

mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

**Informe
2008**



O

**OBSERVATORIO
NACIONAL**

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

© 2008 MYSU

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

*MYSU (2008) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva.
Informe 2008, MYSU.
Montevideo.*

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salto 1267
Montevideo - Uruguay
Tel: (5982) 410 3981 / 410 4619
mysu@mysu.org.uy
www.mysu.org.uy

Con el apoyo de Fondo de Población de Naciones Unidas



Fondo de Población
de Naciones Unidas

El análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, su Junta Directiva y los Estados miembros.

Coordinación: Lilián Abracinskas, Alejandra López Gómez.

Equipo técnico: Alicia Aleman (coord.), Mercedes Colomar y Valentina Perrotta.

Edición: MYSU

Diseño: Jorge Martínez

Impreso en Rosgal

ISBN: 978-9974-8080-4-1

Se terminó de imprimir en Montevideo, en diciembre de 2008

INDICE

| | |
|--|---------|
| Presentación | Pág. 7 |
| La legitimación del paradigma de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud | Pág. 11 |
| Modelo Observatorio 2008 | Pág. 19 |
| <i>Objetivo general</i> | Pág. 22 |
| <i>Objetivos específicos</i> | Pág. 22 |
| <i>Metodología</i> | Pág. 22 |
| Resultados | Pág. 27 |
| <i>Características de la población</i> | Pág. 28 |
| <i>Conocimiento de derechos y normativas en salud sexual y reproductiva</i> | Pág. 31 |
| <i>Anticoncepción</i> | Pág. 35 |
| <i>Embarazo, parto y puerperio</i> | Pág. 47 |
| <i>Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo</i> | Pág. 55 |
| <i>Copagos PAP y mamografía</i> | Pág. 63 |
| <i>Violencia doméstica</i> | Pág. 64 |
| <i>Virus de Inmunodeficiencia Humana</i> | Pág. 69 |
| <i>Satisfacción de las mujeres con la atención recibida</i> | Pág. 71 |
| Discusión y recomendaciones | Pág. 75 |
| <i>A modo de reflexión final</i> | Pág. 85 |
| Bibliografía | Pág. 87 |
| Reseña de normativas sanitarias y guías clínicas | Pág. 89 |

Índice de Tablas

| | |
|---|---------|
| 1. Distribución de instituciones según subsector y región | Pág. 24 |
| 2. Distribución de la muestra de mujeres | Pág. 28 |
| 3. Distribución de frecuencia de las encuestadas según autopercepción étnico racial | Pág. 28 |
| 4. Distribución del nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas según subsector. | Pág. 29 |
| 5. Distribución de profesionales de la salud encuestados según subsector | Pág. 29 |
| 6. Perfil de los profesionales encuestados por sexo | Pág. 30 |
| 7. Conocimiento de las mujeres sobre normativas existentes referidas espontáneamente o en forma inducida | Pág. 31 |
| 8. Conocimiento de los profesionales sobre normativas | Pág. 33 |
| 9. Conocimiento global de los profesionales sobre guías de manejo clínico | Pág. 34 |
| 10. Tipo de método anticonceptivo utilizado en las relaciones sexuales | Pág. 36 |
| 11. Actitudes de los profesionales en relación con la anticoncepción de emergencia | Pág. 39 |
| 12. Actitudes de los profesionales en relación con la colocación del DIU frente a la solicitud de una mujer sin contraindicaciones | Pág. 41 |
| 13. Requisitos de las instituciones para el acceso a la ligadura tubaria | Pág. 43 |
| 14. Casos en los que los profesionales refirieron no realizar ligaduras tubarias | Pág. 45 |
| 15. Motivos expresados por los profesionales que impedirían el acompañamiento en el parto | Pág. 49 |
| 16. Frecuencia de realización de prácticas durante el trabajo de parto y parto | Pág. 54 |
| 17. Cantidad de consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado recibidas por los profesionales en el último año | Pág. 56 |
| 18. Prácticas de los profesionales frente a consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado con la intención de no continuar con la gestación ... | Pág. 57 |
| 19. Proporción de mujeres que habiendo recibido asesoramiento para la interrupción segura del embarazo vuelve a la consulta post aborto para controlar su salud con el mismo técnico | Pág. 58 |
| 20. Prácticas de los profesionales en relación con las consultas post aborto | Pág. 59 |
| 21. Actitudes de los profesionales frente a una consulta post aborto | Pág. 60 |
| 22. Frecuencia de realización de PAP y mamografía | Pág. 63 |
| 23. Motivos expresados por los profesionales que impiden la aplicación del formulario de violencia doméstica | Pág. 66 |
| 24. Nivel de satisfacción referido por las mujeres con el servicio al que concurren | Pág. 71 |
| 25. Actitudes de los médicos/as referidas por las mujeres | Pág. 71 |
| 26. Frecuencia con que las mujeres refieren que las siguientes situaciones se presentan durante la consulta con el/la médico/a. | Pág. 72 |
| 27. Frecuencia de abordaje de diferentes temas referentes a la salud sexual y reproductiva en la consulta médica | Pág. 74 |
| 28. Puntaje promedio (de 1 a 5) otorgado por las mujeres a diferentes servicios aportados por el servicio de salud | Pág. 74 |

Índice de gráficos

| | |
|---|---------|
| 1. Perfil de los profesionales encuestados según subsector y región | Pág. 30 |
| 2. Conocimiento sobre disponibilidad de MAC en la institución donde se asiste, según las mujeres | Pág. 37 |
| 3. Expresa conocimiento sobre el procedimiento de la ligadura tubaria | Pág. 42 |
| 4. Proporción de mujeres que demandó ligadura tubaria | Pág. 43 |
| 5. Proporción de profesionales que refirió haber recibido al menos una solicitud de ligadura tubaria según subsector y región. | Pág. 44 |
| 6. Percepción de los profesionales, en relación a la proporción de mujeres que obtuvo ligadura tubaria por subsector y región. | Pág. 45 |
| 7. Mujeres que refirieron haber estado acompañadas durante el parto según subsector y región. | Pág. 49 |
| 8. Frecuencia de realización de prácticas beneficiosas durante el embarazo | Pág. 51 |
| 9. Frecuencia de mujeres que tuvieron parto natural o cesárea por subsector | Pág. 52 |
| 10. Frecuencia de indicación de ácido fólico en la primera consulta en embarazos de captación precoz según subsector y región. | Pág. 53 |
| 11. Profesionales que refieren haber recibido consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado con la intención de no continuar con la gestación según subsector | Pág. 56 |
| 12. Proporción de profesionales que recibió entrenamiento para el abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado según subsector. | Pág. 57 |
| 13. Proporción de profesionales que recibió entrenamiento para el abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado según región | Pág. 58 |
| 14. Conocimiento de los profesionales de disponibilidad de test rápido en la institución según subsector y región. | Pág. 69 |
| 15. Información que las mujeres refirieron recibir por parte de los profesionales. | Pág. 73 |

PRESENTACION

En 2006, MYSU puso en marcha el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, una propuesta política y técnica de monitoreo ciudadano sobre el estado de la salud sexual y reproductiva (SSR), en el contexto de un proceso de implementación de la reforma del sector salud en Uruguay. El Observatorio se propone identificar y analizar los sesgos en el diseño e implementación de políticas públicas, según sexo, género, edad, orientación sexual y nivel socioeconómico, para generar insumos que permitan su transformación basada en criterios integrales de equidad e igualdad.

El diseño y la puesta en marcha de un Observatorio de estas características, en tanto herramienta de mayor complejidad, potencia las posibilidades de incidencia en la definición, implementación y evaluación de políticas públicas. Al mismo tiempo, ofrece evidencias construidas con criterios de profesionalidad y autonomía, que pueden servir de insumos para el trabajo de diferentes actores que intervienen en la agenda de género, salud y derechos sexuales y reproductivos.

Este importante esfuerzo institucional busca proyectarse en el escenario regional para los próximos años. Contar con una valoración sostenida del estado de situación de las políticas nacionales permitirá realizar análisis comparados de los avances, vacíos y desafíos para garantizar plenamente los derechos de las personas al ejercicio de la salud, la sexualidad y la reproducción. Asimismo, permitirá fortalecer los lazos con otras organizaciones de la región que llevan adelante iniciativas de similares características.

Durante el año 2007, el Observatorio montó la base de datos con indicadores que dan cuenta del estado de situación de la equidad de género en el campo de la SSR. El informe publicado establece una línea de base sobre distintos tópicos, incluyendo indicadores sociodemográficos, epidemiológicos y de política pública que ilustran el estado del arte y orientan las áreas de intervención que deberían ser priorizadas para avanzar en políticas, programas y servicios de salud. En él se destacan avances, temas pendientes y desafíos ante retrocesos y dificultades sanitarias que requieren de acciones por parte de distintas entidades involucradas.

Tal como lo consigna el Informe 2007, el país cuenta con normativas y guías clínicas en algunos componentes de la SSR, las cuales deberían favorecer - en la medida que se implementen adecuadamente- mejores garantías en la atención de la salud así como la reducción de barreras de accesibilidad. Asimismo, identificar el grado de conocimiento que tienen los efectores de la salud y los ciudadanos/as acerca de las normativas, es una dimensión necesaria para poder evaluar los niveles de apropiación y la efectividad que han alcanzado. Brinda también insumos para desarrollar estrategias que contribuyan a generar demanda social calificada y con capacidad de exigibilidad de derechos.

MYSU se propuso para el año 2008, que el Observatorio centrara su atención en el monitoreo de la implementación de las normativas y guías clínicas existentes en SSR en el contexto del

nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Para ello, se seleccionaron cinco departamentos del país: Artigas, Canelones, Maldonado, Montevideo y San José, en base a criterios epidemiológicos, socio – demográficos y sociales. Se incluyeron en todos ellos, servicios de salud públicos y privados. Se relevó información a través de entrevistas con directores de los servicios incluidos, encuesta a profesionales de ginecología y obstetricia, encuestas a mujeres usuarias y observación directa de salas de espera. La implementación del Observatorio en cada departamento fue acompañada de una estrategia de fortalecimiento de las organizaciones sociales de base local en su capacidad de incidencia y control ciudadano. Con ellas se identificaron áreas sensibles y prioridades en SSR así como vacíos de información que requieren de insumos para poder intervenir localmente de manera más efectiva, para que los servicios se adecuen a las demandas y necesidades de las poblaciones.

Los resultados obtenidos, que se presentan en este informe, son un insumo sustantivo para identificar las fortalezas y debilidades del proceso de incorporación del paradigma de la SSR en los servicios de salud de los sub-sectores público y privado. Permite conocer los desafíos planteados para decisores, instituciones, proveedores de salud y usuarias del sistema, así como las barreras que operan obstaculizando el acceso con equidad a la atención de la salud.

El Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva, proyecto prioritario de MYSU, cuenta con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y ha sido declarado de interés ministerial por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP).

MYSU agradece muy especialmente a todos los servicios de salud, a sus direcciones y sus profesionales y, a las mujeres usuarias, que aceptaron participar en este estudio, con la expectativa que sus resultados sean de utilidad para fortalecer y avanzar en la calidad de la atención.

Agradece también a Red de Mujeres Canarias en Movimiento (Canelones), Grupo Esperanza y Vida (Artigas), Accionar entre Mujeres Guyunusa (Maldonado), Mujeres del Area Rural Lechera (San José) y a las organizaciones integrantes de CNS Mujeres, por el compromiso y el trabajo articulado que han realizado para contribuir a la implementación del Observatorio en los departamentos seleccionados. MYSU espera que los resultados obtenidos aporten al trabajo de promoción y defensa del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que las organizaciones de mujeres desarrollan desde hace tiempo.

MYSU / Mujer y Salud en Uruguay
Diciembre de 2008

LA LEGITIMACIÓN DEL PARADIGMA
DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LOS SERVICIOS DE SALUD



LA LEGITIMACIÓN DEL PARADIGMA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

El campo de la SSR y los derechos fue reconocido en los instrumentos internacionales del sistema de las Naciones Unidas, en particular por la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación hacia las Mujeres (CEDAW, 1979)¹, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (CMM, Beijing, 1995), tomando como definición la aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta establece que la SSR es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad en los temas concernientes al sistema reproductivo. Por lo tanto, implica no solamente que la persona tenga una vida sexual satisfactoria y sana, sino también la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si quiere hacerlo; de ser así, cuándo y con qué frecuencia. Incluye el derecho de hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a servicios adecuados de educación, de promoción y de salud.

La SSR repercute en las experiencias y relaciones personales de cada individuo. Se ve influida por el contexto, incluyendo las circunstancias económicas, el nivel cultural, las oportunidades laborales, el momento del ciclo vital, la estructura familiar y el entorno político, social, religioso y jurídico. Incluye como componentes inter-vinculados:

Asesoramiento, información y educación sobre **métodos anticonceptivos** aceptables, asequibles y accesibles con la correspondiente comunicación y garantía de suministros y servicios clínicos y sociales.

La educación y los servicios especializados para la **asistencia prenatal, el parto seguro, la atención obstétrica, puerperal y neonatal esencial y la promoción de la lactancia materna.**

La prevención del **aborto inseguro, la atención institucional de aborto dentro de los límites legales y el tratamiento de las consecuencias de los abortos de riesgo.**

La prevención y tratamiento de la **infertilidad masculina y femenina.**

La prevención y tratamiento de **enfermedades no infecciosas** del aparato reproductor como fístula obstétrica, prolapso uterino y cánceres del aparato reproductor.

La información, atención y tratamiento de las **infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual** particularmente VIH y sida.

¹ Uruguay ratifica la Convención de CEDAW en el año 1981, a través de la ley 15164. Aprueba el Protocolo Facultativo en el año 2001, a través de la ley 17338.

La información, los servicios y la **educación para la sexualidad y la salud sexual** combinados con la promoción de la igualdad entre los sexos, el respeto mutuo y la paternidad responsable.

La **eliminación de prácticas perjudiciales** como la mutilación genital femenina, el matrimonio prematuro, la violencia sexual y de género en todas sus expresiones.

Los reportes de investigaciones y análisis a nivel mundial (GFHR, 2007) indican que las desigualdades intra-poblacionales (sexo, género, pobreza, edad, etnia/raza) en SSR, se atribuyen a cuatro causas principales:

1. Factores de riesgos conductuales, psicológicos y ambientales y la escasez de información y recursos que predisponen a algunos grupos y personas a una peor salud en general y a una mayor cantidad de problemas en SSR, en particular.

2. Factores sociales, económicos, culturales y personales (estigma, doble moral sexual, modelos estereotipados de género, heteronormalidad y maternidad como destino, relaciones inequitativas de poder y ejercicio violento e impositivo de la autoridad).

3. La situación de las políticas, la definición de prioridades y la asignación de los recursos que afectan la calidad, cantidad y distribución geográfica de la atención sanitaria preventiva y curativa en general y de la información y los servicios (públicos y privados) de SSR, en particular.

4. La disponibilidad y el acceso a los medios biomédicos y técnicos como métodos anticonceptivos, vacunas, medicamentos multidosis y pruebas salivales de VIH sin necesidad de análisis de sangre, por ejemplo, que influyen en la capacidad que tienen los programas de brindar servicios eficaces.

El desarrollo del paradigma de la SSR fue un paso muy significativo para entender y promover políticas de salud integrales en componentes de la salud que hasta entonces, en el mejor de los casos, se ofrecían de manera vertical y desarticulada. La perspectiva tradicional de la salud pública era definir políticas y programas de corte asistencialista y verticalista en salud materno - infantil, en planificación familiar y en infecciones de transmisión sexual. Desde esta perspectiva, la «M» del enfoque materno infantil desaparecía progresivamente en su implementación en los servicios de salud. Los servicios de salud para la madre y el hijo se olvidaban sistemáticamente de la parte materna de los mismos (Bianco, 2003) y más aún, de la mujer como sujeto de derechos. La OMS comenzó a producir hacia comienzos de los años 90, estudios sobre mortalidad materna. Mucho se sabía entonces sobre mortalidad infantil pero muy poco sobre los factores biomédicos, sociales, culturales, económicos y familiares asociados a la mortalidad de las mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto. Los hallazgos epidemiológicos de mortalidad materna rompieron el silencio alrededor de la negligencia de los gobiernos en relación a la salud de las mujeres.

Tres principios forman parte intrínseca del concepto de SSR: dignidad, igualdad y ciudadanía (Cook, 2003). La dignidad refiere al derecho de ser libre de tratamiento inhumano o degradante. El embarazo obligatorio o la violencia sexual y doméstica, son formas de este tipo de tratamiento. La igualdad refiere a tener las mismas oportunidades de tratamiento ante situaciones similares, respetando las diferencias y adecuando las políticas ante la diversidad. La igualdad se expresa en el derecho a la no discriminación por circunstancias de ningún tipo. Cuando un Estado no provee servicios de salud que solamente las mujeres necesitan, como los servicios de salud materna, tratamiento de cáncer útero-cervical, servicios de anticoncepción / anticoncepción de emergencia y servicios de aborto, se generan acciones de discriminación hacia las mujeres. Así lo establece la CEDAW (1979), al enfatizar que el acceso de la mujer a la atención de la salud requiere que los Estados provean servicios que solamente las mujeres necesitan. La negación de la autodeterminación reproductiva es una forma de negación de la ciudadanía plena de las mujeres. Muy a menudo, el concepto de ciudadanía aplicado a las mujeres se limita al derecho al voto y a la participación social (no política). Los valores y principios esenciales para una sociedad libre y democrática incluyen el respeto a la dignidad inherente de la persona, compromiso con la justicia social y la igualdad, respeto por una gran variedad de creencias, confianza en las instituciones que hacen posible la participación de las personas en la sociedad y fortalecimiento de la ciudadanía para el pleno ejercicio de todos sus derechos.

En Uruguay, la historia de la salud materno infantil tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas, iniciados hacia mediados del SXX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública, posibilitando el descenso de los indicadores de mortalidad infantil y de mortalidad materna, la captación temprana del embarazo y la atención institucional del parto. Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el «binomio madre – hijo», en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón-padre y su participación en los procesos reproductivos, trajo aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Este es un aspecto que explica, junto a otros, la tardía definición desde el Estado de políticas y programas de abordaje integral a la SSR.

Las prestaciones en planificación familiar, se comenzaron a brindar a través organizaciones no gubernamentales hacia la década de los 70. Recién en el año 1996 se inició el proceso de incorporación de una canasta básica de métodos anticonceptivos en servicios públicos de la salud, mediante el desarrollo de programas en salud integral de la mujer (IMM, MSP) que fueron directa consecuencia de las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD (El Cairo, 1994) y que contaron inicialmente con el apoyo del UNFPA. Hacia el año 2002, se incorporaron nuevas prestaciones en el primer nivel atención del MSP en Montevideo y se comenzó el proceso de incorporación de la anticoncepción en los servicios públicos del interior del país, incluidas policlínicas de áreas rurales. La universalización de la anticoncepción en los servicios de salud es aún un debe en Uruguay. El sector privado no ofrece este tipo de servicios y tampoco está disponible en todos los centros de atención del sector público, y la

puesta en marcha en enero de 2008 del nuevo Sistema de salud no ha incorporado estas prestaciones hasta la fecha.

Estudios realizados (López Gómez et alii, 2003) permitieron identificar una serie de factores que intervenían en la implementación de los nuevos programas en SSR en el sistema de salud, vinculados a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención y la propuesta de construir un modelo integral de atención en SSR. Esta coexistencia generó conflictos de diversa índole, muchos de los cuales siguen operando en la práctica de los servicios de salud:

- tensión entre un modelo centrado en lo asistencial y un modelo que se sustenta en la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria;
- tensión entre un modelo sostenido en la figura del médico en tanto «actor» principal de la consulta y un modelo que promueve la conformación de equipos de salud multiprofesionales con una perspectiva interdisciplinaria;
- tensión entre un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud y un modelo que se fundamenta en una concepción integral de la salud;
- tensión entre un modelo focalizado en la figura de la mujer – madre y un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital;
- tensión entre un modelo que considera a la mujer como «objeto» de la atención y un modelo que la considera sujeto de derechos y ciudadana plena;
- tensión entre un modelo que se basa en la implementación de programas verticales sin coordinación entre sí y un modelo que propone la inter-vinculación entre los distintos componentes de la SSR.

