hay otras personas que tienen una vaga idea de la existencia de servicios e incluso, hay quienes lo desconocen completamente.

La objeción de conciencia genera una serie de opiniones diversas que van desde la plena aceptación hasta el rechazo, con la noción de que podría vulnerar los derechos de las mujeres de continuar o no con un embarazo.

A pesar de ello, se observa que la figura "objeción de conciencia" es profundamente desconocida. Tanto varones como mujeres responden con desconcierto frente a la pregunta sobre si saben qué es este concepto, aun cuando conozcan la posibilidad de especialistas de ginecología de negarse al procedimiento. La presencia de objetores en sus prestadores de salud o en el departamento en general es una incógnita para la mayoría, generalmente quienes los conocen son mujeres que han transitado por una IVE, varones que acompañaron a mujeres en esa situación o personas que saben la opinión de esos. La característica común a estos casos es lo anecdótico, lo que deja claro que la información acerca de quiénes objetan conciencia no es pública ni se difunde entre la población.

¿Sabés qué es la objeción de conciencia de un ginecólogo?

"No."

[Se le explica] ¿Sabés si hay objetores en CAMCEL?

"No."

Julia, 30 años, CAMCEL, Melo.

"Sé que hay problemas con unos médicos que presentan una objeción de conciencia (...) sé que había problemas, noticias que se comparten (...) No sé si hay una lista de quiénes son para que las mujeres sepan, si está hecho eso".

Omar, 36 años, ASSE, Castillos.

En este sentido, el fallo del TCA que anuló algunos artículos del decreto reglamentario de la ley de IVE, bajo el argumento de "protección" de la información personal de especialistas objetores, impone más barreras a la difusión de esta información, complejizando aún más la situación, en especial en un proceso en que los plazos son extremadamente sensibles y acotados.

El peso del estigma, que es una barrera para el acceso de las mujeres y, muchas veces, la concepción errónea de cuál debería ser o es el rol de los servicios de IVE, pone de manifiesto este obstáculo en el discurso de mujeres y varones, sea por experiencias vividas o por su opinión respecto al tema. La desinformación incluye, además, aquello que tiene que ver con "secuelas" de realizar un aborto.

"Tengo una amiga que quería hacerlo [un aborto] y la mandaron a hablar con una psicóloga para que la convenciera y ta, por suerte la convencimos y no lo hizo. Me parece que no sería tan fácil"

porque estás quitándole la vida a un ser vivo."

Olivia, 25 años, ASSE, Melo.

¿Sabés si hay servicios de aborto en Melo?

"Poco y nada porque, supuestamente, si una mujer está embarazada va con un mayor y se hace un aborto, pero no sé qué método usan, en qué caso le aconsejan que sí o que no."

¿Considerás que una mujer que quiere abortar lo puede hacer sin dificultad?

"Yo creo que no, no sé, precisás ayuda de un psicólogo, porque no es algo normal. Tenés algún apoyo de alguien, un consejo."

Joaquín, 19 años, ASSE, Melo.

"Me parece que eso a la mujer le da miedo de ir. La situación, cada uno sabrá su realidad, pero si ya sabés que te van a exponer..."

¿Porque se comentaría?

"Sí, que se comente. Tienen que tratar de que eso no salga, que no se comente. El estigma de la mujer que lo hace es peor que, me parece a mí que eso hace que busquen otra cosa..."

Laura, 40 años, CAMCEL, Melo.

"Creo que sería algo complicado... no considero que sea algo que te haga bien o que sea sencillo... te va a estropear una parte de tu cuerpo."

Marina, 21 años, ASSE, Castillos.

¿Considerás que una mujer que quiere abortar puede hacerlo sin dificultades?

"Desde el punto de vista médico supongo que sí. Supongo que el otro tema cultural, moral, religioso, capáz que se debe complicar, no sé. Nunca estuve en una situación así pero supongo que no debe ser lindo".

Miguel, 45 años, CAMCEL, Melo.