En el reclamo de la salud como un derecho, los derechos sexuales y reproductivos son los que específicamente han sido, son y serán el principal reclamo y el eje a partir del cual se organizan las demandas del movimiento de salud y de emancipación de las mujeres. El cuerpo, particularmente de las mujeres, ha sido territorio de dominación y control por parte de las fuerzas hegemónicas de los procesos civilizatorios en nuestras sociedades. Fue la lucha y la reivindicación del derecho a tener derechos lo que logró que en el siglo XX las mujeres alcanzaran ciudadanía plena, mucho más tarde que otros integrantes de la sociedad. El poder decidir si tener o no hijos, cuando, cuantos y con quien; la libre opción sexual y la eliminación de las prácticas dañinas como la circuncisión femenina y la cesárea impuesta, están consagradas en diversos instrumentos del sistema internacional de Derechos Humanos, sin embargo todavía deben enfrentarse enormes resistencias para que estos derechos sean reconocidos, garantizados y protegidos por parte de muchos Estados. Incluso, por aquellos que

habiendo firmado y ratificado estos tratados y convenciones aún no los traducen en políticas y acciones concretas para superar las situaciones de discriminación hacia las mujeres.

El principio de justicia social implícito en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, orienta la necesidad de desarrollar modelos de servicios de salud equitativos y solidarios. Pero no en una equidad para reproducir la discriminación y perpetuarla, sino en un modelo cultural y económico que minimiza las desigualdades de todo tipo y brinda servicios de calidad a todas las personas. La relación entre género y desarrollo en salud aporta a la visión de una sociedad más equitativa, con una distribución más justa de los recursos y beneficios de ese desarrollo, que particularmente promueva una mayor participación de las mujeres en las decisiones que afectan el bienestar común (Gómez, 2001).

Participación social y control ciudadano en salud

La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de la equidad y en especial de la equidad de género. Esta participación debe ser concebida, no como un instrumento para abaratar costos sino, como el ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los procesos que afectan el propio bien – estar. La efectiva consideración de las necesidades particulares en las políticas, así como la rendición de cuentas por parte de sus ejecutores, no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande. La participación activa de la sociedad civil, en especial de las organizaciones de mujeres, no simplemente en la implementación de acciones prescritas por otros, sino en el diseño y vigilancia de las políticas y acciones públicas., es fundamental. Esto implica abandonar el enfoque instrumentalista que ha predominado con respecto a la participación de las mujeres en el sistema de salud en beneficio de una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud (Gómez, 2001).

El monitoreo social promueve una participación ciudadana basada en argumentos, propositiva, con capacidad de exigencia de cuentas de cómo y en qué medida se garantizan las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud. Cuando los países y las sociedades viven en contextos democráticos, el monitoreo ciudadano es una excelente modalidad, que tiene antecedentes y experiencia acumulada por el movimiento de salud de las mujeres en América Latina (Bianco, 2003).

Basado en dispositivos de generación y sistematización de conocimiento, el monitoreo es una herramienta de carácter político-técnico para la incidencia política que permite contar con información confiable y consistente que califique la incidencia ciudadana en la promoción de la calidad y transparencia de los actos de gobierno. Da cuenta del grado de cumplimiento de actividades y resultados obtenidos en la planificación de un programa público, permitiendo identificar deficiencias, obstáculos y necesidades. Genera insumos que pueden contribuir a la evaluación de las acciones realizadas y a la incorporación de las modificaciones necesarias para la adecuación de las intervenciones y la eficiencia en sus resultados.

La participación no es sólo un requerimiento moral o ético ligado a la consolidación de la

ciudadanía. Se pueden identificar, por lo menos, tres tipos de motivos asociados a la participación social: éticos o axiológicos, epistemológicos y pragmáticos o de eficacia. Los éticos o axiológicos refieren a que cualquier persona o grupo que tiene intereses o están involucrados en un determinado campo de acción, tiene derecho a opinar e incidir en el mismo, especialmente porque pueden haber aspectos que les afecten directamente. Los motivos epistemológicos están asociados a que cada tipo de actor tiene una particular mirada, un conocimiento específico acerca de cuales son los factores relevantes que están determinando los resultados de la intervención así como de la realidad donde se procura intervenir, conocer o evaluar. Poner en diálogo los múltiples saberes involucrados, implicará un más amplio y profundo conocimiento para una acción apropiada. Los motivos pragmáticos o de eficacia, aluden a que si los actores se involucran desde la misma construcción del modelo de acción, se verán más motivados y comprometidos al momento de su concreción o aplicación, contribuyendo así a su viabilidad.

Las capacidades y actitudes de los y las usuarias de los servicios de salud para ejercer ciudadanía (para reclamar y contribuir a servicios de calidad acordes con el «estado del arte» y con sus expectativas y necesidades) y las actitudes del personal de salud para mejorar desempeños orientados a optimizar resultados en función de la gente, se constituyen en requisitos centrales de los procesos participativos. (Nirenberg, Perrone 1999).

Diversos estudios de la medicina moderna dan cuenta de las lógicas clasificatorias que han reinado en el campo médico: pacientes «cooperadores» y pacientes «problema», abortos «justificados» y abortos «no justificados», abortos «privilegiados» y «no privilegiados», mujeres «responsables» y mujeres «irresponsables», son sólo algunas de las tipificaciones no científicas que atraviesan esta práctica sanitaria (Castro, 2008). Al considerar a las mujeres usuarias en tanto ciudadanas y de-construir la visión hegemónica de «pacientes» - ubicadas en el último escalafón del sistema jerarquizado de la salud, consideradas como receptoras pasivas de indicaciones, prescripciones y «consejos» profesionales - se abre otro camino hacia las profundas transformaciones socioculturales que son necesarias para construir relaciones sanitarias basadas en la igualdad y el reconocimiento de los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

MODELO OBSERVATORIO 2008



MODELO OBSERVATORIO 2008

A partir de los insumos obtenidos en años previos se identificó como necesidad que el Observatorio tomara otro rumbo en el año 2008. Dada la falta de continuidad en la recolección de datos para actualizar los indicadores recopilados y analizados durante el 2007 por el Observatorio (MYSU 2007), fue valorado como imprescindible obtener información continua y permanente a partir de fuentes primarias (información obtenida directamente de mujeres, profesionales, instituciones y organizaciones sociales). Esto permitirá monitorizar y analizar el estado de situación, realizar propuestas y recomendaciones, promover intervenciones y volver a monitorizar en años sucesivos de manera tal que el Observatorio se transforme en un instrumento de evaluación del cambio.

La siguiente figura muestra cómo se relacionan los diferentes actores y las diferentes etapas de implementación del Observatorio. En el escalón superior del diagrama, se ubican las fuentes primarias de datos. A partir de ellas se nutre la base de datos y se genera la información y las recomendaciones que se vuelcan a los decisores y actores en el ámbito de la salud, ubicados en el escalón inferior del diagrama. Se espera que estos aportes generen cambios (normativas, guías, cambios de conducta por parte de usuarios/as y profesionales) que mejoren los indicadores de salud y que repercutan en las fuentes primarias, como lo indican las flechas.



En suma, esperamos que evolutivamente la información producida desde el Observatorio contribuya a la generación e implementación de las políticas necesarias a nivel nacional, institucional y académico para poder mejorar la cobertura, acceso y calidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y avanzar hacia la equidad de género y la exigibilidad de derechos por parte de la ciudadanía.

Conjuntamente con la generación de información que realiza el Observatorio, MYSU implementa una estrategia de intervención comunitaria en articulación con actores locales de la sociedad civil (en particular organizaciones de mujeres, jóvenes, personas viviendo con

VIH) con el propósito de recoger sus demandas de información, fortaleciendo su capacidad de incidencia y de exigibilidad de condiciones y garantías para el pleno ejercicio del derecho a la SSR, en sus ámbitos de inserción. En tal sentido, los resultados que ofrece el Observatorio constituyen insumos técnicos y políticos calificados que nutren el trabajo de promoción de derechos y el monitoreo de políticas y programas que desarrollan las organizaciones.

Objetivo general del Observatorio

El Observatorio busca contribuir a generar un sistema de información continua en SSR y a la construcción de indicadores de proceso y resultados en forma evolutiva. Se propone conocer el estado de situación en SSR en el país a través del monitoreo ciudadano y técnico que permita generar insumos para la elaboración de propuestas políticas y técnicas en esta área.

Objetivos específicos 2008

1. Desarrollar un monitoreo de la implementación en los servicios de salud de las normas nacionales relacionadas con la SSR en cinco departamentos del Uruguay.
2. Monitorizar aspectos vinculados a la calidad de atención de la SSR en servicios de salud públicos y privados de cinco departamentos del Uruguay.
3. Elaborar recomendaciones para potenciar la implementación de normativas legales y técnicas en el área de la SSR.

Metodología general

Diseño

Para alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio descriptivo con componentes cualitativos (entrevistas y observación) y cuantitativos (encuestas). Al tratarse de un estudio descriptivo, no se pretende probar ninguna hipótesis sino simplemente observar, describir la realidad, discutir posibles explicaciones de la misma y realizar algunas recomendaciones en relación a lo observado.

Población del Estudio

La población del estudio estuvo integrada por:

- Directores de centros de salud, hospitales o jefes de servicio de ginecología obstétrica.
- Profesionales de la salud del área de ginecología y obstetricia.
- Usuaris que concurrían a la consulta de gineco-obstetricia e ingresadas durante el puerperio.

Al proponernos monitorizar el grado de conocimiento e implementación de normativas y guías sanitarias en SSR, la población que estimamos más directamente relacionada a dicha implementación son las mujeres que consultan a servicios vinculados a esta área, ginecólogos y parteras que por su formación están directamente vinculados a la atención de las mujeres, y las autoridades de las instituciones, a fin de conocer las políticas de las mismas. La selección de ginecólogos/as y parteras entre los profesionales de la salud a encuestar se basó en la

necesidad de abordar a los profesionales que creemos es de fundamental importancia que conozcan las normativas y guías de SSR de acuerdo al modelo de atención existente hasta el 2007. Es de destacar que el nuevo modelo de atención a la salud, apunta a una atención multidisciplinaria e integral de la SSR en la que se incluyan otro tipo de profesionales (médicos/as de familia, psicólogos/as, asistentes sociales entre otros) quienes por razones de tiempo y presupuesto no pudieron ser incluidos en esta primera experiencia pero que esperamos incluir en el futuro.

Se diseñó una muestra de conveniencia, no estrictamente representativa de la población, es decir que los resultados no son generalizables al total de las mujeres o los profesionales del país. Se buscó que la muestra contemplara una buena inclusión de las diferentes instituciones existentes en los departamentos por subsector.

Se propuso abordar un número aproximado de 48 usuarias y 48 puérperas en cada centro (con excepción del Hospital Pereira Rossel en el que se encuestaron 94 puérperas dado el alto número de partos que allí se asisten). Este tamaño muestral era factible de ser alcanzado en el período de estudio y permitía una buena representación de todos los subsectores y regiones, acorde también a los recursos financieros disponibles y las exigencias técnicas que MYSU se propone para ejecutar esta tarea.

Participaron instituciones públicas y privadas de los siguientes departamentos: Artigas, Canelones, Maldonado, Montevideo y San José.

Los departamentos fueron seleccionados en base a los siguientes criterios:

- 1) Criterios sociales: departamentos que cuentan con un entramado social organizado: grupos de mujeres integradas a la Comisión Nacional de Seguimiento – Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (CNS), Red de personas viviendo con VIH y presencia de organizaciones sociales y profesionales capacitados por MYSU en SSR.
- 2) Criterios socio – demográficos y socio-económicos: zonas con mayores índices de pobreza, embarazo adolescente, incidencia de VIH, violencia de género y desempleo, entre otros.
- 3) Criterios institucionales: zonas que cuentan con institucionalidad de género local (Secretarías de la Mujer de las Intendencias Municipales, referentes del Instituto Nacional de las Mujeres, referentes del Programa Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública).
- 4) Criterios geográficos: se intentó cubrir cuatro regiones del país.

Para definir los centros participantes se consideró darle prioridad a los centros hospitalarios del subsector público en los que se asistía la mayoría de los partos del departamento y donde se realizaban la mayoría de las consultas ginecológicas, para obtener una muestra que si bien es de conveniencia buscara cierta representatividad de la población usuaria del sector público, y se incluyeron algunas instituciones del sector privado de los departamentos seleccionados que estuvieran interesadas en participar en el estudio.

La siguiente tabla muestra los centros participantes.

Tabla 1. Distribución de instituciones según subsector y región

| Departamento | Público | Privado |
|---------------------|--|-------------------------------|
| Artigas | Hospital Departamental de Artigas | GREMEDA |
| Maldonado | Hospital Departamental de Maldonado | La Asistencial de Maldonado |
| Canelones | Hospital de Las Piedras y Hospital Departamental de Canelones-Centro Auxiliar de Pando y policlínicas dependientes , Centro Auxiliar de Tala | COMECA y CRAMI |
| San José | Hospital Departamental de San José | Asociación Médica de San José |
| Montevideo | CHPR. Centro de salud de Unión, Centro de salud de Piedras Blancas. | Casa de Galicia |

Métodos utilizados

La metodología del estudio fue cuali-cuantitativa e incluyó tres tipos de técnicas: entrevistas en profundidad a las autoridades institucionales, encuestas a mujeres usuarias y a profesionales de los servicios de gineco-obstetricia y observaciones en los centros.

Se elaboraron tres tipos de formularios, un formulario dirigido a profesionales de la salud aplicado en forma autoadministrada a todos los profesionales del área de gineco-obstetricia. Un formulario dirigido a usuarias de los servicios de gineco-obstetricia que incluyó un módulo diferencial para las usuarias en el puerperio y una sección de datos del embarazo y parto que fueron obtenidos por las encuestadoras de la consulta de los carné obstétricos y/o de las historias clínicas de las mujeres encuestadas en el post parto.

A su vez para todas las usuarias se elaboró un formulario autoadministrado que relevaba aspectos de la calidad del servicio. También se elaboró una pauta de entrevista para las autoridades y una pauta de observación para las visitas a los centros.

En el formulario dirigido a las usuarias se incluyeron módulos sobre: conocimiento de normativas sanitarias en SSR, anticoncepción, violencia doméstica, asesoramiento para la interrupción del embarazo, diagnóstico de VIH en embarazadas, copagos para exámenes en el emba-

razo, PAP y mamografía, características demográficas y nivel socioeconómico. Se incluyó además un módulo sobre experiencias vinculadas al acompañamiento durante el parto, a los controles de embarazo y a algunas prácticas médicas durante el trabajo de parto y parto.

El formulario autoadministrado dirigido a usuarias buscó conocer la opinión de éstas en relación a la satisfacción con la atención. Indagó sobre el trato del personal de salud durante las consultas, tiempos de espera, información recibida, temas tratados en la consulta y percepción de la calidad de acuerdo a una escala de uno a cinco. Este formulario fue adaptado de una investigación realizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, de Argentina.(2004)

La limitación de este tipo de evaluación cuando la mujer es abordada en el centro de atención médica (dada fundamentalmente por la tendencia a sobrevalorar la calidad por encontrarse en el servicio y temer que su opinión sea divulgada) se intentó minimizar, al solicitar la opinión de la mujer en forma totalmente anónima, a través de un formulario autoadministrado y devuelto a sobre cerrado. Este tipo de procedimiento tiene como desventaja que un porcentaje alto de las consultadas puede no contestar algunas preguntas.

El formulario a profesionales incluyó datos sociodemográficos y módulos sobre conocimiento de normativas y guías de atención, actitudes y prácticas en anticoncepción, en el control del embarazo, parto y puerperio, en asesoramiento para la interrupción del embarazo, violencia doméstica y diagnóstico y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH).

La pauta de entrevista a autoridades se centró en políticas institucionales en relación a los módulos descritos para los profesionales y las usuarias.

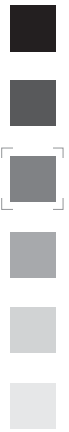
La pauta de observación identificó la existencia de estrategias de difusión de las normativas en las salas de espera y consultorios, la identificación de horarios de las farmacias y de mecanismos de acceso a los anticonceptivos.

El análisis cuantitativo se realizó examinando las distribuciones de frecuencias de todas las variables. Se calcularon las frecuencias de todos los ítems del cuestionario y se presentaron los resultados en un formulario tabulado. Luego se computaron tablas cruzando las variables por región (Montevideo e Interior) y por subsector (público y privado). El análisis de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for Social Science 11.5 (2002)

Para el análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad a las autoridades, se redactaron definiciones de categorías para cada tema. Dos científicos sociales codificaron segmentos del texto en forma independiente, utilizando las categorías definidas previamente y las de los temas emergentes que dieron lugar a nuevas categorías, para aquellos comentarios que no estuvieran contemplados. Se analizaron las entrevistas en base a la codificación diseñada.

Para la realización de las encuestas se informó a las mujeres sobre las características del Observatorio 2008, y se les solicitó la firma de un formulario dando su consentimiento para la recolección de datos. Se realizaron también acuerdos de recolección de datos con todas las instituciones participantes.

RESULTADOS



I. Características de la Población

Características de las mujeres

El tamaño muestral alcanzado fue de un total de 1325 mujeres que recibían asistencia en Montevideo e Interior del país en el sector privado y público de atención, 761 fueron mujeres usuarias que se encontraban en la sala de espera de la consulta, y 564 fueron usuarias que se encontraban internadas durante el puerperio inmediato.

La muestra se distribuyó según muestra la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la muestra de mujeres

| | Usuaris | Puérperas |
|--------------------|------------|------------|
| Montevideo Público | 94 | 96 |
| Montevideo Privado | 48 | 65 |
| Total Montevideo | 142 | 161 |
| Interior Público | 382 | 209 |
| Interior Privado | 237 | 194 |
| Total Interior | 619 | 403 |
| Total | 761 | 564 |

Se administraron dos formularios a las 1325 mujeres (entre usuarias de ginecología y mujeres durante el puerperio), uno administrado por una encuestadora para conocer los niveles de conocimiento y de recepción de regulaciones, y un formulario autoadministrado con el objetivo de evaluar la satisfacción con el servicio recibido en el centro.

La falta de datos en el formulario administrado por la encuestadora fue menor al 5% y en el autoadministrado entre 30% y 50% dependiendo de las variables.

La edad promedio de las mujeres fue 31 años. Las mujeres participantes se distribuyeron en función de la autopercepción étnico racial según lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de las encuestadas según autopercepción étnico racial

| Raza | % |
|------------------|------|
| Blanca | 92.1 |
| Afrodescendiente | 6.1 |
| Indígena | 1.6 |
| Amarilla | 0.5 |

La siguiente tabla muestra la distribución de las mujeres encuestadas según nivel socioeconómico y subsector. A nivel global, se observa que 50.1% de las mujeres pertenecieron al estrato bajo, 46.7% al medio y 3.2% al alto. Al cruzar los datos por subsector notamos que la distribución presenta diferencias, en el caso del subsector público, seis de cada diez

Resultados

mujeres pertenecieron al estrato bajo y cuatro de cada diez al estrato medio y alto; en el caso del subsector privado casi tres de cada diez usuarias fueron de nivel bajo en tanto que casi siete de cada diez fueron de nivel medio y alto. Tomando en cuenta esta distribución, consideramos que la variable «subsector de asistencia» funciona como una aproximación al nivel socioeconómico para este estudio. Para medir el nivel socioeconómico, se utilizó el Índice de Nivel Socioeconómico (INSE), validado a través de una investigación realizada por el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR) en el año 2006. Este índice, en su versión reducida incluye ocupación de la persona que aporta los mayores ingresos al hogar, presencia de personas con estudios universitarios en el hogar, número de perceptores de ingreso, y la posesión de servicios y electrodomésticos así como de tarjeta de crédito internacional.

Tabla 4. Distribución del nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas según subsector.

| | Público | Privado | Total |
|-------|----------------|----------------|--------------|
| Bajo | 60.6 | 33.1 | 50.1 |
| Medio | 39.0 | 59.1 | 46.7 |
| Alto | 0.4 | 7.9 | 3.2 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Características los/as profesionales

Se encuestaron a través de un formulario autoadministrado a 211 profesionales de la salud, distribuidos según muestra la Tabla 5. Se obtuvo un 70% de respuesta del total de profesionales abordados.

Tabla 5. Distribución de profesionales de la salud encuestados según subsector

| Profesionales | |
|----------------------|-----|
| Montevideo Público | 64 |
| Montevideo Privado | 13 |
| Total Montevideo | 77 |
| Interior Público | 71 |
| Interior Privado | 63 |
| Total Interior | 134 |
| Total | 211 |

La distribución por sexo indica que 66.3% de los profesionales entrevistados fueron mujeres. Esta distribución está fuertemente influenciada por el perfil de los profesionales, dado que el 100% de las parteras fueron mujeres.