"[Contando sobre el caso de una amiga] la mandaron hasta Rocha, a una mesa de profesionales... supuestamente había un psicólogo o una psicóloga ahí, asistente social y nurse, me parece también. Duró 15 minutos y básicamente trataron de convencerla de que no se hiciera el aborto, pero ella decidió que sí. Y cuando llegó acá, ella pensó que el ginecólogo le iba a tramitar el tema de las pastillas, y no, ella tuvo que ir a ventanilla, ella las tuvo que ir a comprar, y desde ahí estás como dando la cara, es obvio por qué compras eso..."

Elisa, 27 años, COMERO, Chuy

En general, las mujeres se encuentran más informadas que los varones o tienen al menos más idea sobre la existencia de servicios de aborto en sus departamentos y sobre el alcance de la ley, situación que se replica en varias dimensiones de la SSR por impacto del viejo modelo de atención materno-infantil, que sigue presente hasta en la organización de los servicios muchas veces orientados a mujeres o exclusivos para ellas.

En materia de anticoncepción hay un fuerte discurso tanto en mujeres como en varones sobre el rol central de la mujer en el cuidado. Son ellas quienes generalmente acceden a los servicios de este tipo, en especial aquellas mayores de edad y con pareja estable. Los varones tienden a acceder a estos servicios cuanto más jóvenes son o cuando no tienen pareja estable, que es cuando se registra mayor uso del preservativo masculino. Los Espacios Adolescentes son cada vez más un lugar de referencia en este sentido. Las entrevistas dan cuenta de esto y reafirman lo ya identificado por MYSU en dos encuestas de hogares realizadas entre 2011 y 2013 a mujeres y varones de entre 15 y 49 años de todo el país.

De los varones de entre 15 y 19 años encuestados por MYSU casi la totalidad declararon haber usado un método anticonceptivo en su última relación sexual, con el preservativo como el método más usado (80% de los casos). El porcentaje cae a un 44% entre los varones de 35 a 49 años, con un incremento notorio de los ACO (de 18% entre los adolescentes a 37% en este tramo de edad) (MYSU, 2015b:47). Entre las encuestadas, el uso de preservativo entre aquellas sexualmente activas es de un 42% (MYSU, 2013a:41), y asciende a 89% entre las adolescentes (MYSU 2013b:19).

La decisión acerca del uso de métodos anticonceptivos radica sobre las mujeres, especialmente a medida que la edad aumenta y las personas conforman parejas más duraderas. Prácticamente la mayoría de las personas entrevistadas que manifiestan estar en una pareja estable optan por ACO (seguido por DIU) como método anticonceptivo habitual e, incluso, quienes no se encuentran en esta situación, plantean los ACO como el método a utilizar de encontrarse en una relación estable.

"Yo siempre usé pastillas, desde que empecé a tener relaciones siempre tomé pastillas igual. Y con mi pareja hace 13 años que estamos juntos, al principio utilizamos preservativos y ahora usamos pastillas, uso yo las pastillas."

Jessica, 33 años, CAMCEL, Melo.

¿Con tu pareja o parejas cómo deciden que método usar?

"En conjunto."

¿Qué métodos usan?

"Condones y ella toma las pastillas."

Mario, 24 años, ASSE, Melo.

"Yo siempre he usado preservativo, la única razón para no usarlo sería una pareja estable y de confianza, pero me parece que es el mejor por evitar las enfermedades."

Lucas, 36 años, COMERO, Rocha.

"Antes de tener el DIU compraba anticonceptivos, pero hace muchísimos años que tengo el DIU. Mi hija tiene 17 (...) Me asesoré, leí, pregunté y me pareció que me olvidaba a veces de tomar pastilla. Entonces de esa manera iba a estar tranquila, con el control que tenía que tener. Si mi organismo lo toleraba... así fue, impecable, no tuve ningún problema. Me lo cambié cada 4 o 5 años. Nunca tuve ningún problema que me hiciera dudar, o quitármelo."