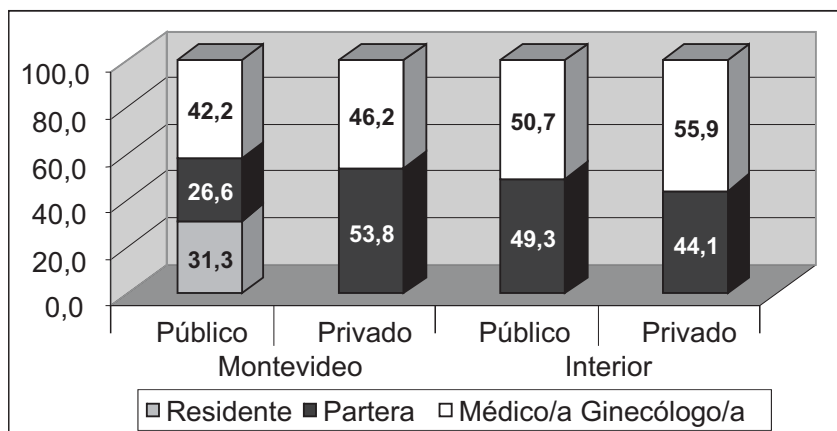
El perfil de los profesionales participantes fue: 49.3% médico/a ginecólogo/a, 41.0% parteras y 9.8% residentes.

Tabla 6. Perfil de profesionales encuestados por sexo

| Especialidad | Sexo | | |
|-----------------------|---------|---------|-------|
| | Mujeres | Varones | Total |
| Residente | 10.3 | 8.7 | 9.8 |
| Partera | 61.8 | 0.0 | 41.0 |
| Medico/a Ginecólogo/a | 27.9 | 91.3 | 49.3 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Del análisis de los datos según subsector y región notamos que los profesionales más jóvenes y en formación se encuentran en el subsector público de Montevideo.

Gráfico 1. Perfil de profesionales encuestados según subsector y región



De las profesionales encuestados 12.7% reportó ser docente de la Facultad de Medicina, de los cuales más del 80% pertenecían a instituciones públicas de Montevideo.

Participaron del estudio cualitativo un total de 19 autoridades de instituciones públicas y privadas de Montevideo e Interior. Se trató de directores de hospitales o centros de salud, o jefes de servicio de ginecología. El 58% de éstos fueron mujeres.

II. Conocimiento de normativas y guías en salud sexual y reproductiva

Un objetivo central de este estudio consistió en conocer el grado de implementación de normativas y guías clínicas en SSR. Partimos de la base de que una buena implementación de normativas sanitarias debe incluir necesariamente una amplia difusión de las mismas tanto a nivel de los profesionales de la salud como de las usuarias. Para medir el grado de conocimiento de las normativas sanitarias vigentes por parte de profesionales y de las mujeres, se incluyeron preguntas al respecto en ambos formularios.

Desde las mujeres

En el caso de las mujeres, frente a la pregunta «¿Conoce algunas normas que hablen sobre los derechos que tienen las mujeres en relación a la atención de la salud?» tres de cada diez mujeres respondieron afirmativamente, no observándose diferencias sustanciales en cuanto al nivel de conocimiento entre usuarias de Montevideo e Interior o del subsector donde recibían asistencia.

Tabla 7. Conocimiento de las mujeres sobre normativas existentes referidas espontáneamente o en forma inducida.

| Normativas | Respuesta Espontánea % | Respuesta Inducida % |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Estar acompañada durante el parto | 12.8 | 59.0 |
| Estar acompañada durante trabajo de parto | 11.5 | 63.5 |
| Que existan las condiciones adecuadas para el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. | 6.1 | 42.3 |
| No pago (tickets) por los estudios de PAP de 21 a 65 (cada 3 años en normales) | 5.7 | 21.7 |
| No pago (tickets) por los estudios de mamografía (40 – 59 años, cada 2 años) en el sector mutual. | 3.9 | 18.1 |
| Recibir orientación anticonceptiva para evitar futuros embarazos luego de la interrupción de un embarazo. | 2.3 | 70.6 |
| Que soliciten el test de VIH a las embarazadas. | 2.0 | 73.3 |
| Solicitar una ligadura tubaria por sola voluntad de la mujer. | 2.0 | 38.9 |
| Que los médicos deben investigar en la consulta si las mujeres sufren de violencia doméstica. | 1.2 | 39.0 |
| Recibir atención si tiene complicaciones después de realizarse un aborto. | 0.7 | 28.4 |
| Recibir información sobre cómo interrumpir un embarazo en forma segura. | 0.5 | 25.7 |

A aquellas mujeres que contestaron conocer normativas sanitarias, se les pidió que mencionaran de forma espontánea las que conocieran. Observamos que la normativa más mencionada espontáneamente fue el derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto y parto. Si bien ésta normativa es la más conocida, sólo es mencionada espontáneamente por casi 10% de las mujeres.

Los contenidos de las normativas exploradas fueron nombrados posteriormente a las mujeres preguntando en cada caso si habían oído hablar de éstas. Observamos que en este caso las normativas más conocidas por las mujeres fueron: la obligatoriedad de solicitar el test del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) durante el embarazo, el derecho a recibir asesoramiento anticonceptivo post aborto, y el derecho al acompañante en el trabajo de parto y parto. Se muestran los datos obtenidos en la Tabla 7.



El Observatorio llama la atención sobre el escaso conocimiento de las normativas entre las usuarias de los sectores público y privado a nivel nacional.

Desde los/as profesionales

Nos interesó también conocer en qué medida los profesionales de la salud conocían estas normativas y guías de atención clínicas elaboradas por el MSP en relación a la atención de la salud sexual y reproductiva. Dado que el formulario utilizado con los profesionales fue autoadministrado (y con el fin de evitar sugerir respuestas) se incluyó una pregunta abierta en el formulario en el que se les pidió a los profesionales que mencionaran las regulaciones que conocieran vinculadas a estos derechos de las mujeres.

Las respuestas fueron codificadas de acuerdo con los componentes centrales de las normativas vigentes. Cualquier mención a los contenidos de éstas se consideró como conocimiento de las mismas. El procesamiento de esas respuestas constituye sólo una aproximación al «conocimiento» de los profesionales en relación a las mismas, pero partimos del hecho de que aquellos profesionales que las nombraron saben de su obligatoriedad.

Sobre un total de 211 encuestados, 13.3% de los profesionales del subsector público no mencionó ninguna regulación en SSR mientras que en el subsector privado este porcentaje fue 14.5%.

Se destaca que entre las ordenanzas, decretos y leyes, la más recordada de forma espontánea por los profesionales es la ley de acompañamiento durante el parto, que es mencionada por seis de cada diez profesionales. Es de destacar el bajo porcentaje de profesionales que mencionaron la obligatoriedad de la solicitud de serología VIH en embarazadas, siendo discordante con la alta proporción de mujeres (96%) que manifestó que le realizaron el test de VIH durante el embarazo. Esto da cuenta que existiría una débil difusión de la regulación, que pareciera estar incorporada entre los profesionales en su práctica clínica habitual.

También se observa un ínfimo porcentaje de profesionales que mencionaron conocer la obligatoriedad de indagar sobre situaciones de violencia doméstica en la consulta. Lo cual concuerda con el bajo porcentaje (23.8%) de mujeres que refieren haber sido consultadas sobre situaciones de violencia en el contexto de la consulta.

Tabla 8. Conocimiento de profesionales sobre normativas

| | % |
|--|------|
| Ley 17386. Agosto 2001. Acompañamiento durante el parto | 59.3 |
| Ordenanza n° 102. Julio, 2006. Exoneración de copagos para estudios de PAP | 34.8 |
| Ordenanza 369. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo | 28.5 |
| Ordenanza n° 102 Julio, 2006. Exoneración de copagos para estudios de mamografía | 25.7 |
| Decreto 197/005 Junio, 2005. Exoneración de copagos para la atención del embarazo de bajo riesgo | 23.4 |
| Comunicado al cuerpo medico amparado en el Decreto MSP, 258/992-2006. Métodos no reversibles | 22.0 |
| Decreto 494/2006 Noviembre, 2006. La atención en salud aplica normativas que indagan sobre existencia de violencia doméstica | 6.2 |
| Decreto N° 295/97. Obligatoriedad serología VIH en embarazadas | 3.3 |

Al analizar los datos según subsector se observa que a nivel público, el 25.4% de los/as profesionales refiere conocer el comunicado al cuerpo médico sobre la posibilidad que tienen las mujeres de solicitar una ligadura tubaria con la sola firma de un consentimiento, mientras que en el subsector privado lo conoce el 16.0%. El conocimiento de la Ordenanza 369 también mostró una diferencia entre profesionales del sub-sector público (32.8%) y los/as del privado (13.3%). El análisis por región no muestra diferencias relevantes en el conocimiento de las normativas por parte de los/as profesionales.

Si bien los profesionales/as fueron consultados sobre regulaciones vinculadas a los derechos de las mujeres en relación con la atención en SSR, 30% de los encuestados hizo mención a regulaciones vinculadas a derechos laborales de las mujeres embarazadas o en el post parto. Estas menciones podrían vincularse al hecho de que se trata de normativas con mucho mayor tiempo de vigencia.

La guía de atención más conocida es la de «Normas de atención a la mujer embarazada», mencionada por la mitad de los/as profesionales encuestados, mientras que la guía de anticoncepción es mencionada por uno de cada tres. Las demás guías están muy por debajo de estos niveles de recordación.

Al cruzar los datos por subsector y región, se observa que los/as profesionales de Montevideo mencionaron todas las guías con mayor frecuencia (entre 30% y 50% más) que los del Interior. En el subsector público 20.9% cita la guía de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico para ITS, en comparación con 10.5% en el subsector privado. La guía de abordaje de situaciones de violencia es mencionada por 17.3% de los/as profesionales en el subsector público, comparado con 7.9% del privado. En el caso de la guía de tratamiento con antirretrovirales para la infección por VIH, mencionó el 10.4% de los/as profesionales del subsector público y por 1.3% del subsector privado.

Tabla 9. Conocimiento global de profesionales sobre guías de manejo clínico

| | % |
|--|------|
| Normas de atención de la mujer embarazada | 45.7 |
| Capítulo Anticoncepción. Métodos reversibles | 36.7 |
| Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). | 17.1 |
| Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud//2006 | 13.9 |
| Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA) Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización de adultos y embarazadas. | 7.1 |

El análisis de la pauta de observación realizada en los centros de salud sobre difusión con material visual de regulaciones vigentes, muestra resultados concordantes con lo relevado en las encuestas de las mujeres y profesionales, ya que sólo en 30% de los centros visitados se comprobó la existencia de cartelera o difusión de normativas o guías en las salas de espera. Fundamentalmente se trataba de información relacionada al acompañamiento en el parto, anticoncepción y amamantamiento, proveniente del MSP.



El Observatorio llama la atención sobre el bajo conocimiento de las normativas y guías clínicas por parte de los/as profesionales encuestados.

III. Anticoncepción

Accesibilidad

No hay en el país normativa vigente que regule la disponibilidad de anticonceptivos en el sistema de salud. Desde hace ya varios años los servicios de salud del MSP y las policlínicas de la IMM ofrecen métodos anticonceptivos gratuitos (MSP) y a costo de reposición (IMM). El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se puso en funcionamiento en enero de 2008 no ha incorporado hasta la fecha la anticoncepción en las prestaciones prioritarias en todos los servicios de salud del país.

Actualmente el MSP cuenta con una Guía en Salud Sexual y Reproductiva referida a Anticoncepción, específicamente centrada en los métodos reversibles publicada en 2005.

Según indica la guía, los servicios de anticoncepción deben formar parte de los servicios de salud brindados a la población, integrados a las prestaciones en ginecología habituales de los efectores de salud.

La guía establece que los servicios de anticoncepción deben asegurar a sus usuarias/os una consulta profesional con fuerte carácter preventivo y de integralidad. El plan de anticoncepción debe incluir instancias de asesoramiento, elección y administración del método, implementación de intervenciones preventivas concomitantes y seguimiento ulterior.

Los antecedentes de investigaciones sobre disponibilidad de anticonceptivos y acceso en los servicios de salud del país (CNS, MYSU, 2005, 2006, proyecto Género y Generaciones, 2006) constataban la existencia de inequidades en el acceso en las capitales departamentales y en distintas ciudades del interior del país. Estas dificultades para el acceso fueron adjudicadas a las debilidades en la logística y gestión administrativa de farmacia desde el nivel central y en la planificación de los servicios a nivel departamental.

El presente estudio incluyó un módulo sobre anticoncepción en la encuesta a mujeres, en la encuesta a profesionales, en las entrevistas a las autoridades de los servicios y en la pauta de observación en los centros.

Desde las mujeres

Las mujeres usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia fueron consultadas sobre la utilización actual o previa (en caso de ser una mujer durante el puerperio) de algún método anticonceptivo (MAC). Aproximadamente 60% de las mujeres menores de 49 años respondió que utilizaba algún tipo de MAC. Se observaron diferencias respecto del uso de MAC entre usuarias residentes en Montevideo y en el Interior, siendo éstas últimas quienes reportaron una mayor tasa de utilización de MAC (6 versus 5 de cada 10). No se observaron diferencias relevantes entre las usuarias de ambos subsectores de atención de la salud.

Se consultó a las mujeres que habían referido usar métodos sobre su elección, siendo las pastillas anticonceptivas el método más utilizado (52.6%), seguido por el condón (29.4%), y por el Dispositivo Intra Uterino (DIU) (14.76%).

Tal como se muestra en la Tabla 10, al realizar los análisis por subsector de atención y región, se observa mayor frecuencia de uso de pastillas anticonceptivas en el sub-sector privado a nivel nacional. Las mujeres del sub-sector privado de Montevideo son quienes reportan la menor tasa de uso de DIU. Se destaca el uso de la doble protección, con pastillas anticonceptivas y condones, entre las usuarias del nivel público, sobretudo de la capital del país. La frecuencia de uso de DIU junto con condones masculinos fue muy cercana a cero.

Tabla 10. Tipo de método anticonceptivo utilizado en las relaciones sexuales

| Región | Sector (%) | |
|--|-------------------|----------------|
| Montevideo | Público | Privado |
| Pastillas anticonceptivas | 45.7 | 55.6 |
| Condomes masculinos | 29.8 | 37.0 |
| DIU | 11.7 | 5.6 |
| Pastillas y condones masculinos (doble protección) | 10.6 | 1.9 |
| Interior | | |
| Pastillas anticonceptivas | 50.5 | 58.0 |
| Condomes masculinos | 22.7 | 22.2 |
| DIU | 16.1 | 15.6 |
| Pastillas y condones masculinos (doble protección) | 6.0 | 1.2 |

La guía sobre anticoncepción del MSP establece que deben existir en el marco de la consulta de SSR instancias de asesoramiento anticonceptivo en las que el/la profesional debe aconsejar y acompañar el proceso. Si bien no necesariamente todos los servicios de salud cuentan con consultas de SSR, el estudio consultó a las mujeres sobre si el método anticonceptivo utilizado había sido indicado en el centro de salud donde se asistía.

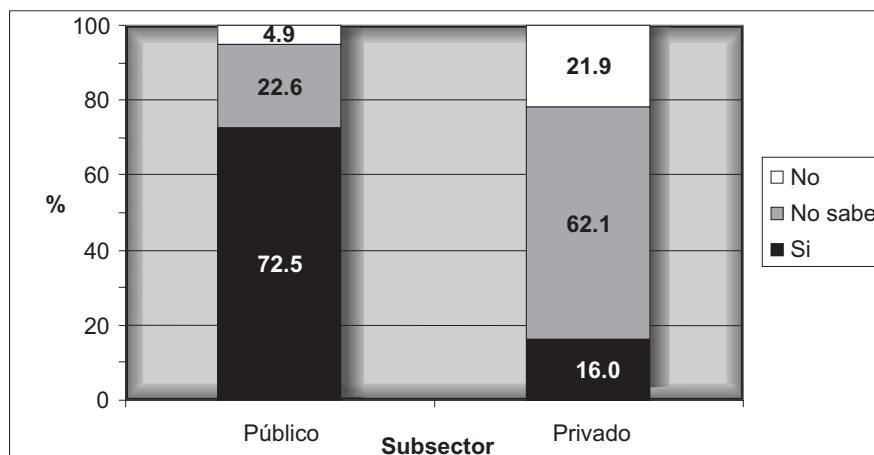
Casi la mitad de las mujeres refirió que el MAC elegido había sido indicado en el centro de salud que le brindaba asistencia habitualmente, observándose la mayor frecuencia entre mujeres del sub-sector público del Interior (61.5%), y la menor entre usuarias del sub-sector privado de Montevideo (37%).

Entre las mujeres que utilizaban métodos indicados en el centro, la mayoría (86.5%) refiere que recibió consejería anticonceptiva que incluyó información amplia sobre los métodos disponibles, observándose la mayor frecuencia de consejería anticonceptiva entre mujeres del subsector público de Montevideo.

También se consultó a las mujeres sobre su conocimiento acerca de la disponibilidad de métodos anticonceptivos en las instituciones de salud donde se atendían, observándose que las mujeres del sub-sector público fueron las mejor informadas sobre este tema. Se presentan los datos en el siguiente gráfico.

Anticoncepción

Gráfico 2. Conocimiento sobre disponibilidad de MAC en la institución donde se asiste, según las mujeres.



En el caso del acceso, en el subsector público, seis de cada diez mujeres manifestaron acceder a los métodos brindados por el centro, mientras que en el subsector privado sólo lo hicieron tres de cada diez. Esta observación es coherente con la disponibilidad de métodos referida por las mujeres entrevistadas.

Más del 80% de las mujeres que accedió a métodos en los centros donde se asistían, consideraron que el mecanismo de acceso a los mismos es fácil o muy fácil.

Entre las mujeres que no accedieron a los anticonceptivos que brinda la institución, más de la mitad de las del subsector privado manifestó que el motivo para no acceder fue que no los necesitaban. Entre otros motivos mencionados por mujeres del subsector público, se destaca que no había disponibles, o que preferían comprarlos. Asimismo, cuatro de cada diez mujeres del subsector público manifestaron que no querían usarlos, y 10% de las mismas mencionó que no le gustaban los que hay disponibles.

Desde los/as directores

Sobre la disposición y el acceso a los métodos anticonceptivos también fueron consultados los directivos de las instituciones participantes a través de las entrevistas. Se observaron diferencias al respecto según se trate del subsector público o privado.

Se destaca que el subsector público de atención refirió disponer de una amplia gama de anticonceptivos distribuida por ASSE; anticoncepción hormonal, oral e inyectable; DIU, y preservativos. La anticoncepción hormonal de emergencia estaría disponible en la mayoría de los centros, presentando dificultades en cuanto a la continuidad de su distribución dado que no siempre se encuentra disponible en las puertas de emergencia de las instituciones.

El mecanismo de acceso a los mismos suele ser a través de la farmacia contra receta, previo asesoramiento en la consulta. Habitualmente se entregan tres recetas para el caso de los anticonceptivos hormonales, mientras que en el caso de los preservativos, la mayoría declaró que son entregados sin receta en farmacia o en enfermería con la finalidad de no limitar el acceso, manifestando que esto se realiza debido a la gran cantidad de que disponen. En otros casos se entregan quince preservativos por cada receta. En los casos de entrega contra receta el/la usuario/a debe volver a la consulta para acceder nuevamente al método. Se menciona la falta de abastecimiento de algunos tipos específicos de MAC solicitados por las mujeres, lo que en algunos casos obliga a cambiar de fármaco.

«El único inconveniente es que ellos bajan la cantidad de métodos o suben la cantidad de métodos de acuerdo a la disposición que tienen ellos, o sea disposición de método, que no es la realidad nuestra» (Institución pública, Interior).

Las consultas en las policlínicas se describen como de asesoramiento sobre los métodos y en muchos casos se declaró aconsejar la doble protección.

En el caso de las instituciones privadas, la política en cuanto a la disponibilidad de anticoncepción depende de cada institución. La mayoría no ofrece ningún MAC a sus afiliados/as.

Las instituciones pertenecientes al subsector público en su mayoría manifestaron que el control sobre la distribución de MAC es realizado mediante un programa informático instalado en las farmacias, que es el programa general de fármacos que utiliza el MSP. En estas instituciones los anticonceptivos son entregados en el horario de farmacia y el control de distribución es hecho a través de ésta. En aquellas instituciones en que los médicos hacen la entrega directa de los métodos en la consulta, el control de stock es llevado en forma manual con planillas. En algunos centros no está sistematizado cómo se procesan esos registros manuales ni su periodicidad.

En estos casos de registro manual, no siempre existe concordancia entre lo que se solicita al MSP para la reposición y lo que se envía desde el MSP a los centros. Parecería haber en algunos casos, discordancias entre el tipo y cantidad de métodos solicitados y los realmente obtenidos.