Laura, 40 años, CAMCEL, Melo.

"Es medio acordado, al principio era preservativo, después pasamos a una pastilla... podríamos pasar a otro método."
Juan, 34 años, COMERO, Chuy.

"Yo nunca tomé pastillas (...) siempre usamos preservativo, capaz que más adelante cuando tenga una pareja sí voy a tomar. (...) Siempre me he sentido segura, porque además de evitar embarazo previene el tema de las enfermedades."
Belén, 21 años, ASSE, Castillos.

Por otra parte, al igual que en monitoreos anteriores sobre VD el centro de salud no es visto como un referente y la mayoría no recuerda que le hayan aplicado el formulario de detección. Cuando sí se registra conocimiento sobre el formulario violeta de violencia, la conclusión a la que llegan la mayoría de las personas entrevistadas es que su efectividad para detectar casos de violencia es cuestionable. La misma percepción se registra entre profesionales y autoridades.

¿Sabés dónde pueden recurrir las personas víctimas de violencia doméstica aquí en Cerro Largo?
"En el MIDES, es un lugar donde te asesoran mucho y te ayudan."
¿Algún otro lugar que te suene?
"¿Pienso yo que en la comisaría?"
Eliana, 19 años, ASSE, Melo.

¿Alguna vez te realizaron el formulario de violencia doméstica?
"No, que yo recuerde, no."
Tatiana, 35 años, COMERO, Rocha.

¿Sabés dónde pueden recurrir las personas víctimas de violencia doméstica aquí en Cerro Largo?
"Sé que hay una línea telefónica para llamar y la comisaría de la mujer y del menor."
Laura, 40 años, CAMCEL, Melo.

¿Sabés adónde pueden concurrir las personas víctimas de VD en Melo?
"Si, la unidad especializada en VD, la comisaría."
¿Algún otro servicio?
"Capaz en el centro de salud, pero no estoy segura."
Josefina, 21 años, ASSE, Melo.

En VD es claro que la inversión que ha realizado el sistema de salud no está dando resultados. No solo la captación de casos parece ser muy deficitaria, sino que en muchos casos los prestadores no tienen capacidad de respuestas adecuadas. ASSE no cuenta equipos que realicen atención en VD en ambos departamentos. En las mutualistas hay equipos conformados pero su alcance parece ser también limitado. El formulario de despistaje es visto de forma casi unánime por las personas usuarias y profesionales como una herramienta deficitaria y de necesaria revisión.

En este sentido, la atención se ve muchas veces limitada por el clima que se genera al trabajar con el personal médico por los tiempos de consulta, la falta de sensibilización y capacitación (muchas veces identificada por ellos mismos) y de un ambiente de contención suficiente para llevar a cabo una indagatoria sobre violencia. *"El clima adecuado para llevar adelante el llenado del formulario no se genera en situaciones de apuro por parte del profesional, insensibilización acerca de la temática o el hecho de que la usuaria lo sienta invasivo"* (MYSU, 2015c:34).

Respecto a VIH/ITS, si bien los centros de salud son reconocidos como el lugar de referencia para la atención a donde acudir en caso de necesitarlo, al igual que con otras temáticas de SSR no son vistos como referencia al obtener información. Generalmente el conocimiento que mujeres y varones manejan respecto al tema proviene de lo que han aprendido en los centros educativos, su familia o búsquedas personales en internet.

¿Qué información sobre VIH has recibido?

"La información que me dieron en clase y eso. Lo demás ninguno. Porque vas al centro de salud y están los afiches, pero leés el material y más información no tenés. Si te interesa el tema buscás en internet, pero creo que hay muy poca difusión de eso."

Olivia, 25 años, ASSE, Melo.

¿Dónde has recibido información sobre VIH has recibido?

"Básicamente a nivel de prensa, de leer en internet. No he consultado específicamente por eso, sí me he hecho algún análisis de rutina, como tantas veces y he pedido que me lo hagan [al test]."

Felipe, 45 años, CAMCEL, Melo.