Se detectaron versiones encontradas sobre la exigencia de reportar al MSP la entrega efectiva de los métodos. Mientras que algunas instituciones declararon realizarlo, otros declararon que no era una exigencia. Las policlínicas dependientes en cambio, reportan la entrega a los centros de salud u hospitales regionales.



El Observatorio alerta sobre la falta de procedimientos claros por parte de las instituciones públicas en cuanto al reporte al MSP de la entrega de métodos anticonceptivos.

Anticoncepción de emergencia

Desde las mujeres

Un aspecto de interés fue conocer el grado de indicación de anticoncepción de emergencia en los centros participantes. Se consultó a las mujeres si en la consulta ginecológica se había hablado de este método. Se observó que sólo tres de cada diez mujeres respondieron afirmativamente, y de esta proporción de mujeres que habían recibido información, se mencionó que el sexo sin protección o la ruptura o deslizamiento del preservativo fueron las principales situaciones para las que les fue indicada. No se observaron diferencias entre regiones y subsectores.

Desde los/as profesionales

De forma encontrada, al indagar este aspecto entre los/as profesionales, 82.1% señaló que habitualmente informa sobre el uso de anticoncepción de emergencia a las usuarias, y 85.6% manifestó haber recibido solicitudes de este método por parte de alguna mujer.

Entre las situaciones destacadas para la indicación del método, más de 80% de los/as profesionales mencionó que se lo indican a mujeres víctimas de violencia, si tuvieron un coito sin protección y no desean embarazos, o si la mujer tuvo un accidente con otro método anticonceptivo.

Tabla 11. Actitudes de los profesionales en relación con la anticoncepción de emergencia

| | Público | Privado |
|--|---------|---------|
| Profesionales que refirieron que alguna mujer le ha solicitado anticoncepción de emergencia | 91.2 | 81.0 |
| Profesionales que refirieron informar habitualmente sobre el uso de anticoncepción de emergencia a mujeres | 79.4 | 86.2 |
| <i>Situaciones en que indican anticoncepción de emergencia</i> | | |
| En mujeres víctimas de violencia | 84.5 | 82.4 |
| Si tuvo un coito sin protección y no desea embarazos | 84.5 | 91.2 |
| Si la mujer tuvo un accidente con otro método anticonceptivo | 80.2 | 92.9 |

A nivel global, aproximadamente uno de cada cinco profesionales encuestados manifestó no informar habitualmente a las usuarias sobre el uso de anticoncepción de emergencia.

Al evaluar cuáles eran las indicaciones para el uso de anticoncepción de emergencia, se observó que uno de cada cinco profesionales del subsector público no indica su uso habitualmente para los casos de un accidente con otro método anticonceptivo, mientras que los/as profesionales del subsector privado refirieron realizarlo en más de 90% de los casos.

Desde los/as directores/as

Al consultar a las autoridades a nivel global, se destaca que la anticoncepción de emergencia fue el método que presentó mayor heterogeneidad en relación con los mecanismos de acceso establecidos para las usuarias, siendo que algunas instituciones lo tienen disponible en Emergencia, de manera que si una usuaria se encuentra en las situaciones indicadas para su uso, puede acceder a la misma en cualquier momento; otras instituciones en cambio refirieron haber optado por entregarla junto con la receta de los otros métodos; y en la minoría de los casos se destacó que se exige el paso por la consulta para la entrega de la receta. En aquellos casos en que se entrega a través de farmacia o de la consulta, el acceso se rige por los horarios de estos dos servicios, que no cubren los domingos y los horarios nocturnos.

«En anticoncepción de emergencia ... cuando se le da la receta del anticonceptivo y el condón se le da otra receta por un anticonceptivo de emergencia y ... el otro lugar donde existe a voluntad es en la emergencia. Si no tiene la receta va a la emergencia y la retira...» (Institución pública, Interior).

«Acá por urgencia no,... viene a la consulta y por más que no tiene número nos plantea, mirá necesito anticonceptivos de emergencia porque se me rompió el preservativo. El médico le puede extender una receta, pero eso es aumentando la consulta digamos.» (Institución pública, Interior)



El Observatorio llama la atención sobre el hecho de que aproximadamente sólo tres de cada diez mujeres refirieron haber sido informadas sobre anticoncepción de emergencia en la consulta..

Dispositivo Intrauterino

Desde las mujeres

Se consultó a las mujeres sobre si alguna vez habían solicitado que les colocaran un DIU. Un quinto de las encuestadas respondió afirmativamente y de éstas, 66% finalmente lo obtuvo en el centro donde recibía asistencia. La mayor frecuencia de solicitud de DIU se observó entre las mujeres del subsector público del interior del país (25%), donde al 75% le colocaron el dispositivo. La menor frecuencia de solicitud de DIU se observó en el sector privado de Montevideo (4.4%), habiéndolo obtenido sólo el 20% de las que lo habían solicitado.

Al indagar sobre las causas por las que no accedieron habiéndolo solicitado, es de destacar que éstas no se relacionaron a causas médicas. A nivel privado, el costo del procedimiento y la no disponibilidad de DIU, se mencionó como las principales barreras para el acceso, mientras que en el subsector público se mencionó la edad de la usuaria y no haber tenido hijos previamente como otras razones.

Desde los/as profesionales

En contraparte de lo expresado por las mujeres, la gran mayoría de los/as profesionales refirió recomendar el uso del DIU (99.5%), y sólo 23% de los/as ginecólogos manifestó no insertar DIU en la consulta. Consultados acerca de los motivos por los cuáles no insertan el dispositivo, 47.2% refirió que el tiempo de la consulta es escaso para la colocación, y un 43.4% indicó que considera que la colocación debe cobrarse como un acto médico.

También se indagó acerca de las actitudes de los/as profesionales respecto a la colocación del dispositivo en el caso de mujeres que no presentaban contraindicaciones de acuerdo a la Guía en Salud Sexual y Reproductiva, capítulo anticoncepción del MSP. La siguiente tabla muestra las actitudes en relación a la colocación del DIU entre quienes recomiendan su uso.

Tabla 12. Actitudes de los/as profesionales en relación con la colocación del DIU frente a la solicitud de una mujer sin contraindicaciones.

| Se lo colocaría a mujeres... | % |
|------------------------------|------|
| Perimenopáusicas | 87.6 |
| Nulíparas | 47.0 |
| Adolescentes | 67.3 |
| Obesas | 94.5 |
| Con ectopía cervical | 64.7 |

Más de la mitad de los/as profesionales manifestó que no colocaría un DIU a mujeres nulíparas sin contraindicaciones aún cuando la OMS (MSP, 2005) establece que puede utilizarse, siendo las ventajas mayores que los inconvenientes. No se comprobaron diferencias relevantes en las respuestas al analizar las mismas por subsector y por región.

Desde los/as directores/as

La oferta de DIU provistos por el MSP entre enero y agosto de 2008, a partir de una donación de Naciones Unidas, a la cual las instituciones privadas podían acceder, generó reacciones encontradas. La mayoría de las instituciones privadas manifestó que decidieron no ofrecerlos entre sus usuarias argumentando que estos DIU eran de mala calidad. Mientras que entre las instituciones privadas que decidieron ofrecerlo, esto les implicó generar espacios para su colocación, en algunos casos a costo de la usuaria y en otros casos, en forma gratuita.

En la mayoría de los casos estas instituciones refirieron que iniciarán las prestaciones en anticoncepción cuando el MSP lo determine.

«Ahora con el Programa hicimos múltiples policlínicas para la colocación de los DIU, iban al ginecólogo y si estaba en condiciones iban a la farmacia contra receta y retiraban el DIU. (contra receta y todo gratuito)» (Institución privada, Interior).

«...nosotros por ahora estamos esperando....no entramos en ese préstamo solidario que da el Ministerio de 90 mil DIU porque escuche que es un DIU que bueno...todos los demás DIU son mucho mejores, entonces casi nadie entró, además como el tiene un

rendimiento muy corto terminan en el aborto, nosotros no tenemos instalada todavía una política, cuando el Ministerio lo decrete lo haremos.» (Institución privada, Interior).



El Observatorio llama la atención sobre las barreras de acceso a la colocación del DIU sobre todo para usuarias del subsector privado.

También alerta sobre el hecho de que los profesionales que no colocan DIU refirieron no hacerlo porque el tiempo de consulta es escaso para la colocación (47.2%) y porque la colocación debería cobrarse como un acto médico (43.4%).

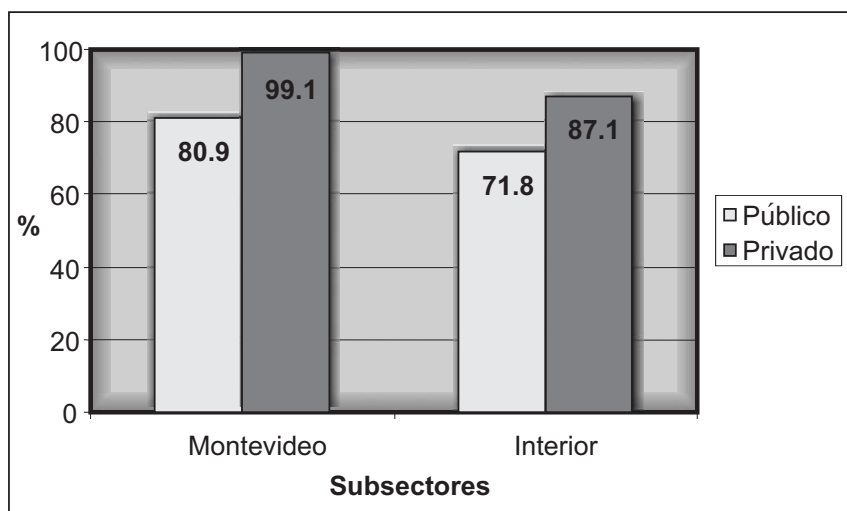
Ligadura tubaria por sola decisión de la mujer

En diciembre de 2006 el MSP lanzó un Comunicado al cuerpo médico recordando la vigencia del decreto N° 258/992 que refiere al deber médico de informar adecuadamente al usuario/usuario y el requisito del libre consentimiento informado que tiende a recabar la voluntad expresa de éstos respecto a la esterilización femenina o masculina. Este comunicado expresa que no hay exigencia alguna al consentimiento de tercera persona para este procedimiento, solamente exige capacidad y mayoría de edad (21 años). Esto significa que para realizar la intervención sólo es necesaria la solicitud escrita de la persona solicitante.

Desde las mujeres

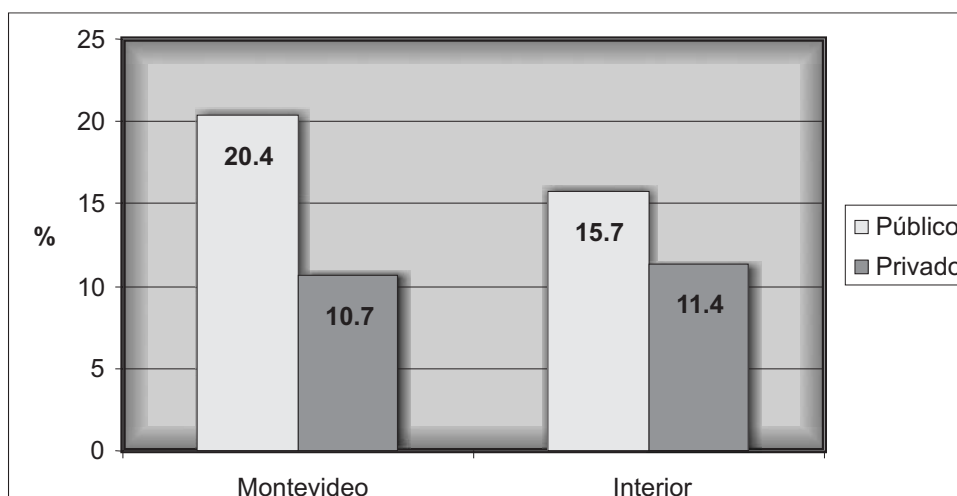
En primer lugar, se preguntó a las mujeres si sabían lo que era una ligadura tubaria. Se destaca que ocho de cada diez mujeres refirió conocer el procedimiento, observándose mayor frecuencia de conocimiento entre usuarias del subsector privado de Montevideo. El gráfico 3 muestra las distribuciones según subsector de atención y región.

Gráfico 3. Expresa conocimiento sobre el procedimiento de la ligadura tubaria



Al indagar sobre si alguna vez habían solicitado tal procedimiento entre las mujeres que refirieron conocerlo, observamos que la demanda de la práctica fue mayor entre las mujeres del subsector público de Montevideo, seguida por las del subsector público del Interior. El siguiente gráfico muestra las distribuciones según subsector de atención y región.

Gráfico 4. Proporción de mujeres que demandó ligadura tubaria



De las mujeres que solicitaron la ligadura tubaria, sólo la mitad manifestó haber accedido efectivamente a la realización del procedimiento, siendo menor la proporción en el subsector público de Montevideo (41.9%), y mayor en el subsector privado en el Interior del país (64.1%).

En relación con el tiempo de espera para el acceso a la intervención, se observa que las mujeres del Interior esperaron en general menos tiempo, sin destacarse diferencias relevantes entre los subsectores de atención. La mitad de las usuarias de Montevideo accedió a la intervención después de los nueve meses de haberla solicitado, mientras que en el Interior, la mitad de las mujeres accedió tres meses y medio después. En muchos casos se indicó que la mujer lo solicita al inicio de la gestación y la obtiene una vez finalizada.

Tabla 13. Requisitos de las instituciones para el acceso a la ligadura tubaria

| | Sector (%) | |
|---|------------|---------|
| | Público | Privado |
| Montevideo | | |
| Firmar un consentimiento ella sola | 75.0 | 80.0 |
| Nada | 16.7 | 0.0 |
| Que ella y su pareja firmen un consentimiento | 8.3 | 20.0 |
| Interior | | |
| Firmar un consentimiento ella sola | 38.9 | 40.0 |
| Nada | 27.8 | 28.0 |
| Que ella y su pareja firmen un consentimiento | 19.4 | 24.0 |
| Que su pareja firme un consentimiento | 8.3 | 4.0 |

En la Tabla 13 se describen las exigencias que según las mujeres, las instituciones incluidas en este estudio (a través de sus profesionales) tienen a la hora de realizar el procedimiento.

En relación a los requerimientos para la realización de este procedimiento, se destaca que la adherencia por parte de los servicios y los/as profesionales (de acuerdo a lo manifestado por las mujeres encuestadas que recibieron la ligadura tubaria) al Decreto Ministerial antes mencionado es mayor en Montevideo que en el Interior. A su vez, permanece más arraigada en el Interior del país y en el subsector privado, la condición de la autorización de la pareja.

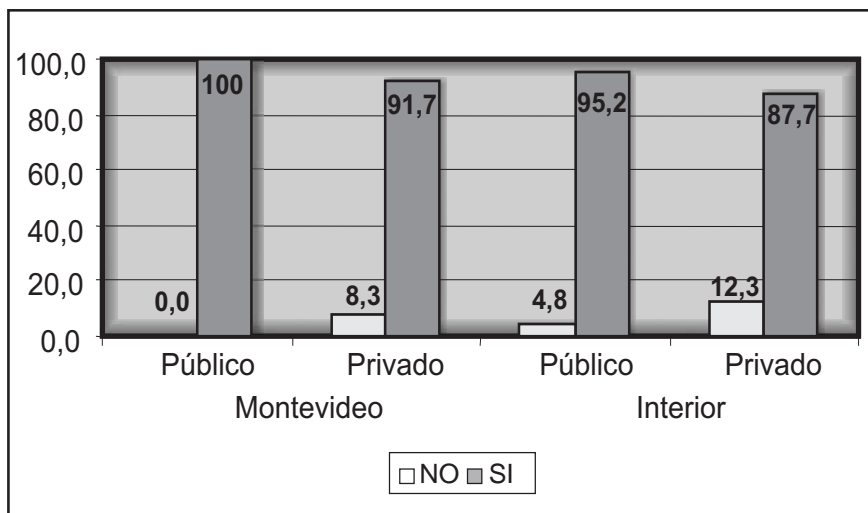
Aquellas mujeres que manifestaron haber solicitado la intervención pero que no pudieron acceder a la misma, fueron consultadas acerca de las causas que impidieron el acceso. Uno de los motivos más frecuentemente expresados fue la edad de la mujer; y entre quienes la habían solicitado durante el embarazo, el haber tenido un parto en lugar de una cesárea, también impidió que le realizaran la intervención. No se encontraron diferencias por subsector y región.

Desde los/as profesionales

En el caso de los/as profesionales, se indagó sobre si habían recibido solicitudes para la realización de ligaduras tubarias. El 94.4% respondió que sí la habían recibido.

El Gráfico 5 muestra las respuestas de los/as profesionales según subsector y región. La mayor demanda de ligaduras tubarias se observó en el subsector público de Montevideo y la menor en el subsector privado del Interior

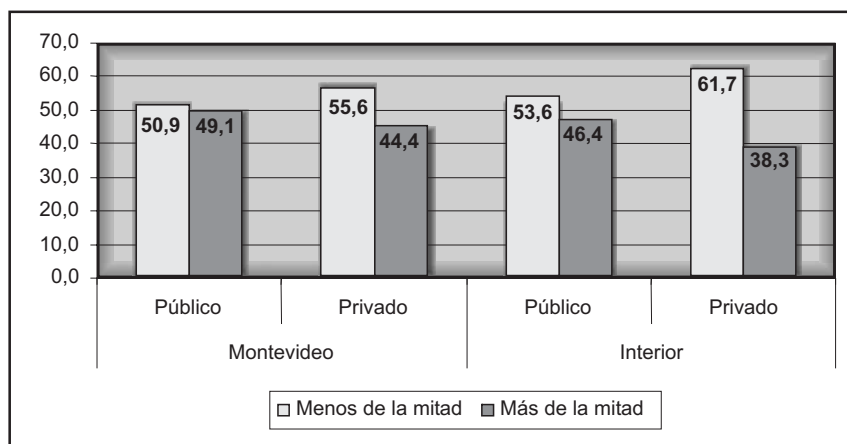
Gráfico 5. Proporción de profesionales que refirió haber recibido al menos una solicitud de ligadura tubaria según subsector y región.



Anticoncepción

Asimismo, se les consultó sobre la proporción de mujeres que habiéndola solicitado accedieron a ella. Se propusieron cuatro opciones de respuesta: todas las mujeres que lo solicitaron, más de la mitad, menos de la mitad y ninguna. La mayoría de los/as profesionales encuestados, independientemente de la región y el subsector, refirió que menos del 50% de las mujeres que solicitó ligadura tubaria, efectivamente la obtuvo, siendo el subsector privado del Interior el que presentó la mayor proporción de profesionales que refirió esta situación.

Gráfico 6. Percepción de los profesionales, en relación a la proporción de mujeres que obtuvo ligadura tubaria por subsector y región.



Para conocer aspectos que pueden funcionar como barreras médicas que obstaculicen la realización de esta intervención, se consultó a los/as profesionales en qué casos éstos no realizarían una ligadura tubaria.

La Tabla 14 muestra que tres de cada diez profesionales mencionó no realizar ligaduras tubarias si la pareja de la mujer no da su consentimiento, y la misma proporción si se desconoce la voluntad de la pareja de la mujer al respecto. Como se observa, para un importante porcentaje de profesionales la opinión de la pareja de la mujer debe ser considerada para realizar esta intervención aún cuando la normativa establece que sólo es necesario el consentimiento de la mujer para acceder a la misma.

Tabla 14. Casos en los que los/as profesionales refirieron no realizar ligaduras tubarias.

| | % |
|---|------|
| Si la pareja no da su consentimiento | 35.1 |
| La mujer es menor de 30 años | 31.1 |
| Se desconoce la voluntad de la pareja de la mujer | 29.2 |
| La mujer es soltera | 23.0 |
| La mujer tiene 2 hijos o menos | 17.0 |
| La mujer tiene hijos del mismo sexo | 7.0 |

Desde los/as directores/as

En las entrevistas con las autoridades, se observó que el subsector público suele tener una respuesta más sistematizada que las instituciones del subsector privado, quienes en su mayoría carecen de políticas al respecto. Globalmente se observó que cada institución, tanto pública como privada, tiene una política propia. En el caso de las instituciones privadas, donde se presentan mayores barreras para el acceso, las peticiones suelen ser sometidas a la decisión de un consejo médico en el que se consideran las circunstancias sociales de la mujer solicitante. Surgen a este respecto las implicancias médico legales del procedimiento como un obstaculizador para llevar adelante una política irrestricta para el acceso a las ligaduras tubarias.