¿Qué información sobre VIH has recibido?

"En el liceo, lo que te dicen en el liceo, lo que te explican. Acá en el taller también y ta más nada. Y lo que uno lee en otros lados, escucha."

¿Y de otras infecciones de transmisión sexual, has recibido alguna información?

Sí también, pero generalmente no son muy... Por ejemplo, sífilis, la más conocida, gonorrea, alguna de esas, después el papiloma que se escucha bastante. Pero de más, más nada. Si no busco o no leo en ningún lado, sinceramente no tengo idea."

Sara, 26 años, ASSE, Melo.

¿Has recibido información sobre VIH desde tu centro de salud?

"Desde mi centro de salud no, que yo recuerde, no".

Martín, 37 años, COMERO, Chuy.

Esta falta de referencia del centro de salud como lugar no solo de atención y tratamiento, sino de información, consejería y asesoramiento, podría estar ligado con las aún presentes nociones erróneas sobre VIH como que "elegir correctamente a la pareja" e incluso otras como "no compartir mate con alguien con VIH" siguen existiendo en mayor o menor medida en la comunidad (MYSU, 2013a-b; MYSU, 2015b). También resulta destacable que las mujeres solían conocer el test de VIH y se lo habían realizado en

mayor medida que los varones, algo que se puede intuir está vinculado al hecho de que el test de VIH se ofrece a todas las mujeres embarazadas²⁷.

Entre los varones, la información sobre examen de próstata es limitada, y en la mayoría de los casos manifiestan que a menos que consulten por ello, no reciben información alguna, hasta encontrarse ya en la edad recomendada para comenzar a realizarse el examen. El manejo que los varones tienen de información sobre este tema es mínimo o nulo, al igual que suele suceder con la vasectomía y, en general, con lo que refiere a su SSR, lo que reafirma que la vida reproductiva y sexual de los varones no es vista como algo que compete a las instituciones de salud, ni por parte de los prestadores (que no cuentan con servicios específicos para ellos) ni por parte de los propios varones.

El poder médico en la relación entre profesionales y personas usuarias aparece repetidas veces en la percepción de la población encuestada en relación a la atención en SSR y en otros aspectos de la salud en general, manteniendo un hilo de continuidad con los monitoreos anteriores. *"En el campo de la SSR esta relación de poder adquiere especial significado del control de la sexualidad y del cuerpo femenino. A las desigualdades de clase y de género, se suma el valor del conocimiento científico por sobre toda otra forma de saber y el lugar del disciplinamiento arraigado en la práctica médica frente al reclamo de la autonomía y libertad del derecho ciudadano"* (MYSU, 2015a:56).

La imposición de valores y creencias en las consultas, así como el no respeto a las decisiones sexuales y reproductivas de la población usuaria se ve reflejado tanto en los relatos de mujeres y varones, como de profesionales.

En este sentido, se destacan casos de violencia obstétrica y otro tipo de situaciones vinculadas a la atención pre y posparto, relatos que se identifican en algunas de las entrevistas a mujeres y que dan cuenta de procesos de largo plazo, experimentados por mujeres de distintas edades y niveles educativos, tanto del prestador público como de los privados.

El destrato y abuso verbal a las mujeres en trabajo de parto, la presión por la lactancia durante el puerperio, el no brindar toda la información sobre qué se va a hacer o está haciendo, e incluso la negativa a que sean acompañadas durante el parto, son algunos ejemplos de violencia institucional que experimentan las mujeres (y a veces sus parejas) de parte de profesionales de la salud. La falta de interés en las mujeres una vez dan a luz, es otro relato recurrente, que reafirma la idea de las mujeres como meros "envases" que contienen al "bebé" hasta el nacimiento, receptoras a las que se les brinda atención no por el proceso que están viviendo, sino por el resultado final del embarazo.

"Hice una mastitis y estaba con depresión posparto que no sabía que la tenía, y solo lloraba, lloraba y lloraba, no sé si en un momento las aburrió [a las enfermeras], me hablaron medio mal y tuve que llamar a mi ginecólogo, en ese momento, y fue él que las frenó a ellas y ahí cambiaron el trato."

Jessica, 33 años, CAMCEL, Melo.

²⁷ Decreto N° 295/97 (MSP).

Después del parto, ¿sentiste que la atención fue buena?

"No, ahí me parece que había una falla. Que le dan la atención al bebé y a la madre la dejan de lado. Y otra cosa que siempre digo que es mal atendido es no enseñarte a dar de mamar, ahora como que están tomando conciencia..."

Alicia, 43 años, ASSE, Castillos.

"A mí me metieron a un cuartito porque era cesárea, estaba en un cuartito mirando, pero no podía estar con ella (...) A mí no me avisaron que ya estaba la ley de que podía entrar el varón a las cesáreas, y al contrario, me dijeron que no podía."

Omar, 36 años, ASSE, Castillos.

¿Se promovió que fueras acompañada por tu pareja en las distintas etapas?

"No, en eso, ahí no, para nada. Él una vez planteó si podía entrar al parto, en ese momento no. (...) No sé si llegamos a pedir, pero preguntamos y dijeron que no. No había clases de parto tampoco."

¿Y no pudiste estar acompañada entonces en el momento del parto?

"En la sala de parto no. Antes sí, se turnaron mi madre y él, un rato cada uno. Cuando ya me llevaron a la sala de preparto ya fui sola."

Laura, 40 años, CAMCEL, Melo.

"Le hicieron los controles de latidos, el niño había perdido los latidos y la respiración. Salieron corriendo, la llevaron corriendo y la llevaron para la sala y no me dejaron entrar a ver qué estaba pasando. Estaba lleno de enfermeras y doctores allí, y no me dejaron pasar. Y no había nadie, se la llevaron y no me dejaron pasar. Y después que pasó todo, como a la media hora, me enteré que le habían hecho la... no me acuerdo, pero le hicieron un corte para sacar al niño". **Lucas, 36 años, COMERO,** las mujeres y sus parejas encontraron adecuada la atención durante el embarazo, el parto y posparto. Destacaron sobre todo el respeto que en general se le dio al acompañamiento durante el parto, algo que reflejan las cifras nacionales. Este punto en particular ha ido evolucionando positivamente en los últimos años y tanto varones como mujeres lo valoran como una experiencia positiva.

"Entré al parto de mis hijos (...) Incluso hicimos algún tipo de preparación del parto, algunas clases y me sentí muy a gusto (...) Me hicieron sentir muy a gusto y fue una experiencia inolvidable."

Felipe, 45 años, CAMCEL, Melo.

¿Estuviste acompañada durante el parto?

"Sí, mi esposo siempre estaba conmigo, estuvo en los partos y en los controles también"

Alicia, 43 años, ASSE, Castillos.

El poder que ejerce el personal de especialistas sobre la población usuaria en las consultas se traducen en situaciones de vulneración de derechos, que no terminan siendo denunciadas, ya

sea porque desconocen la posibilidad de hacerlo, o porque sienten temor a posibles represalias del personal de los centros donde deben seguir atendiéndose. En otros casos no se encuentran canales de denuncia claros o las expectativas sobre los resultados y las posibilidades de que se genere algún cambio ante las situaciones denunciadas son escasas, lo que resta motivación.

"Hay mucha burocracia. 'Hablá con fulano'. Si fulano no te atiende, que no te atiende... Entonces como que mucha burocracia para un trámite que sería muy sencillo, las razones no sé."

Laura, 40 años, CAMCEL, Melo.

"Siempre escuchas a alguien que te dice que hizo el reclamo y fue al santo botón. Por lo general, es muy difícil que vos hagas un reclamo y te hagan un citatorio y te hagan un planteo de qué pasó y por qué pasó. Ellos toman la decisión de lo que va bien, o cómo manejarlo en ese momento, pero creo que es muy difícil que se resuelva algo"

Sonia, 38 años, ASSE, Melo.