Asimismo, pareciera que el acceso se ve facilitado cuando la mujer se encuentra atravesando un embarazo y solicita que se le realice el procedimiento al momento de la cesárea coordinada. Las instituciones con una política abierta, solicitan la firma del consentimiento por sola voluntad de la mujer, tal como lo indica el decreto, pero se observó que el uso del formulario no se encuentra sistematizado, encontrando instituciones públicas que deciden derivar las solicitudes al CHPR. La vasectomía es un procedimiento que no se destaca dentro de la oferta de esterilización definitiva.

«...si se hacen ligaduras en casos muy seleccionados. Ligadura desde el punto de vista médico legal es una lesión grave, porque por más que uno tenga el consentimiento...le sacas una función a una persona que después te hace una denuncia y perdes...» (Institución privada, Interior).

«...no existe... como que todavía no existe como una línea del servicio de ginecología: estamos tratando de armarlo.» (Institución Pública, Interior)

«...nosotros hacemos la ligadura tubaria ...pero si bien nosotros tenemos el tema por endoscopia bastante extenso, no hemos logrado tener las horas de disponibilidad, porque me faltan anestesistas además, necesarios para la demanda que tengo. En general las hago, se hacerla como la indica la norma la política, por indicación de la mujer...» (Institución Pública, Montevideo.)

«creo que tal vez en el imaginario del colectivo del público en general, no quedó claro que por más que sea por consentimiento, o por sólo pedido de la mujer, también está que el técnico puede negarse. O sea que la mujer puede pedirlo pero el médico puede negarse por muchas razones, técnicas, religiosas, éticas o por lo que sea.....» (Institución pública, Montevideo).



El Observatorio llama la atención sobre el hecho de que casi la mitad de los profesionales encuestados manifestó que menos del 50% de las mujeres puede efectivizar su voluntad de realizarse una ligadura tubaria.

Asimismo, advierte que tres de cada diez profesionales considera importante el consentimiento de la pareja para la realización de la ligadura tubaria aún cuando exista la voluntad expresa de la mujer.

IV. Embarazo, parto y puerperio

Normativa que exonera los copagos de paraclínica en la atención durante embarazos de bajo riesgo en mutualistas.

Desde las mujeres

En relación con la normativa de exoneración de copagos para los estudios paraclínicos durante el embarazo de bajo riesgo, se preguntó a las mujeres que habían tenido embarazos después del año 2005 en instituciones privadas (fecha de vigencia de la normativa), si habían tenido que pagar en el momento de la consulta. Cuatro de cada diez mujeres refirieron haber tenido que pagar, y tres de cada diez pagaron por encima del valor correspondiente a un timbre profesional.

Desde los/as directores/as

En todos los casos las autoridades de las instituciones privadas manifestaron que no se cobra copagos a embarazadas de acuerdo a lo establecido en la normativa.

Existencia de un espacio de educación y orientación para la mujer embarazada y su pareja

A partir de las entrevistas con las autoridades se observó que en la mayoría de los centros estudiados se llevan adelante diversas iniciativas de educación y orientación para la mujer embarazada y su pareja. Las modalidades varían, en algunos casos se trata de instancias grupales «clases para embarazadas» o «clases de pre parto» en general con horarios definidos de reunión. En otros casos, se mencionaron dificultades para captar a las mujeres embarazadas para que concurran a estas instancias por lo que se aprovechan los momentos de espera de la consulta para realizar estos encuentros educativos. En todos los casos, se mencionó que los/as ginecólogos/as y parteras llevan adelante esta tarea y en la mayoría se reporta la existencia de un equipo multidisciplinario integrado por otros profesionales como asistentes sociales, psicólogos, sexólogos o fisioterapeutas. No se encontraron diferencias en cuanto al subsector o región.

Las normas de atención a la mujer embarazada del MSP recomiendan la participación de actores comunitarios en estos espacios educativos. En el caso de las instituciones privadas no participan organizaciones de la comunidad en estos espacios, mientras que se encontró alguna experiencia de este tipo en instituciones públicas.



El Observatorio celebra la incorporación de espacios educativos para la mujer embarazada y su pareja en casi todas las instituciones participantes.

Acompañamiento en el trabajo de parto y parto

En el año 2001 se aprobó la Ley 17.386 que establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento, tiene derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. En base a esta ley, se aprueba un decreto en el año 2006 que establece que todas las instituciones públicas y privadas deben promover la información a las mujeres usuarias durante el transcurso del embarazo acerca de este derecho. En este sentido, deben publicar la Ley de Acompañamiento y su reglamentación en lugares visibles al público.

A su vez, las instituciones deben contar con los equipos de vestimenta y espacios de permanencia apropiados para los acompañantes en el pre parto, parto y puerperio. Asimismo, el decreto establece que las instituciones deben promover la participación en la cesárea de acuerdo a las posibilidades y limitaciones del evento obstétrico. También deben proveer acompañantes entrenados en caso de que la mujer no cuente con un acompañante referente.

El decreto establece también la obligatoriedad del registro en la historia obstétrica de la referencia de la persona que actuó como acompañante o las razones por las cuales la mujer no fue acompañada.

Desde las mujeres

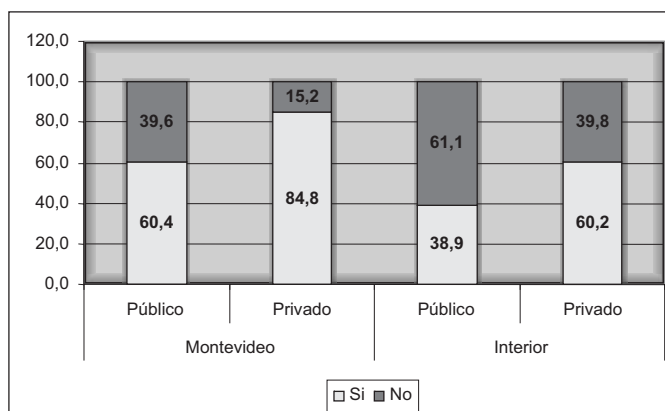
Se preguntó a las mujeres que manifestaron haber tenido un parto luego del 2001 si les habían ofrecido estar acompañadas durante el trabajo de parto y parto. Cuando no se les ofreció, se les consultó si lo habían solicitado. Finalmente se indagó si efectivamente habían estado acompañadas. Ocho de cada diez mujeres manifestaron que las instituciones les habían ofrecido estar acompañadas durante el trabajo de parto, y seis de cada diez durante el parto. Entre las mujeres a quienes no les ofrecieron estar acompañadas durante el trabajo de parto, sólo cuatro de cada diez refirió haberlo solicitado. Esta proporción se reduce a tres de cada diez cuando se trata del acompañamiento durante el parto. Finalmente, 85% manifestó que estuvo acompañada durante el trabajo de parto, mientras que 52.3% refirió que lo estuvo durante el parto.

Al analizar los datos por región, se observó que las mujeres de Montevideo refirieron haber recibido la oferta de estar acompañadas con mayor frecuencia durante el trabajo de parto y el parto, acentuándose la diferencia en el caso del parto; donde ocho de cada diez mujeres manifestaron que les han ofrecido estar acompañadas durante el parto, versus seis de cada diez del Interior. Estos datos concuerdan con lo que sucede efectivamente, 70% de las mujeres de Montevideo estuvieron acompañadas durante el parto mientras que aproximadamente 50% de las mujeres del Interior lo han estado.

En el caso del subsector privado, las mujeres manifestaron que les han ofrecido estar acompañadas durante el parto en mayor proporción que en el subsector público (78.6% versus 58.4%). También en este caso la mayor oferta concuerda con lo que efectivamente sucede; las mujeres han estado más acompañadas en el parto en el subsector privado (65.8%), que en el subsector público (43.8%).

Tal como muestra el siguiente gráfico, en el subsector público del Interior se presenta el mayor porcentaje de mujeres que no estuvieron acompañadas durante el parto (seis de cada diez mujeres).

Gráfico 7. Mujeres que refirieron haber estado acompañadas durante el parto según subsector y región.



El motivo más frecuente que impidió estar acompañadas fue la decisión del médico/a, mencionado por una de cada cinco mujeres.

Desde los/as profesionales

En el caso de los/as profesionales que atendían partos en las instituciones donde se realizó este estudio, 60% refirió que entre los partos asistidos en el último año, más de la mitad de las mujeres estuvieron acompañadas, mientras que 34.7% de los/as profesionales manifestó que todas lo estuvieron. Al analizar los datos por instituciones públicas y privadas, no se observaron diferencias relevantes. Sin embargo, al considerar la región, se observó que en las instituciones de Montevideo todos los/as profesionales refirieron que más de la mitad de las mujeres estuvieron acompañadas, mientras que en el Interior 91% señaló que así era.

En los casos en que los/as profesionales reportaron que no todas las mujeres habían sido acompañadas, se les pidió que indicaran los principales motivos que impedían el acompañamiento. La tabla 15 muestra los principales motivos referidos por los/as profesionales.

Tabla 15. Motivos expresados por los/as profesionales que impedirían el acompañamiento en el parto

| | % |
|--|------|
| Por decisión de sus acompañantes | 61.8 |
| Por decisión de las mujeres | 57.3 |
| La infraestructura es inadecuada/ no hay vestimenta disponible | 30.0 |
| No tenían acompañantes | 10.2 |
| Por decisión del médico | 6.3 |

Desde los/as directores/as

También se profundizó sobre este tema con las autoridades quienes manifestaron que en general las mujeres están acompañadas en el parto y que ésta es una práctica que se realiza desde hace tiempo. Con respecto a la infraestructura para garantizar el acompañamiento, las autoridades de algunos centros públicos refirieron dificultades vinculadas a la vestimenta pero que suelen resolverse mediante estrategias prácticas para que las mujeres puedan estarlo. La poca cantidad de partos en algunas instituciones del Interior permitirían sobrellevar las carencias de infraestructura y vestimenta para favorecer el acompañamiento.

Las entrevistas con las autoridades dieron cuenta que las estrategias de difusión referidas a la ley de acompañamiento son variadas. En algunos casos se incorpora dentro de los espacios educativos para embarazadas y sus parejas. En otros casos se mencionó que esta estimulación se da fundamentalmente en la consulta con el/a ginecólogo/a. Se reportaron casos en los que se realizan jornadas de difusión. También se mencionó la disponibilidad de folletería. En algunos casos se recogió como información que dado que el acompañamiento es una práctica habitual desde tiempo atrás, no existía la necesidad de difundir este derecho.

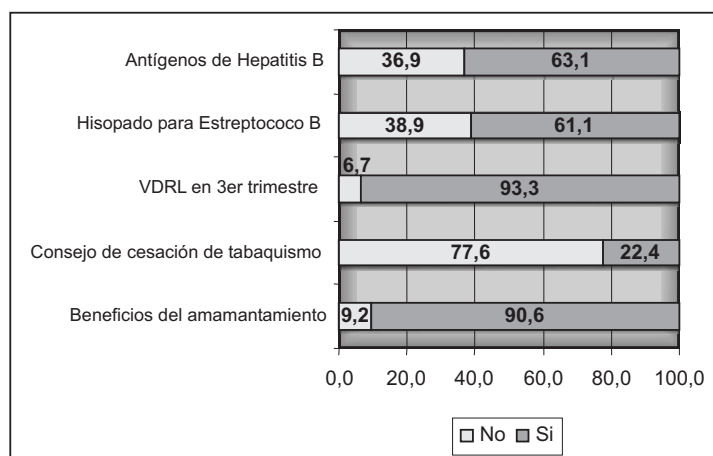


El Observatorio advierte sobre la escasa efectivización del acompañamiento durante el parto ya que aproximadamente la mitad de las mujeres refirió no haber estado acompañadas.

Frecuencia de uso de prácticas recomendadas durante el embarazo


Se exploró la frecuencia de uso de las prácticas recomendadas durante el embarazo en los centros participantes. Las prácticas relevadas fueron: consejo para la lactancia y consejo para dejar de fumar durante el embarazo, que fueron preguntadas a las mujeres a través de la encuesta. También se relevó mediante la observación del carné perinatal o la historia clínica la realización de VDRL durante el tercer trimestre del embarazo, realización de detección sistemática de estreptococo B en el hisopado vaginal durante el embarazo (35 a 37 semanas) y la prueba de detección de antígenos de la Hepatitis B. Todas estas prácticas son recomendadas como beneficiosas por las Guías del Ministerio de Salud Pública para la atención del embarazo. Los resultados obtenidos se muestran en el siguiente gráfico.


Gráfico 8. Frecuencia de realización de prácticas beneficiosas durante el embarazo



Se observó una fuerte adhesión a las prácticas vinculadas a la solicitud del VDRL en el tercer trimestre y a la consejería de los beneficios del amamantamiento después del parto con porcentajes superiores al 90%. Cabe destacar, que en esta población la frecuencia de embarazo sin control fue menor al 3% (son estos los embarazos que frecuentemente llegan al momento del parto sin estudio de VDRL ya que no han tenido contacto con el sistema de salud previamente).

La solicitud de hisopado vaginal para estreptococo del grupo B y antígeno para hepatitis B en el tercer trimestre, si bien estaba presente en los registros de seis de cada diez mujeres, no presentaron una proporción óptima. Preocupa la baja proporción de mujeres que siendo fumadoras reciben consejo para la cesación del tabaquismo durante el embarazo. La frecuencia observada de consejo estuvo presente en dos de cada diez mujeres fumadoras.

 El Observatorio celebra la importante adhesión a las guías nacionales en relación a la promoción de la lactancia y la solicitud del VDRL.

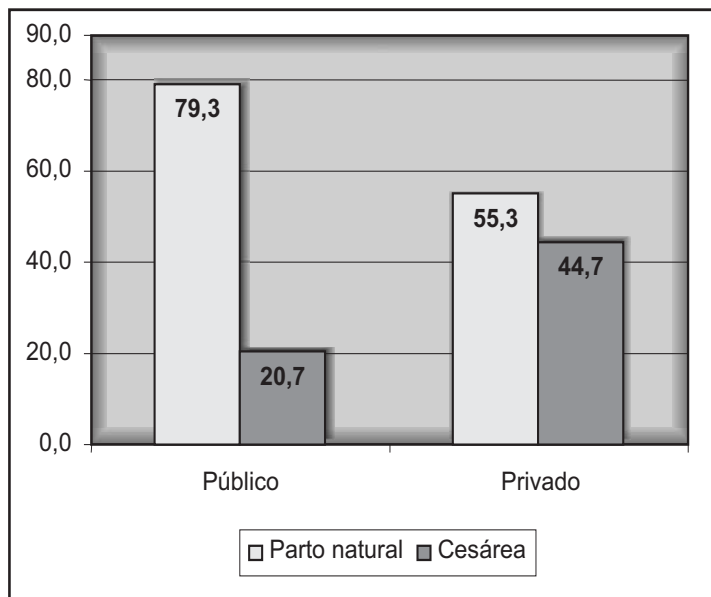
 El Observatorio llama la atención sobre la necesidad de incrementar los niveles de consejo para la cesación del tabaquismo en mujeres embarazadas fumadoras.

Frecuencia de uso de prácticas recomendadas durante el parto

El 66% de las mujeres entrevistadas durante el puerperio tuvieron un parto natural, mientras que 34% terminó en una cesárea. Se observaron importantes diferencias entre el subsector

público y privado en cuanto a la frecuencia de ocurrencia de cesáreas, las cuales se ilustran en el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Frecuencia de mujeres que tuvieron parto natural o cesárea por subsector.



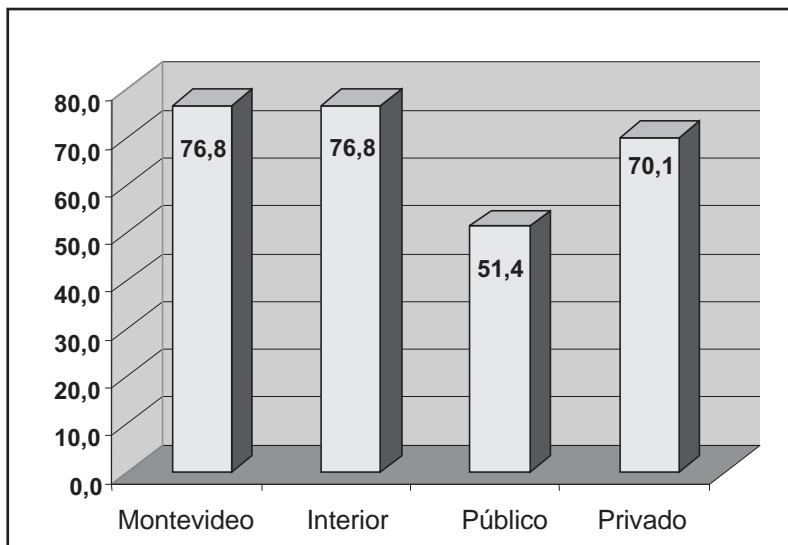
Según la OMS la frecuencia recomendada y esperable de cesáreas es de 15% (OMS, 1985). Si bien tanto en el subsector público como en el privado la frecuencia de realización de esta intervención está por encima de lo recomendado, el subsector privado casi triplica el porcentaje recomendado.

! El Observatorio observa con preocupación la alta proporción de cesáreas en el subsector privado de atención.

La captación de las mujeres embarazadas antes de las 13 semanas de edad gestacional globalmente fue del 66%. Del análisis por subsector se comprobó captación precoz en 60.6% a nivel público y 72.8% a nivel privado, no encontrándose diferencias entre Montevideo e Interior.

Sobre la indicación de ácido fólico (indicación para la prevención de las malformaciones fetales del tubo neural) en la primera consulta cuando ésta se realiza precozmente, 60% de las mujeres refirió haber recibido esta medicación. El análisis por subsector y región se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 10. Frecuencia de indicación de ácido fólico en la primera consulta en embarazos de captación precoz según subsector y región.



En un estudio realizado en maternidades públicas de Uruguay publicado en el año 2004 (Colomar y otros, 2004), se observó que la frecuencia de indicación de ácido fólico era inferior al 5%.



El Observatorio saluda el aumento de la indicación de ácido fólico para prevenir la malformación fetal del tubo neural. No obstante alerta sobre las diferencias en relación con la indicación entre los subsectores de atención.

Se relevó la frecuencia de realización de algunas de las prácticas beneficiosas y no beneficiosas recomendadas de acuerdo a la evidencia científica más aceptada en relación al manejo del parto.

Se investigó la frecuencia de realización de cinco prácticas al momento del parto, tres de ellas perjudiciales o de probada ineficacia: el rasurado perineal, la realización de un enema y la realización de episiotomía de rutina. Y dos de ellas beneficiosas, el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia, mediante la utilización de oxitocina a la salida del hombro fetal, y el acompañamiento durante el parto.

Se puede observar la frecuencia de prácticas a nivel global en la siguiente tabla. La frecuencia de realización de rasurado y enemas fue extremadamente baja en las mujeres encuestadas sin mostrar diferencias por subsector ni región. La realización de episiotomía restrictiva y el manejo activo del alumbramiento se encuentran aún en niveles relativamente bajos. El análisis por subsector mostró una mayor frecuencia de realización de episiotomía en los partos asistidos en el subsector privado (74% versus 49% en el público) y en el Interior (61% versus 48% en Montevideo). La misma tendencia se observa con el manejo activo del alumbramiento para el análisis por subsector, 36.1% para el sector público y 28,3% para el privado. No se observaron diferencias relevantes en Montevideo e Interior.

Tabla 16. Frecuencia de realización de prácticas durante el trabajo de parto y parto

| | Episiotomía | Rasurado | Enema | Acompañamiento | Manejo activo |
|---------|-------------|----------|-------|----------------|---------------|
| No sabe | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| No | 42.0 | 93.9 | 98.7 | 47.8 | 67.4 |
| Si | 57.8 | 6.1 | 1.3 | 52.2 | 32.6 |



El Observatorio celebra la baja frecuencia de realización de rasurado y enema durante el trabajo de parto, práctica no recomendada y muy frecuentemente usada en el pasado.



El Observatorio alerta sobre la necesidad de promover el mayor uso de algunas prácticas de probada efectividad durante el trabajo de parto y parto.

V. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo

El marco conceptual de la normativa «Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo» destaca el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción de su embarazo y recomienda que lo haga sobre la base de la reflexión informada. Su finalidad es implementar medidas sanitarias tendientes a disminuir los daños generados por el aborto provocado en condiciones de riesgo, actuando antes y después de su realización. Se propone generar una instancia médica y psico-social de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que éstas cuenten con toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos inseguros, respetando la decisión informada de la usuaria. En los casos que la usuaria decidiera realizarse un aborto, se tomarán las medidas que posibiliten un seguimiento y procuren disminuir las complicaciones inmediatas. La normativa incluye guías clínicas para su aplicación con el fin de brindar mayor seguridad y homogeneidad en la práctica clínica.