"Hacerle una demanda al hospital es como hacerle una demanda a la policía, nunca vas a ganar."

Fátima, 25 años, ASSE, Rocha.

REFLEXIONES FINALES

El estudio realizado en los departamentos de Cerro Largo, Rocha y Montevideo confirma situaciones encontradas en otros lugares del país en relación con la puesta en marcha de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención legal del aborto. Asimismo, se identifican particularidades y condiciones específicas vinculadas a la realidad de cada departamento. Destaca la situación de Montevideo, en tanto capital del país, que concentra casi a la mitad de la población, es sede de las autoridades sanitarias nacionales y en su territorio se ubican las principales instituciones públicas y mutuales de salud, algo a lo que se hace referencia en el informe correspondiente.

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 públicas o privadas, a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En las localidades estudiadas 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 población adolescente.

Con el monitoreo a partir de 2013 de 10 de los 19 departamentos del país, se **destaca como principal avance la existencia constatable de servicios de salud sexual y reproductiva** que, aunque con limitaciones, están funcionando. Esto habilita a la población a acceder a numerosas prestaciones que posibilitan el ejercicio más adecuado de los derechos sexuales y reproductivos.

En los relevamientos que se realizaron, también se identificaron obstáculos y vacíos, que actuarían como barreras para el acceso universal y problemas en la calidad de la atención, que deberían corregirse para mejorar la perspectiva de derechos y equidad de género en la política de salud. Se detectó un déficit en el control y cumplimiento de normas y guías que regulan la implantación de estos servicios, lo que genera diversas maneras de organizarlos por parte de las instituciones, lo que va en detrimento de un fácil acceso de la población y una apropiada difusión. No siempre las necesidades de las personas encuentran la adecuada respuesta de las instituciones, ni la oferta de los servicios es debidamente recibida por la población usuaria.

Además, se constata una debilidad significativa en el **abordaje integral de las prestaciones en SSR**, presente en la mayoría de las instituciones estudiadas a lo largo del territorio. La atención en SSR se ha restringido a brindar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo y, en menor medida, a la anticoncepción. Son excepcionales los centros de salud que atienden integralmente las diversas dimensiones vinculadas con el ejercicio de la sexualidad de las mujeres de distintas edades y condiciones y sus decisiones reproductivas. Los servicios siguen pensados y organizados de manera vertical y las problemáticas que afectan a la salud de las mujeres en este campo, generalmente no se abordan bajo un enfoque multidimensional, transdisciplinario e interinstitucional.

Si estos servicios aún son deficitarios en la atención de la SSR de las mujeres, para **los varones** la situación es particularmente preocupante dado que, en la gran mayoría de las instituciones estudiadas,

no hay respuestas dirigidas a ellos: su presencia es marginal o solo refiere a acciones puntuales y esporádicas. Con el monitoreo a nivel territorial, se confirman los datos obtenidos en la encuesta de hogares (MYSU, 2012) en la que se identificó que los varones conocen muy poco sobre DSR y no perciben tener necesidades en SSR. Así como se constata que las respuestas en salud, si bien se ha intentado superar el modelo materno-infantil, se continúa marginando a los varones. Se los ha incorporado como acompañantes en el momento del parto, como población objetivo para la distribución de condones y, en menor medida, para la detección precoz de las infecciones de transmisión sexual.

La SSR aún es pensada como "servicios para mujeres", con todas las dificultades que esto implica. Los varones no son conscientes de sus DSR y continúan ejerciendo su sexualidad sin la co-responsabilidad del cuidado y protección que permita prevenir y evitar las consecuencias negativas de su goce. Por lo tanto, los varones no mejoran su SSR, ni tampoco contribuyen a reducir las consecuencias negativas que impactan sobre la salud de las mujeres como, por ejemplo, las maternidades forzadas, la violencia sexual o la trasmisión de ITS.

En Montevideo, Rocha y Cerro Largo, **los servicios de SSR siguen dirigidos, pensados y organizados para atender a las mujeres**, como lo evidenciaron estudios anteriores en otros departamentos del país. Estos se reducen a la atención de la interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción, quedando las otras dimensiones a cargo de otros equipos y no necesariamente funcionando de forma intervinculada (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. En el interior del país existe al menos un servicio de aborto en cada gran prestador de los departamentos monitoreados que se ubica, en general, en la capital departamental y en otras localidades importantes del departamento, acorde al volumen de población. En general, funcionan con regularidad, por lo menos, una vez a la semana. Hay disponibilidad de misoprostol y mifepristona en las farmacias intra-hospitalarias y no se registran inconvenientes para su acceso en los servicios legales de las instituciones públicas y privadas.

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 hubo en todo el país 9.362 abortos legales enlenteciéndose el crecimiento en relación al registrado entre 2014, que hubo 8.537 IVE y las 7.171 ocurridas en el 2013. El mayor porcentaje de 2015 fue en Montevideo (56%), aunque bajó en relación a 2013 (62%) haciéndose más pareja la cifra con el resto del país, que fue de 38% en 2013 a 44% en esos dos años. La cobertura estuvo dividida casi a medias entre el sistema privado (51%) y el público (49%), a diferencia de primer año de implementación en el que los porcentajes fueron 55% y 45% respectivamente.

En general, los **equipos coordinadores referenciales en SSR** han perdido su función coordinadora y se convirtieron en quienes brindan atención directa, particularmente, en aborto, algo particularmente notorio en los servicios del interior del país. Esto es una situación que debería alertar a las autoridades correspondientes dado que se pierde la concepción integral de la atención en SSR en la que se inscribe la IVE. Asimismo, muchas veces es un solo **profesional de alguna de las especialidades que brinda el servicio en un prestador** o incluso, en todo el departamento, lo que se traduce en que el servicio depende de esa persona. Por ejemplo, en el departamento de Rocha hay sólo 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 tanto, el resto del mes, las mujeres son derivadas a la ciudad de Melo, con una distancia de 80 kilómetros.

La cantidad de profesionales objetores de conciencia no pudo determinarse en los departamentos de Cerro Largo y de Rocha 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 esos profesionales. Sin embargo, el relevamiento a terreno sí permitió al Observatorio identificar cuántos son los profesionales que efectivamente están brindando el servicio y en qué lugares no hay disponibilidad de recursos humanos. La ciudad de Castillos, en Rocha, se suma a la lista de localidades que, como en el departamento de Salto y las ciudades de Young (Río Negro) y Mercedes (Soriano), que hay 100% de objeción de conciencia por parte de especialistas en ginecología que allí ejercen.

También pudo detectarse que hay profesionales brindando los servicios que no cumplen con las pautas y criterios de atención establecidas por la normativa sanitaria nacional, sino que se rigen por sus propios criterios. Por ejemplo, hay especialistas que no realizan la IVE si la mujer no tiene menos de 10 semanas de gestación en curso, como sucede en Melo.

Por su parte, la modificación reglamentaria sobre los servicios de IVE que el Ministerio de Salud debió realizar a partir del fallo del TCA anuló artículos que flexibilizan la manera en la que las instituciones pueden 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 consecutivamente debido a que son pocos para cubrir el servicio y con horarios restringidos debido a los múltiples lugares de trabajo en los que desempeñan sus tareas.

Por otra parte, no para todas las instituciones monitoreadas se justifica tener a disposición todos los días un equipo de estas características, 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. Pero también en lugares como el Hospital Pereira Rossell, 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 de 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 sin demoras para las mujeres. 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, lo que lleva a que las mujeres queden 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 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.