Desde las mujeres

Este estudio preguntó a las mujeres usuarias sobre el conocimiento de la existencia en el centro de salud de un servicio para mujeres en situación de embarazo no deseado. El 67.6% de las mujeres declaró que desconoce si se brinda este servicio en la institución, 23.4% manifestó que no existe dicho servicio, y sólo 9% refirió conocer la existencia del mismo. Se observaron porcentajes similares frente a la existencia de un servicio de atención para consultas post aborto.

En el subsector privado, el porcentaje de mujeres que manifestó desconocer si la existencia de un servicio de asesoramiento para mujeres en situación de embarazo no deseado, es aún mayor. En el subsector público, 13.5% manifestó que existe tal servicio en la institución, mientras que sólo 1.8% del subsector privado lo hizo. El análisis por región da cuenta que en el Interior es mayor la proporción de mujeres que menciona la inexistencia de tal servicio.



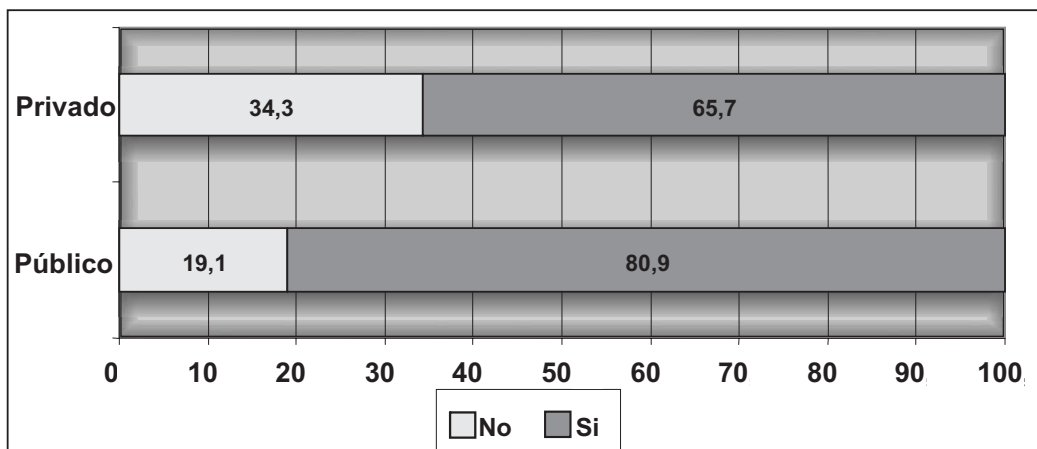
El Observatorio alerta sobre el hecho de que sólo una de cada diez mujeres conoce la existencia de un servicio de asesoramiento en las instituciones de salud para mujeres en situación de embarazo no deseado y consultas post aborto.

Desde los/as profesionales

En el caso de los/as profesionales, se exploró si habían recibido consultas durante el último año de mujeres en situación de embarazo no deseado con la intención de no continuar con la gestación. El 75.6% respondió que sí había recibido estas consultas. Se observó una diferen-

cia relevante al analizar los datos según subsector; en el caso del subsector público el 80.9% de los profesionales refirió haber recibido estas consultas mientras que en el subsector privado disminuye a 65.7%. No se encontraron diferencias relevantes por región.

Gráfico 11. Profesionales que refieren haber recibido consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado con la intención de no continuar con la gestación según subsector.



Aquellos proveedores que respondieron de forma afirmativa fueron consultados sobre el número de consultas recibidas en el último año; ocho de cada diez profesionales manifestaron haber recibido entre una y diez consultas.

Tabla 17. Cantidad de consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado recibidas por los/as profesionales en el último año.

| | % |
|---------------|-------|
| Entre 1 y 10 | 79.4 |
| Entre 11 y 30 | 14.2 |
| Mas de 31 | 6.4 |
| Total | 100.0 |

Consideramos de fundamental importancia conocer las actitudes de los profesionales frente a estas consultas, por lo que se incluyó una pregunta que indagó las formas de resolución de los/as profesionales frente a estos casos. La respuesta más mencionada en relación a la resolución de la situación fue la derivación a otro profesional. En varios de los casos se aclaró que se derivó a la policlínica de SSR del CHPR. Sólo 34% de los/as profesionales refirió asesorar sobre métodos seguros para la interrupción a las mujeres que consultan en situación de embarazo no deseado. Al indagar sobre la estimulación hacia la consulta luego de la interrupción, menos de la mitad (45.4%) refirió estimular a estas mujeres para que vuelvan a consultar.

Tabla 18. Prácticas de los/as profesionales frente a consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado con la intención de no continuar con la gestación.

| | % |
|--|------|
| La derivé a otro profesional | 41.6 |
| La asesoré sobre métodos seguros para la interrupción del embarazo | 34.0 |
| La estimulé a que continuara con el embarazo | 30.6 |
| Le sugerí que podía dar el hijo en adopción | 25.4 |
| Sentí que me faltaban herramientas para atenderla adecuadamente | 14.8 |



El Observatorio llama la atención sobre la baja proporción de profesionales que asesora sobre métodos seguros para la interrupción de la gestación a mujeres en situación de embarazo no deseado (34%).

También llama la atención sobre la baja proporción de profesionales que estimula a la mujer a regresar a la consulta en caso de decidir interrumpir el embarazo (45.4%).

Se preguntó a los/as profesionales si habían recibido algún tipo de entrenamiento para el abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado. 40% de los/as profesionales encuestados/as refirió no haber recibido entrenamiento. Se observa que los/as profesionales del subsector privado fueron proporcionalmente menos entrenados/as al igual que los/as del Interior del país.

Gráfico 12. Proporción de profesionales que recibió entrenamiento para el abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado según subsector.

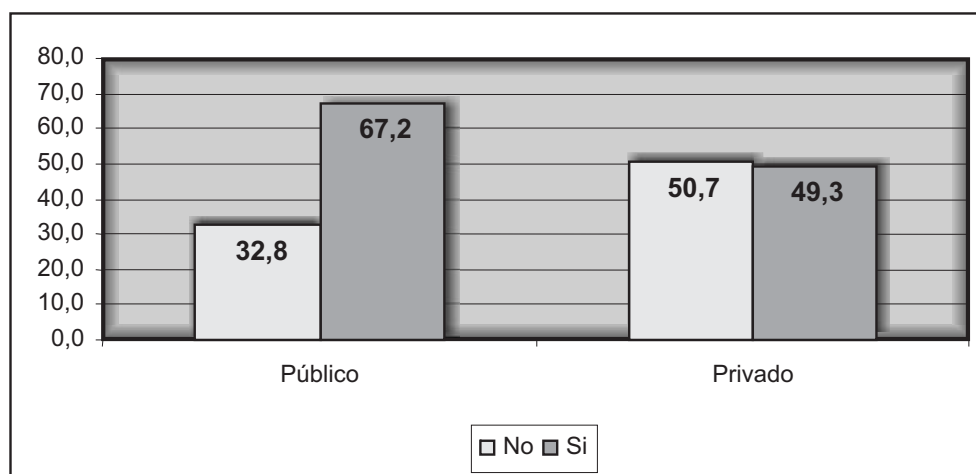
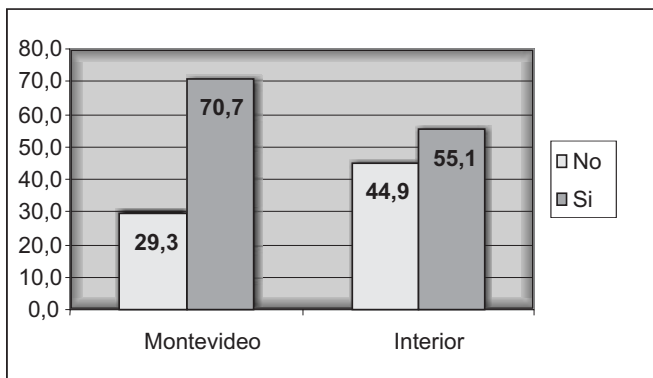


Gráfico 13. Proporción de profesionales que recibió entrenamiento para el abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado según región.



El Observatorio alerta sobre la baja proporción de profesionales entrenados para el abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado.

El Observatorio también indagó sobre la frecuencia de consultas de mujeres con aborto voluntario con complicaciones en curso. En este caso, casi la mitad respondió haber atendido mujeres en esta situación. No se observaron diferencias relevantes al analizar los datos por subsector y región. Se indagó también acerca de consultas de control post aborto sin complicaciones. 55.1% de los/as profesionales respondió que había recibido este tipo de consultas. Consultados/as sobre la proporción de mujeres que habiendo recibido asesoramiento para la interrupción segura del embarazo volvieron a la consulta post aborto para controlar su salud, 57.1% de los/as profesionales refirió que menos de la mitad de las mujeres vuelven.

Tabla 19. Proporción de mujeres que habiendo recibido asesoramiento para la interrupción segura del embarazo vuelve a la consulta post aborto para controlar su salud con el mismo técnico.

| | % |
|-------------------|-------|
| Ninguna | 16.3 |
| Menos de la mitad | 41.8 |
| Más de la mitad | 28.8 |
| Todas | 13.1 |
| Total | 100.0 |



El Observatorio alerta sobre la necesidad de estimular la consulta post aborto para asesoramiento anticonceptivo y control de la salud de las mujeres.

En relación a las prácticas profesionales en la consulta post aborto, nueve de cada diez profesionales, refirieron asesorar en métodos anticonceptivos y un porcentaje similar realizan un control en salud.

Tabla 20. Prácticas de los/as profesionales en relación con las consultas post aborto

| | % |
|--|------|
| La asesoré sobre métodos anticonceptivos | 89.6 |
| Le hice un chequeo de su estado de salud | 84.6 |
| Hice una denuncia epidemiológica | 14.0 |
| La derivé a otro profesional | 6.4 |
| Hice una denuncia penal | 0.0 |



El Observatorio saluda el asesoramiento anticonceptivo que la mayoría de los/as profesionales declara brindar a las mujeres que han abortado voluntariamente ya que esta práctica previene futuros embarazos no deseados.

Interesó conocer aspectos más cualitativos de las consultas vinculadas a situaciones de embarazos no deseados, respecto al entrenamiento de los/as profesionales en esta temática, así como a sus opiniones y sensaciones experimentadas frente a estos casos. Se incluyeron en el formulario tres frases que expresaron distintas actitudes y sensaciones vinculadas a la atención de mujeres que se habían practicado un aborto. Se les pidió a los proveedores que indicaran el grado de acuerdo o desacuerdo con estas frases. Observamos que 45.9% de los/as profesionales manifestó sentirse incómodo/a al atender consultas post aborto, lo cual implicaría una clara barrera para la adhesión a la normativa vigente. Por otra parte, 28.5% refirió sentir que no contaba con las herramientas necesarias para brindar una respuesta integral.

Tabla 21. Actitudes de los/as profesionales frente a una consulta post aborto.

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|---|----------------|------------|--------------------------------|---------------|-------------------|
| «Me he sentido muy incómodo/a atendiendo a mujeres que se han practicado un aborto, porque los/as profesionales de la salud tenemos como fin defender la vida». | 18.9 | 27.0 | 34.2 | 9.0 | 10.8 |
| «Sentí que no contaba con las herramientas necesarias para atender integralmente a las mujeres más allá de sus problemas puramente médicos». | 7.1 | 21.4 | 14.3 | 39.3 | 17.9 |
| «Me sentí bien en estas consultas dado que poseo las herramientas necesarias para brindar una atención respetuosa y completa». | 13.0 | 19.4 | 25.0 | 28.7 | 13.9 |

Desde los/as Directores

En cuanto al cumplimiento de la normativa, se observa que ninguna de las instituciones pertenecientes al subsector privado cuenta con políticas institucionales al respecto. Algunas instituciones no están al tanto de esta normativa y las que lo están dejan la decisión de asesorar o derivar a centros que han implementado el servicio, librada a manos del profesional responsable.

«Queda a decisión del propio profesional» (Institución privada, Interior)

«No, no tenemos, que yo conozca no tenemos nada.» (Institución privada, Interior)

En el sub sector público, la mayoría de las instituciones conoce la normativa pero su aplicación no se ha regularizado. Sólo algunas de éstas refirieron haber sido capacitadas para su implementación, pero son la minoría quienes se sienten con la capacidad de dar respuesta ante una mujer en situación de embarazo no planificado/no deseado. Entre las instituciones capacitadas, se manifestó que su implementación presenta dificultades basadas en la designación de profesionales responsables para su funcionamiento, quienes si bien cuentan con gran sensibilidad con la temática, se ven sobrecargados en sus funciones siendo difícil que finalmente puedan asumir la conducción y sustentabilidad del servicio. Esta situación, así

como la escasez de recursos humanos dificultan su continuidad. Asimismo, mencionaron que consideran insuficiente la capacitación recibida para dar respuesta a la problemática.

«No, son dos ginecólogas que llevan la consulta adelante y hay una asistente social que está con ella y otra ginecóloga que colabora y apoya. En definitiva depende del profesional» (Institución privada, Interior)

Entre las instituciones que refirieron tener implementado un servicio de estas características, se indicó que el asesoramiento para la reducción de riesgo, no es visto como una solución por parte de las mujeres, ya que la búsqueda y compra ilegal del misoprostol, así como la efectivización de la interrupción pasa a ser de exclusiva responsabilidad de la propia mujer. Esto deriva en que la cantidad de consultas en estos servicios sea despreciable, diluyendo el entusiasmo de los/as profesionales capacitados/as y dejando de ser atractivo para reiterar o profundizar las capacitaciones.

«No están capacitados o capacitación a medias...sino hay compromisos reales... te digo porque yo tengo pacientes que las he derivado y realmente no les han dado ninguna luz. Vos les tenés que dar una repuesta, les tenés que dar una orientación, información y no se las dan adecuadamente... pero no podes dejar a un equipo funcionando con un profesional, no le da seriedad a la cosa, no les da resultados frente a situaciones, y eso que es el boca a boca, que después trasciende, ¿quién va?. Va una mujer desesperada, pero si vos no le das respuestas, esa mujer en algún momento lo va a transmitir» (Institución pública, Interior)

Por otro lado, las controversias inherentes a la temática así como el respaldo y el interés genuino por parte de la dirección de cada centro, también generarían resistencia en los profesionales para cumplir con su implementación.

Las autoridades manifestaron además que se presentan resistencias de los/as profesionales para la realización de asesoramiento pre y post aborto a pesar de haber sido capacitados

«O sea que a pesar de la capacitación la gente no se sensibilizó mucho. Capaz que se capacitó en el tema pero no adhirió la gente. Y hubo mucha resistencia sobre todo los ginecólogos que uno pensaría que podía ser al revés pero no fue así». (Institución pública, Interior)

También se plantea que los/as médicos/as se cuidan de las posibles consecuencias del asesoramiento.

«El personal también tiene miedo a las represalias, estas son cosas que no estuvieron en un curso de capacitación donde la gente reacciona» (Institución pública, Montevideo)

Otro obstáculo para el cumplimiento de la normativa en el Interior, refirió a la cercanía de los habitantes que se da en las pequeñas localidades, lo cual impide un tratamiento más «objetivo» de la situación. Esta cercanía también implica una dificultad a la hora de que una persona se constituya como único referente en la temática.

«Son los prejuicios. La gente acá te ve todos los días.... Es distinto en la ciudad donde frente a un hecho objetivo vos tomas una posición y resulta más fácil. (Institución pública, Interior)

«Y por la misma razón que hablamos, que vivimos en una comunidad muy chica, también es muy difícil lograr capacitar a alguien que sea esa persona referente de lo que es embarazo no deseado, porque la esquematizas también a ella. « (Institución pública, Interior)



El Observatorio alerta sobre el hecho de que tres de cada diez profesionales refirió sentir que no contaba con las herramientas necesarias para brindar una respuesta integral frente a consultas post aborto.

VI. Copagos PAP y mamografía

Según la Ordenanza 102 de julio de 2006, las mujeres usuarias de los servicios de salud privados no deben abonar copagos para estudios de PAP y mamografía, en estudios normales de PAP cada tres años y de mamografía cada dos. Para el caso del PAP se incluye a mujeres de 21 años y más y para el caso de la mamografía se establece para mujeres de 40 a 59 años.

La frecuencia de realización de estudios de tamizaje para la identificación de patología oncológica fue investigada a través de la encuesta a usuarias. Las respuestas obtenidas en cuanto a la frecuencia de estos exámenes en los últimos dos años se representa en la siguiente tabla.

Tabla 22. Frecuencia de realización de PAP y mamografía en mujeres mayores de 21 años (PAP) y en mujeres de 40 a 59 años de edad.

| | PAP | Mamografía |
|----|------|------------|
| No | 27.0 | 58.6 |
| Si | 73.0 | 41.4 |

Con respecto a la realización del PAP, tres de cada diez usuarias mayor de 21 años manifestaron no habérselo realizado en los últimos dos años.

En el caso de la mamografía, seis de cada diez mujeres de entre 40 y 59 años de edad refirieron no haberse realizado el estudio.

Al explorar la frecuencia de mujeres del subsector privado que refieren haber pagado, se observó que tres de cada diez refieren haber pagado por encima del valor de un timbre profesional, que es lo estipulado por la norma. Esta respuesta exigió a las mujeres recordar los montos pagados en cada oportunidad, con lo cual podrá verse alterada por el sesgo de recuerdo.

Todas las autoridades de las instituciones reportaron no cobrar copagos para las mamografías y papanicolau de acuerdo a lo que establece la normativa.



El Observatorio advierte sobre la falta de acceso universal a los estudios de PAP y mamografía siendo éstos la principal herramienta de detección del cáncer génito mamario.

VII. Violencia doméstica

De acuerdo al Decreto 494 de noviembre de 2006, las instituciones o servicios de salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deben prestar atención y asistencia a las mujeres usuarias que se encuentren en situación de violencia doméstica. Las instituciones deben incluir en las historias clínicas de las usuarias mayores de quince años un formulario que indaga sobre posibles situaciones de violencia doméstica que la usuaria pudiera sufrir. El decreto establece que la atención y asistencia se debe brindar de acuerdo a las pautas establecidas por el Ministerio en el documento «Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer – Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud».

Las instituciones deben cumplir con ciertas condiciones como procurar que el personal posea formación para poder realizar la detección y brindar una primera respuesta, constituir un equipo multidisciplinario de referencia para la atención específica y contar con los insumos necesarios para la instrumentación de la atención (formularios, material informativo para usuarias y médicos). Sumado a esto, el decreto establece que las instituciones deben informar mensualmente al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP el porcentaje de mujeres supervisadas sobre el total de mujeres consultantes así como el porcentaje de respuestas positivas sobre el total de encuestadas. A su vez, se establece que las instituciones deben promover y participar de acciones de prevención y establecer mecanismos institucionales para la denuncia judicial en los casos que lo requieran.

De acuerdo con el decreto, los/as profesionales de la salud deben conocer las pautas del MSP, investigar de rutina la existencia de violencia doméstica, evaluar el impacto de la violencia en la salud de la mujer, asegurar una respuesta adecuada y oportuna con respeto, confidencialidad, contención, orientación y seguimiento de la usuaria. También deben coordinar con el equipo de referencia en violencia doméstica de la institución, así como conocer y emplear los mecanismos institucionales y los recursos disponibles.

Principales resultados sobre las responsabilidades institucionales que establece el decreto

Capacitación y sensibilización en Violencia Doméstica

La pauta de atención en violencia doméstica elaborada por el MSP indica que todos los/as técnicos/as de las instituciones deben participar en instancias de sensibilización y capacitación. Estas actividades deben estar promovidas y sostenidas por las autoridades de la institución. A partir de las entrevistas se observó que se han realizado en la mayoría de los centros capacitaciones en violencia doméstica a través de diferentes modalidades. Si bien en varios casos se sostiene que se trató de instancias puntuales o simplemente de sensibilizaciones, al menos se observa que es un tema que ha estado más presente a nivel institucional que otras normativas y que el MSP ha tenido un empuje mayor para promoverlo desde el Programa Salud de la Mujer y Género. En otros casos se sostiene que están previstas capacitaciones para este año.

Con respecto al personal capacitado, las estrategias han sido variadas, en muchos casos se mencionó la participación de profesionales de diverso perfil. En otros se mencionaron resistencias por parte del personal médico a participar de las capacitaciones. Las capacitaciones estuvieron a cargo fundamentalmente del MSP y de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema violencia.

«Concurrieron sólo las enfermeras, el personal médico no concurrió. Este, entonces justamente, dada esa realidad de que no vamos a conseguir que los médicos concurran espontáneamente, se va a hacer una instancia de sensibilización.» (Institución pública, Interior)

En otros casos se mencionó que la capacitación se acotó a las enfermeras y médicos.