No hay 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. Aunque hay excepciones como la del hospital del Chuy, en el que prácticamente el total de mujeres asistieron a esa consulta. Pero debe preocupar el número significativo de mujeres que no asisten al control luego de haber abortado, con lo que no se asegura que reciban el asesoramiento y la provisión anticonceptiva que pudieran requerir. 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, puede identificarse una mejora en los servicios de anticoncepción, en particular 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 finalizado 2016, de acuerdo a lo resuelto por el MSP. La disponibilidad de condones femeninos también es positiva, aunque ha sido débil la difusión sobre su uso y la promoción por parte de las instituciones de salud. De acuerdo a la información relevada, los preservativos masculinos y los anticonceptivos orales siguen predominando en la opción anticonceptiva de las mujeres, lo que constata la 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 aumente significativamente su solicitud. En la revisión de normativas que realizó el Obser-

vatorio, pudo detectarse que en lo relativo a 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 la mayoría de edad de la persona que lo solicita y la firma de un consentimiento informado. Igualmente, 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 duda, existe un vínculo entre el bajo número de éstas y la persistencia de los paradigmas de atención materno-infantil y planificación familiar, que sitúan sobre la mujer el peso de las decisiones reproductivas, particularmente 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 para promover y articular dispositivos que acerque 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 joven, que debería satisfacer allí parte de sus demandas y requerimientos en SSR.

En **c cuanto a la atención de VIH**, se destaca 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 el tratamiento en los centros de salud en el que controlan el embarazo y no requieren traslado, un hecho muy positivo porque reduce riesgos innecesarios y costos.

En cuanto a la atención durante el **embarazo, parto y puerperio**, se reiteran las diferencias en la incidencia de cesáreas entre el sector público y el mutual. Los servicios de ASSE de Cerro Largo y Rocha cuentan con maternidades que promueven el parto humanizado y tienen números de cesárea que los 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 ha sido 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 esta 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 es el personal especialista en ginecología quien acompaña mejor a la mujer durante el control del embarazo, preparación, trabajo de parto y puerperio.

Como ya se señaló 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. Sin embargo, sí están presentes en los prestadores de salud privados. 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 de Inmujeres.

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. 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 que ponga en cuestión el 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 deben enfrentar.

RECOMENDACIONES

- Los ECR deben cumplir con su rol específico de coordinación, tal como lo establece la normativa y no ser únicamente un equipo de atención directa. El rol coordinador de este equipo es un elemento clave para promover la integralidad de la atención en este campo.
- Para evitar la fragmentación de la atención y el estigma asociado a la práctica del aborto, los equipos de SSR deberían atender todas las dimensiones de la SSR bajo 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, deben garantizar la confidencialidad y privacidad de 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, asegurando la provisión de estos servicios con profesionales y recursos materiales necesarios para cumplir adecuadamente con estas 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 un equipo referente en violencia doméstica y sexual. Estos pueden realizar atención directa, pero fundamentalmente deberían cumplir una función de referencia y contrarreferencia 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 las instancias de contralor que aseguren intervenciones ajustadas a protocolos y guías clínicas. Resulta imprescindible que las instituciones cuenten con el kit de atención para violencia sexual que permita la prevención de ITS/SIDA y de embarazos no deseados, así como la atención integral que posibilite las condiciones adecuadas de protección, atención 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. En ocasiones no se conoce la oferta disponible de métodos y en otras, no se hace un uso correcto de éstos.

- Se observa que las parteras juegan un rol clave en la atención de la SSR, por lo que debería promoverse su plena integración en los equipos de SSR, particularmente en la atención en embarazo y parto de bajo riesgo, métodos anticonceptivos, IVE, etc.
- Se requiere un rol activo de los prestadores de salud en la tarea de promover la prevención de infecciones de transmisión sexual y su articulación con otras dimensiones y situaciones de la SSR. Por ejemplo, en el vínculo entre VIH y violencia, embarazo, aborto y lactancia en mujeres con VIH, entre otros. 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, desempeño de los equipos y de resultados de los servicios brindados, incluyendo la calidad de la atención bajo la 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 las 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 Marínez Navarro F. et al., coord. 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, UDELAR.

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.presidencia.gub.uy>

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