«Nosotros habíamos pedido que la capacitación fuera para todo el personal pero se priorizó a nurses y médicos. La idea era extender un poco la capacitación pero bueno, esto era un proyecto que venía apoyado por el PNUD, o algo de eso, entonces como que no alcanzaba para todos y de alguna forma nos capacitaron para capacitar en segunda instancia a nuestro equipo de salud.» (Institución pública, Interior)

Materiales informativos en salas de espera

Según la normativa, se exige que las instituciones aseguren la disponibilidad de material informativo para la población en general en sala de espera y en los consultorios. Esto incluye información acerca de derechos, de recursos comunitarios y de planes de seguridad. Para evaluar estos aspectos, se elaboró una pauta de observación que se administró en los centros participantes. Se registró la presencia de folletos y cartelería en las salas de espera de ginecología. En algunos centros, sobre todo del subsector público se encontraron afiches con información sobre servicios para acceder a contención en casos de violencia doméstica.

Equipo de referencia específico en violencia doméstica

Como se señaló anteriormente, las instituciones deben conformar un equipo multidisciplinario de referencia. Para evaluar este aspecto se incorporó esta pregunta a la pauta de entrevista con los/as directores de centro y/o jefes de servicio de ginecología y también se preguntó a las usuarias si sabían de la existencia de un servicio que asesorara a mujeres sobre situaciones de violencia doméstica.

La mayoría de los centros estudiados recurren a equipos interdisciplinarios de referencia en violencia doméstica. Esto da cuenta de que en cada centro la violencia doméstica se constituyó en un problema a resolver que se debe abordar aún con dificultades en cuanto a recursos humanos. Una de las estrategias es la participación en un grupo interinstitucional, que se observa más en el sector público recurriendo a las redes ya formadas en la comunidad para realizar derivaciones. En otros casos, se conforman servicios o equipos dentro de la propia institución. También se observó en el caso de la violencia doméstica un vínculo mayor con

las organizaciones de la sociedad civil, quienes en general han llevado adelante las capacitaciones o funcionan como actores de referencia para realizar derivaciones.

Se consultó a las mujeres sobre si conocían o no la existencia en el centro de salud de asesoramiento para situaciones de violencia doméstica, observando que ocho de cada diez mujeres de las encuestadas refirieron que no existía o desconocían de su existencia. No obstante, en el subsector público, 22% de las mujeres refiere conocer la existencia de un servicio, versus 9% en el sector privado.

Aplicación del formulario de Violencia Doméstica en las consultas

Al indagar sobre la aplicación de la hoja de tamizaje implementada por el MSP, 23.8% de las mujeres refirió que le realizaron preguntas sobre situaciones de violencia que pudieran haberle ocurrido, sin observarse diferencias relevantes entre los sub sectores de asistencia.

A su vez, se consultó a los profesionales sobre la aplicación del formulario en su consulta y sobre la proporción de mujeres a quienes se lo aplicaban. Se observó que siete de cada diez profesionales refirió no haber aplicado el formulario.

Entre los que no han aplicado el formulario, se consultó sobre los motivos para no hacerlo. Aproximadamente 50% de los profesionales manifestó la ausencia de disponibilidad de formularios, mientras 40% lo desconocen. A su vez, tres de cada diez señalaron que no había una política institucional al respecto. 35.3% refirió que el tiempo de la consulta es escaso para la aplicación.

Tabla 23. Motivos expresados por los/as profesionales que impiden la aplicación del formulario de violencia doméstica.

| | % |
|--|------|
| No hay disponibilidad de formularios | 49.5 |
| No conoce el formulario | 38.6 |
| El tiempo es escaso | 35.3 |
| No hay política institucional al respecto | 31.9 |
| No me siento capacitado/a para implementarlo | 15.8 |
| No estoy de acuerdo en aplicarlo | 5.5 |

En las entrevistas realizadas con las autoridades se profundizó sobre la implementación de este decreto. Éstas refirieron varios procesos obstaculizadores que dificultan el cumplimiento cabal de la norma. Con respecto a la aplicación del formulario, se observó que si bien las autoridades conocen la disposición y manifiestan disponer de los mismos, refieren diversas barreras que afectan su aplicación. Un aspecto señalado fueron las resistencias del personal médico frente a realizar registros.

«El problema del registro del área técnica es tremendo, en general es bajísimo lo que regis-

Violencia doméstica

tran, no les gusta registrar. No ven la necesidad, por más que se trate, lo ven como una obligación y no lo ven como parte de la estrategia» (Institución pública, Montevideo)

«Yo trate de empezar a incorporar el formulario de violencia y pase por todos los consultorios con un cartel pegado de un pequeño instructivo, una sugerencia de que se abordara el tema de la violencia doméstica en el tema de la salud. Y se empezó a mandar a partir de registros médicos con la consulta programada y las historias clínicas; un montoncito de formularios para que los empezaran a llenar.» (Institución pública, Interior)

«Los médicos acá tienen una carpeta donde se le ponen las historias, el parte diario y ahí se les pone eso como recordatorio y lo que hacen sí es preguntar. Deberían preguntar todo, pero si pregunta, vamos a ponerlo así, en la historia marcan a veces la historia, hubo médicos que preguntaron y ponen la fecha, pero puede suceder que la mujer justo caiga con tres al odontólogo, al ginecólogo, entonces todos le preguntan lo mismo». (Institución pública, Montevideo)

«Hicimos la información referente de todo lo que es el marco jurídico, el marco conceptual, la importancia que tiene desde el punto de vista político, en la salud, porque nosotros estamos incorporados ahora junto a otras instituciones del Estado y de ahí mostramos el Sub programa que debe de tener cada institución para trabajar el tema de violencia doméstica y la importancia y se acuerdan los dos discos de la violencia, lo que debe hacer el funcionario de la salud y lo que no debe hacer el funcionario de la salud». (Institución privada, Interior)

Las autoridades reconocieron que es un tema complejo y que además de la resistencia para el registro intervienen otras barreras. Se mencionó la necesidad de generar un vínculo de confianza con la paciente para poder abordar las preguntas que se proponen en el formulario y al tiempo necesario de consulta para un abordaje adecuado. Asimismo, la falta de capacidad de respuesta percibida por los propios profesionales en los casos de detección de violencia también inhibe la sistematización de su aplicación. Esto también se vincula a que en aquellos casos donde se intervino más activamente el personal se ha sentido frustrado frente a los resultados obtenidos.

«Además hay otra cosa, para hacerle la encuesta a la señora sobre la situación, hay que tener confianza no se le puede entrar preguntando, ¿su marido le pega?, no, porque ahí te va a contestar todo que no por mas que este machucada. Entonces como que tenes que tener cierto vinculo con la paciente, es lo primordial» (Institución pública, Montevideo)

«Lo que pasa que en la consulta al médico, los tiempos no son los deseables y por otra parte hay todo un tema. Porque aparte son temas que siempre están y en realidad por más capacitación que hagan, después se dan cuenta que la solución no la va a dar única y exclusivamente la capacitación. Que son temas difíciles de tratar» (Institución pública, Montevideo)

«No es tan fácil manejar las situaciones, porque las personas una vez que plantean algo, que muchas veces es algo que vienen tratando de sobrevivir con esa situación

durante mucho tiempo; donde además está el mundo de los afectos. Uno no puede dejar a las personas y decirles bueno ándate, y ¿adonde va?, es decir no es tan fácil, o invadir el espacio privado de alguien si después no le vamos a dar nada, porque después pasa a ser una encuesta, el personal padece esas situaciones(...)» (Institución pública, Montevideo)

«(...) a veces llegas a la conclusión de que diste mil vueltas, jorobaste a mil personas nadie te respondió nada y la señora, sigue viviendo con el mismo señor, que la viola cada vez que se le ocurre.» (Institución pública, Montevideo)

Se observó entonces baja adhesión a la aplicación del formulario y en general una política institucional débil en cuanto a pautas claras de aplicación o a un control de la misma. En varios casos se sostuvo que no saben si los médicos aplican o no los formularios. En otros casos se mencionó la resistencia del personal a comprometerse en estas situaciones.

«No lo usamos. Te dije es como un rechazo porque nadie quiere comprometerse, involucrarse es seguir adelante. Por eso vuelvo a decir, la sensibilización al tema tiene que ser local para que participen todos.» (Institución pública, Interior)

Con respecto a la política institucional en caso de detección de violencia doméstica tampoco se observaron en la mayoría de los casos líneas claras establecidas, quedando el abordaje a criterio del médico.

Al consultar sobre si se realizaban denuncias al MSP o judiciales de los casos detectados, en varios casos se mencionó que se reporta la aplicación del formulario al MSP.

« (...) lo que si se reporta mensualmente con la estadística es si preguntaron, sino preguntaron y si fue positivo. Que no significan casos, personas. Eso si se reporta.» (Institución pública, Montevideo)

También se señaló que es frecuente que las mujeres no permitan a los/as profesionales de la salud intervenir en las situaciones de violencia detectadas.

«A veces es muy difícil. Creo que sí están sensibilizados y creo que tratan de consensuar las situaciones que se ven, de tener de comunicar, con el hecho de que a veces el propio usuario te impide que lo hagas. Y eso es bastante mas frecuente de lo que uno se imagina y ahí también esta el tema de cómo lo encarar porque también estas sujeto al secreto médico, si el paciente inhabilita me parece que quedas atado de manos ¿no? Entonces ahí se crea un conflicto bastante importante.» (Institución privada, Interior)



El Observatorio llama la atención sobre el hecho de que siete de cada diez profesionales refieren no aplicar el formulario de violencia doméstica que establece la normativa vigente.

De éstos, aproximadamente 50% manifestó que no hay disponibilidad de formularios y cuatro de cada diez que no lo conoce.

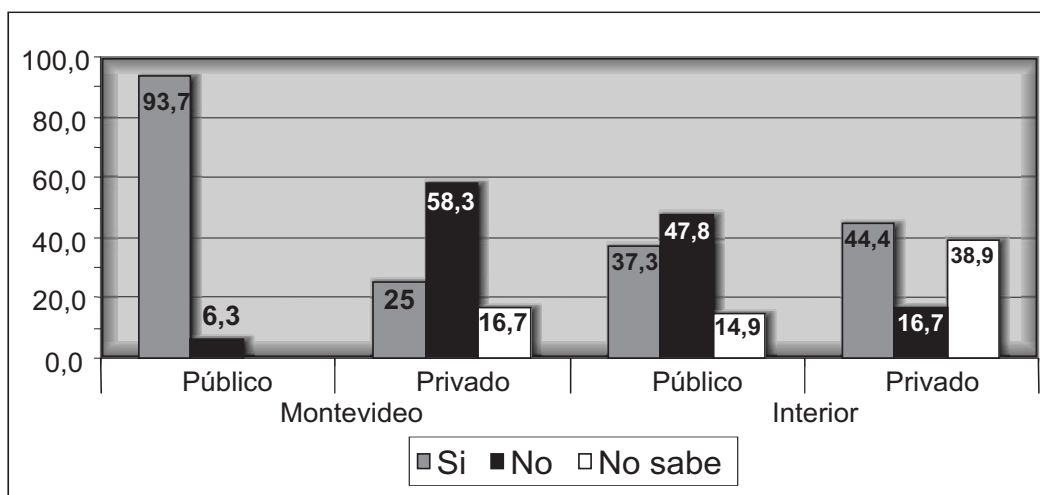
VIII. Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH)

La realización del diagnóstico de serología VIH en mujeres embarazadas es obligatoria según el Decreto 295 del año 1997. Para evaluar el grado de cumplimiento de este decreto se consultó a las mujeres sobre la realización del test de VIH en sus embarazos posteriores a esa fecha. El 96% de las mujeres manifestó que sí se lo habían realizado.

La utilización del test rápido para detección de la infección por el virus del VIH es una herramienta de inestimable valor en los casos de embarazos sin control ya que la identificación de una mujer VIH positiva al momento del parto conlleva gestos terapéuticos específicos para evitar la transmisión madre-hijo.

Al indagar en relación a la disponibilidad de este tipo de test, 56.6% de los/as profesionales refirió contar con la posibilidad de obtenerlo en su institución. Llama la atención el alto porcentaje de profesionales que desconoce la disponibilidad de este test, especialmente en el subsector privado y en el Interior.

Gráfico 14. Conocimiento de los/as profesionales de disponibilidad de test rápido en la institución según subsector y región.



Entre los/as profesionales que atienden partos, se observó que 22.4% de los que trabajan en el Interior, desconoce la disponibilidad del test rápido en sus instituciones, lo cual implica una barrera para su utilización en casos de mujeres con embarazos no controlados.

Respecto al tratamiento antirretroviral, 25.4% de los/as profesionales encuestados/as desconoce su disponibilidad en las instituciones donde trabajan.



El Observatorio llama la atención sobre el alto porcentaje de profesionales que desconoce la disponibilidad de test rápido del VIH y del tratamiento antirretroviral en sus instituciones

De la información recogida en entrevistas con las autoridades, se destacó que las instituciones privadas asumen el tratamiento de sus usuarios con VIH. Este también es el caso de algunas instituciones públicas, mientras que otras de este sector derivan a sus usuarios a los centros de referencia de la capital. Esta situación suele ser atribuida a la carencia técnica y de recursos.

«Estamos trabajando, supimos a través de Montevideo...que la policlínica de alto riesgo que es la que tiene que manejar de repente a los pacientes de alto riesgo dicen no, esto tiene que estar en Montevideo...(y derivan) ...Ahora fue personal a prepararse al Pereira».
...» (Institución pública, Interior)

Sobre el proceso de consejería para la entrega del diagnóstico del test de VIH, la mayoría de las instituciones, señalaron presentar carencias a este respecto. En el caso de las públicas, las dificultades suelen deberse a deficiencias en los recursos humanos. Pero bajo circunstancias en las que los test resultan positivos, la mayoría de las instituciones han implementado mecanismos para que los resultados sean entregados por parte del médico tratante generando una instancia de consejería.

«..el resultado viene en sobre cerrado, confidencial, se lleva a la dirección o se sabe que son cuando vienen así, verificamos cual es el funcionario actuante y se lo pasamos inmediatamente, para manejar ellos el tema y todo lo vinculado a cómo las personas tienen que recibir la información y como sigue su vida después, es la parte que mas angustia.» (Institución pública, Montevideo)

«No hay consejería. Porque incluso una de las funciones que nosotros queríamos tener era que hubiera una consejería de ese tipo. Nosotros tenemos una que esta con toda la parte de enfermedades de transmisión sexual y no da a vasto. No puede porque tiene tanta cosa que hacer que al final se termina haciendo la cosa más inmediata». (Institución pública, Interior).

En relación con los procedimientos para garantizar la confidencialidad de los resultados, las instituciones destacaron que intentan mantenerlos confidenciales, si bien existirían algunas deficiencias en los procesos descritos que se ilustran con las siguientes citas.

«Se llama al médico y del laboratorio nos llaman a nosotros (dirección) y citamos a la persona». (Institución pública, Interior)

«...es muy difícil de mantener la confidencialidad, tanto es así que el director del laboratorio esta en un juicio en este momento por un reclamo... que parecería según afirma que mantuvieron todos los criterios de confidencialidad, pero la gente se enteró.... Y bueno, acá es un problema, en el área privada como en el área pública es un problema. Se hace en un laboratorio y cuando aparece un VIH... O sea que nosotros hemos hablado con las encargadas, los técnicos laboratorios saben, pero igual es un problema...» (Institución pública, Interior)

Todas las instituciones tanto públicas como privadas destacaron que el tamizaje de VIH es rutina para los embarazos controlados. En los casos en que se presenten partos de embarazos no controlados, la mayoría de las instituciones manifestó tener disponibilidad de test rápido.

IX. Satisfacción de las mujeres con la atención recibida

Se indagó en relación al grado de satisfacción con la atención recibida en el centro de salud durante el último año a través de un instrumento de evaluación de calidad desarrollado por el CEDES ya mencionado. Las mujeres encuestadas dieron las respuestas que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 24. Nivel de satisfacción referido por las mujeres con el servicio al que concurren

| | % |
|-------------------------------|--------------|
| Muy satisfecha | 16.2 |
| Satisfecha | 61.1 |
| Ni satisfecha ni insatisfecha | 13.3 |
| Insatisfecha | 4.7 |
| Muy insatisfecha | 4.6 |
| Total | 100.0 |


El 76.5% de las usuarias de los servicios de salud estudiados refirieron estar satisfechas o muy satisfechas con el servicio. No se comprobaron diferencias relevantes al analizar los datos por subsector, ni por región.

La Tabla 25 muestra algunas características del trato que han recibido las mujeres por parte de los/as médicos/as.

Tabla 25. Actitudes de los/as médicos/as referidas por las mujeres

| | Saludar al llegar (%) | Llamar por el nombre (%) | Escuchar con atención (%) | Tratar con respeto (%) |
|---------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| Siempre | 80.3 | 64.5 | 72.5 | 87.7 |
| A veces | 17.5 | 26.3 | 25.5 | 10.4 |
| Nunca | 2.2 | 9.1 | 1.8 | 1.8 |

Al analizar estas variables según subsector y región no se encontraron diferencias relevantes.



El Observatorio destaca el alto nivel de satisfacción percibido por las mujeres.

Se indagó también en relación a los tiempos de espera para obtener hora para una consulta de ginecología. El tiempo medio de espera según la población global encuestada fue de 16 días,

pero el 50% obtiene la consulta en 10 días o menos. El tiempo de espera tuvo una diferencia relevante al ser analizado por subsector, ya que la media de espera en el público fue de 13 días (el 50% de la población obtiene la consulta en 7 días o menos), y en el privado de 21 días (el 50% de la población obtiene la consulta en 15 días o menos). Cabe aclarar que en el subsector público no es posible la elección del profesional, mientras que en el privado, las usuarias esperan para que su ginecólogo sea quien las atienda. Al analizar por región el promedio de espera en las instituciones de Montevideo fue de 10 días (el 50% de la población obtiene la consulta en 2 días o menos) y en el Interior de 18 días (el 50% de la población obtiene la consulta en 15 días o menos).



El Observatorio alerta que los tiempos de espera para la obtención de la consulta están muy por encima de lo deseable de acuerdo a lo establecido por el MSP.

Por otro lado, al investigar el tiempo de espera para ingresar a la consulta se destaca que la media de espera global fue de 55 minutos.

Del análisis por subsector y por región también surgieron diferencias. Los tiempos de espera en el subsector público fueron de 60 minutos en promedio, mientras que en el sector privado fue de 46 minutos. En Montevideo fueron de 60 minutos y en el Interior de 55 minutos. Estos tiempos están cercanos (especialmente en el sector privado) pero aún por encima de los estándares internacionales que establecen 30 minutos como tiempo adecuado de espera.

En cuanto a la duración de la consulta las mujeres refieren que el tiempo medio fue de 15 minutos, y se registró un 30% de datos faltantes (no respuesta). No se identificaron diferencias por subsector ni por región.

El Observatorio también indagó sobre algunas características de la consulta médica, fundamentalmente en relación con la privacidad de la misma. Con este fin a la mujer se le realizó la siguiente pregunta. «Cuando usted está en la consulta con el/la médico/a, ¿con qué frecuencia pasan las siguientes cosas?» Las respuestas obtenidas se presentan en la Tabla 26.

Tabla 26. Frecuencia con que las mujeres refieren que las siguientes situaciones se presentan durante la consulta con el/la médico/a.

| | Entra y sale gente | Le explican procedimiento | Hay un lugar para desvestirse | Se escucha la otra consulta |
|---------|--------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Siempre | 4.2 | 71.3 | 52.7 | 4.1 |
| A veces | 23.3 | 25.0 | 14.8 | 20.8 |
| Nunca | 72.4 | 3.7 | 32.5 | 75.0 |

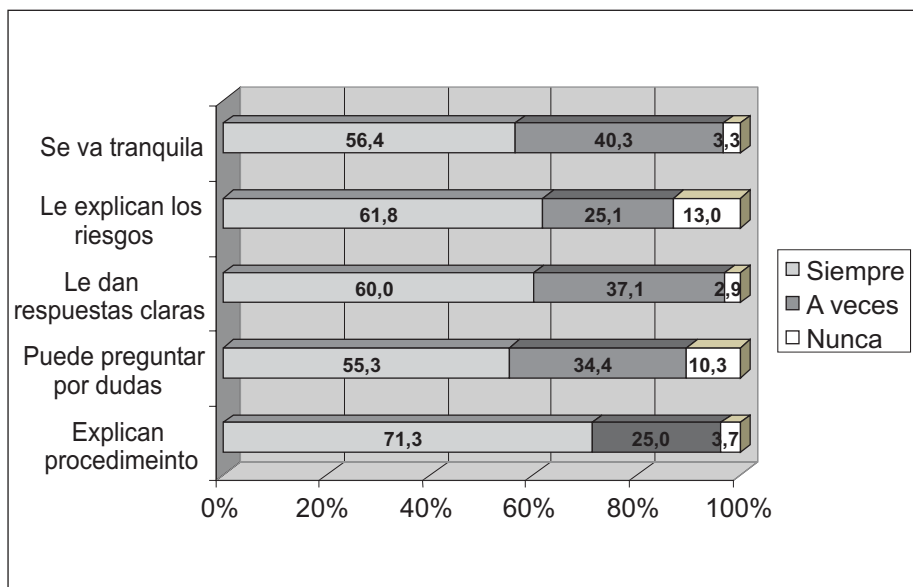
Al analizar estas variables por subsector vimos que las condiciones de privacidad son mejores

a nivel privado, ya que 84% de las encuestadas refirió que nunca entra gente al consultorio contra 65% de las mujeres del subsector público. La inexistencia de un lugar aparte para desvestirse en la consulta fue manifestada por 20% de las mujeres del subsector privado frente al 41% de las del público. También se observaron diferencias al comparar la proporción de mujeres que refirió no escuchar la conversación de otro consultorio, 78% en el subsector privado y 66% en el público.

Las diferencias por región son menos marcadas, sólo cabe destacar que 13% de las mujeres de Montevideo refirieron no contar con un espacio separado para desvestirse, comparado con 38% de las del Interior.

En relación con la información que los/as médicos/as brindan a las mujeres las respuestas se representan en el gráfico siguiente.

Gráfico 15. Información que las mujeres refirieron recibir por parte de los profesionales.



Al comparar por región no se observaron diferencias relevantes en estas preguntas, pero al comparar por subsector se vio que en todos los casos el subsector público presentó entre 10 a 15 puntos porcentuales menos que el subsector privado en la proporción de respuestas que indicaron la opción «Siempre» a las preguntas anteriores.

Al preguntarle a la encuestadas si se trataron los siguientes temas en la consulta (recibió información sobre ventajas/desventajas, servicios, riesgos, etc.), sólo respondieron entre un 70% y un 50% de las usuarias, por lo tanto las proporciones reportadas tiene como un denominador inferior al de la población total. Las mujeres que no contestaron no tienen sin embargo características diferentes a las que sí contestaron en términos de edad, procedencia, subsector o raza. Las respuestas dadas por las participantes se representan en la siguiente tabla.

Tabla 27. Frecuencia de abordaje de diferentes temas referentes a la salud sexual y reproductiva en la consulta médica

| | (%) |
|--|-----|
| Cómo se previene el VIH/SIDA | 17 |
| Enfermedades de transmisión sexual | 25 |
| Papanicolau | 67 |
| Violencia | 23 |
| Las reglamentaciones y leyes sobre salud sexual y reproductiva | 30 |

Estos porcentajes no fueron diferentes entre Montevideo e Interior, ni entre subsector público o privado. Tal como muestra la tabla, la proporción de mujeres que refirió haber tratado temas claves de SSR con su médico/a es muy inferior a lo deseable.



El Observatorio alerta sobre la escasa información que reciben las mujeres en la consulta ginecológica sobre distintos tópicos en salud sexual y reproductiva.

Por último, a la hora de calificar en una escala de 1 (la peor) a 5 (la mejor) las características de la atención recibida en el centro en el último año, las repuestas fueron como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 28. Puntaje promedio (de 1 a 5) otorgado por las mujeres a diferentes servicios brindados por el servicio de salud.

| | Global | Subsector | | Región | |
|---|------------------|-----------|---------|------------|----------|
| | Puntaje promedio | Público | Privado | Montevideo | Interior |
| Trato de los médicos/as | 4.4 | 4.3 | 4.5 | 4.2 | 4.4 |
| Trato del personal administrativo | 3.9 | 3.7 | 4.1 | 3.4 | 4.0 |
| Tiempo de espera | 2.9 | 2.8 | 3.0 | 2.8 | 2.9 |
| Claridad de la información dada por los médicos/as | 4.1 | 3.9 | 4.3 | 4.0 | 4.1 |
| Limpieza del consultorio | 4.5 | 4.3 | 4.6 | 4.4 | 4.5 |
| Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas | 4.2 | 4.1 | 4.5 | 4.1 | 4.3 |
| Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades | 4.1 | 4.0 | 4.4 | 4.0 | 4.2 |
| Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas | 3.8 | 3.7 | 3.9 | 3.6 | 3.9 |

Si bien el puntaje otorgado por las mujeres fue consistentemente mayor en el subsector privado que en el público, y en el Interior que en Montevideo, estas diferencias no fueron relevantes. El tiempo de espera fue el factor de menor satisfacción por parte de las mujeres.

Por último, al preguntar si recomendaría el servicio a otra persona, 88% respondió que sí lo haría. No se observaron diferencias entre los subsectores o regiones.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES



Discusión y recomendaciones

Los resultados obtenidos en la implementación del Observatorio 2008 son un nuevo insumo en el proceso de monitoreo ciudadano que MYSU realiza, desde el año 1996, a las políticas públicas en materia de género y salud sexual y reproductiva en Uruguay (CNS 1998; MYSU – CLADEM, 2003; MYSU, 2004; CNS – MYSU, 2005; CNS – MYSU, 2006, MYSU, 2007).

Este proceso que lleva más de 10 años, acompaña la génesis y desarrollo de una política en salud sexual y reproductiva en el país que se origina a partir del impacto de la CIPD (El Cairo, 1994) y del trabajo sostenido de las organizaciones de mujeres que demandaron garantías y condiciones para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La construcción y legitimación del paradigma de la SSR y su operacionalización en políticas, programas y servicios de salud integrales es un proceso complejo. Los resultados que se presentan en este informe dan cuenta de avances y dificultades para implementar las normativas vigentes en este campo.

El país cuenta con normas y guías clínicas en algunos componentes de la SSR que se han ido incorporando en la prestación de los servicios. Sin embargo, persisten vacíos normativos en otros.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en vigencia desde enero de 2008, no incorporó aún para todos los efectores públicos y privados de la salud, otras dimensiones de la SSR que trasciendan las políticas de atención materno – infantiles y cáncer genito - mamario. Así como tampoco ha generado mecanismos de control de aplicación y de calidad de prestación para las normas y guías existentes, ni se ha realizado la debida difusión para que profesionales de los servicios, usuarias y población general las conozcan, las apliquen y puedan ser exigidas en los servicios por parte de la ciudadanía.

En cuanto al conocimiento de las normativas

Se destaca en el relevamiento realizado el escaso conocimiento sobre las normativas y guías vigentes por parte de las mujeres que se asisten en los sub sectores público y privado. La difusión a través de cartelera en las salas de espera y los consultorios de los centros visitados es muy pobre, siendo más evidente esta realidad en el ámbito privado que en el público.

También resulta evidente la falta de referencia realizada por parte de los/as profesionales de la salud encuestados de las normativas vigentes. De igual forma hay una baja difusión de las guías de manejo clínico elaboradas por el MSP ya que son recordadas espontáneamente por un porcentaje muy bajo de profesionales. Esta situación se hace más evidente con los/as profesionales del subsector privado en comparación con el público, lo que se podría explicar por el rol de gestor de servicios de salud que llevó adelante el MSP a través de los servicios de ASSE, hasta el año 2007.

El Observatorio recomienda:



Generar mecanismos que garanticen estrategias de difusión, promoción y control de cumplimiento de las normativas vigentes y de aquellas que se generen.

Desarrollar acciones de difusión sobre los servicios existentes, las nuevas prestaciones y los derechos que tienen las y los usuarios en el sistema de salud.

Promover instancias de formación permanente a los equipos y profesionales de la salud para la debida incorporación de las normas y guías clínicas en sus prácticas.

En cuanto a la implementación de las normativas y guías clínicas

En Anticoncepción

No hay en el país normativa vigente que regule la disponibilidad de anticonceptivos en el sistema de salud. El SNIS prevé la incorporación de la anticoncepción como prestación prioritaria en todos los servicios de salud del país, pero esto no ha sido aún concretado en la medida que no integra las prestaciones de observancia obligatoria. El relevamiento realizado permite afirmar que varias situaciones deben ser revertidas. Existe una inequidad en el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos en los centros de atención privada en relación a los públicos. Las instituciones privadas se rigen bajo la premisa de incluir este servicio a sus usuarias cuando sea decretada su obligatoriedad, con lo cual el acceso efectivo a métodos anticonceptivos no está garantizado de manera universal y equitativa en todo el país.

La anticoncepción de emergencia, en particular, es de venta libre en farmacias desde, por lo menos la década del 70. Se incorpora en la canasta básica de métodos anticonceptivos del sector público hacia fines de los 90, en su versión de productos dedicados y mediante el método de Yuspe. Forman parte de las guías nacionales en anticoncepción reversible. Sin embargo, el estudio destaca la baja frecuencia con que las mujeres son informadas en relación a este recurso farmacológico. De igual forma es importante tener en cuenta que la accesibilidad a este método no es universal ni permanente en los servicios públicos y, a nivel de los servicios privados, es inaccesible en la gran mayoría de los casos.

El DIU se incorpora a la canasta de anticonceptivos en el sector público hacia fines de los años 90 a través de una modalidad de un incentivo económico para su colocación por parte de los/as médicos gineco-obstetras. Esta modalidad funcionó hasta inicios del 2002 cuando la colocación del DIU se integró a las tareas técnicas del personal médico cubiertas por el contrato laboral regular sin pago específico por la colocación. El estudio muestra que existe una incongruencia entre lo reportado por las mujeres y por los/as profesionales respecto al acceso a este método. Mientras las mujeres refieren que sólo una de cada dos que solicita la coloca-

ción efectivamente la obtiene, los/as profesionales refieren colocar el DIU “en forma generosa”. Podrían existir barreras a la colocación que no estén relacionadas con la voluntad de los/as profesionales: falta de tiempo en la consulta, falta de material o falta de dispositivos. Pero, casi la mitad de los/as profesionales consultados que no coloca DIU indicó que considera que la colocación debe cobrarse como un acto médico. En el sector privado se destaca que este procedimiento no forma parte de las prestaciones obligatorias y que por tanto los/as profesionales frecuentemente cobran la colocación como un acto médico lo que implica una barrera económica para la usuaria. Otro dato significativo que arroja el estudio es que más de la mitad de los/as profesionales, manifestó no colocar DIU a mujeres nulíparas sin contraindicaciones que lo solicitaran, aún cuando la OMS (MSP; 2005) establece que puede utilizarse siendo las ventajas mayores que los inconvenientes.

En lo que respecta a la ligadura tubaria, método anticonceptivo irreversible, requiere para su realización exclusivamente de la expresa voluntad de la mujer mediante su consentimiento informado (Comunicado al cuerpo médico amparado en el Decreto 258/992, MSP 2006). Ocho de cada diez mujeres, refieren conocer el método, siendo mayor la frecuencia en usuarias del subsector privado de Montevideo. El porcentaje de mujeres que efectivamente accede a la misma es menor al 50%. La realización del procedimiento depende en gran medida de factores ajenos a la voluntad de la mujer.

Entre los factores que operan como obstáculos para el acceso al procedimiento, se identifican la falta de una legislación adecuada (que proteja tanto al médico como a la mujer en sus derechos), las dificultades y/o resistencias del personal médico para aplicar la reglamentación vigente, la solicitud del consentimiento a la pareja (aún cuando el decreto claramente establece la sola voluntad de la mujer) y barreras de tipo institucional. En la mayoría de los centros consultados no hay políticas bien definidas al respecto. Finalmente, se destacan las barreras económicas ya que no se trata de un procedimiento que esté incluido en las prestaciones obligatorias del subsector privado y que tienen un elevado costo para la usuaria.

Sería importante explorar las técnicas alternativas de esterilización que no incluyan la cirugía, de modo de disminuir los costos médicos y el tiempo de espera y así aumentar el acceso.

El Observatorio recomienda:



Inclusión de la anticoncepción en el SNIS mediante una oferta amplia de métodos anticonceptivos incluida la anticoncepción de emergencia y la ligadura tubaria, que garantice el acceso de todas las mujeres del país.

Es necesario disminuir las barreras institucionales, profesionales, económicas y culturales para que se haga efectiva la colocación del DIU en todos los servicios de salud.

Es necesario promover la aceptación de la sola voluntad de la mujer como único requerimiento del consentimiento para la ligadura tubaria y es necesario revertir las barreras existentes para la implementación de este procedimiento.

En embarazo, parto y puerperio

La atención al embarazo, parto y puerperio tiene una larga tradición en el país. Sin embargo, no ha resultado fácil su incorporación al paradigma de la SSR que busca atender de manera integral las necesidades de salud de las mujeres, incluido el proceso de embarazo parto y puerperio.

Casi todas las instituciones cuentan con espacios educativos para las mujeres embarazadas, en muchos casos con participación del varón y en ocasiones con participación de actores comunitarios. Estos espacios si bien, en la mayoría de los casos, son multidisciplinarios, están a cargo, fundamentalmente, de parteras y ginecólogos/as.

Se destaca la alta frecuencia de asesoramiento durante el embarazo de la importancia del **amamantamiento**, lo que da cuenta de la incorporación en los profesionales de una práctica de promoción de salud universalmente aceptada.

Se ha incrementado entre los profesionales, la **indicación del ácido fólico** en el primer trimestre del embarazo para la prevención de las malformaciones del tubo neural, en tanto práctica de alta efectividad. Sin embargo, existe aún una brecha entre el subsector público y el privado. En este último, sólo una de cada dos mujeres recibe la indicación. Sería importante explorar la disponibilidad de este fármaco por parte de las autoridades del MSP a los efectos de disminuir las barreras para su acceso.

En relación a prácticas recomendadas durante trabajo de parto, el relevamiento muestra que la frecuencia de realización de **rasurado y enema en el parto** se ha reducido, lo cual da cuenta de un importante cambio en una conducta que estaba fuertemente arraigada.

En relación al **acompañamiento durante el parto** se destaca, por parte de las mujeres, la baja frecuencia de esta práctica en los servicios de salud. Si bien a un alto porcentaje se le ofrece este acompañamiento, el mismo se efectiviza sólo en una de cada dos mujeres. En las mujeres del Interior sólo 4 de cada 10 tienen acompañamiento durante el parto.

Las barreras asociadas al bajo cumplimiento de esta normativa, según percepción de los/as profesionales estarían vinculadas a la no disposición de los acompañantes, a la decisión de las mujeres y a la infraestructura e insumos no adecuados. En un porcentaje muy bajo se debería a la no disposición del médico tratante.

La realización de **cesáreas** es muy superior a lo sugerido por la OMS siendo muy importante su incidencia en el subsector privado. Sería fundamental profundizar en la identificación de los motivos que determinan este alto porcentaje así como impulsar soluciones que reviertan la situación dado que se trata de una intervención que puede aumentar la morbi-mortalidad materna siendo muchas veces innecesaria.

Se han identificado también otras prácticas que no se realizan con la frecuencia deseable como son el **uso de la episiotomía y el manejo activo del alumbramiento**. Es necesario promover los mecanismos para incrementar el uso de prácticas adecuadas en estas áreas y de esa forma contribuir a mejorar la calidad de atención de las mujeres.

En relación al **consumo de tabaco** durante el embarazo, si bien el Uruguay está avanzando en la implementación de los acuerdos internacionales establecidos en el convenio marco de la OMS (2003), las acciones hacia las embarazadas no se han desarrollado como en los otros campos. El estudio identificó que existe 22% de las mujeres puerperas encuestadas fumó durante el embarazo. Sólo una de cada cinco recibe algún tipo de consejería o tratamiento para la promoción de la cesación tabáquica, existiendo muy buena evidencia científica en cuanto a estrategias comportamentales de probada efectividad.

Dentro de las razones que pueden ayudar a explicar esta situación se identifican: la falta de formación de los/as profesionales de la salud que atienden mujeres durante el embarazo en relación con las técnicas de consejería para la cesación, la falta de guías nacionales de manejo para la cesación (las cuales estarían en proceso de elaboración y publicación en corto plazo) y la falta de accesibilidad a policlínicas específicas de derivación para este tipo de población.

El Observatorio recomienda:



Garantizar el control por parte de las autoridades sanitarias del cumplimiento de las prácticas beneficiosas para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Incrementar la indicación del ácido fólico en el primer trimestre del embarazo en todas las instituciones de salud y garantizar la accesibilidad de las usuarias a este fármaco.

Garantizar que se cumpla la implementación de la ley de acompañamiento en el trabajo de parto y parto, para que todas las mujeres que así lo deseen puedan acceder.

Promover investigaciones que permitan desarrollar, de forma más eficiente, estrategias para la reducción del alto porcentaje de cesáreas.

Implementar los mecanismos institucionales para disminuir el consumo de tabaco de las mujeres durante el embarazo y promover la formación de profesionales de la salud en esta área.

En embarazo no deseado y prevención del aborto inseguro

En Uruguay el aborto es considerado un delito en toda situación, sin embargo es una práctica extendida que se realiza en la clandestinidad. A raíz del incremento de la mortalidad por aborto inseguro, en el año 2004 el MSP adoptó a través de la ordenanza 369 las “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” como una estrategia para la reducción del daño. Esta normativa no se aplica en todos los servicios públicos y privados y el relevamiento realizado para el 2008 así lo refleja.

El 67.6% de las mujeres declaró desconocer este tipo de servicios en la institución en la que se atiende, porcentaje que se incrementa en el interior del país. Por su parte, 75% de los/as profesionales declararon haber recibido consultas de mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto.

El Observatorio indagó sobre los tipos de respuesta brindadas por los/as profesionales en cuanto a sus prácticas ante esta situación, encontrando que el 41.6 % deriva a la mujer a otro profesional, el 34% asesora sobre métodos seguros para interrumpir el embarazo y el 30.6 % estimula a la mujer para continuar con el mismo. Llama la atención la baja proporción de profesionales entrenados para el asesoramiento sobre la interrupción segura de la gestación (especialmente en el sector privado) así como la baja proporción que estimula la consulta post-aborto. Los/as profesionales que efectivamente reciben consultas de mujeres que han interrumpido ya su gestación refieren en un porcentaje muy alto asesorar sobre métodos anticonceptivos seguros.

Se detecta la falta de una estrategia sistemática desde el MSP para la difusión y el control en el cumplimiento de la normativa.

El Observatorio recomienda:



Garantizar desde el MSP la difusión y cumplimiento de la ordenanza 369.

Promover el entrenamiento de profesionales de la salud para la consejería de las situaciones de embarazo no deseado y aborto.

Estimular por parte de los/as profesionales a que las mujeres concurren a la consulta post aborto para atender su salud y recibir asesoramiento anticonceptivo.

Generar indicadores que permitan evaluar el grado de aplicación de la normativa y su impacto en la reducción de la morbi-mortalidad de mujeres por aborto inseguro.

En violencia doméstica

La inclusión de la violencia doméstica en la atención de salud se inicia en el año 2007 a través del decreto que establece la detección y primera respuesta ante una mujer en esa situación. Incluye la obligatoriedad de la aplicación de un formulario para el tamizaje de violencia a todas las mujeres que asistan a las consultas

Del relevamiento realizado por el Observatorio surge que ocho de cada diez mujeres desconocen la existencia de esta normativa. Sólo el 23,8% de las mujeres refieren que les fue preguntado en la consulta sobre situaciones de violencia que pudieran haberle ocurrido.

En cuanto a los/as profesionales, siete de cada diez refiere no aplicar el formulario de tamizaje. Las principales razones aludidas fueron la falta de disponibilidad de formularios, el desconocimiento de su existencia, la falta de tiempo en la consulta para aplicarlo y la falta de una política institucional claramente establecida.

Desde las autoridades de las instituciones relevadas se manifiesta que el abordaje de la problemática no es integral y que se sienten desbordados a la hora de afrontar estas situaciones. También se señalan las resistencias médicas por la falta de sensibilización de los profesionales y los equipos de salud, por lo insuficiente de la capacitación recibida y por la sensación de frustración que sienten al abordar el problema en la consulta sin poder satisfacer cabalmente las necesidades de la mujer en situación de violencia. También se señaló, en algunos casos, que la falta de mecanismos institucionales claros y eficaces para una buena derivación, no facilitan la inclusión de esta dimensión en la consulta médica.

El Observatorio recomienda:



Profundizar la capacitación dirigida al personal de salud para mejorar la respuesta del sector en el diagnóstico oportuno y la atención de situaciones de violencia doméstica en base a la normativa vigente.

Generar y consolidar mecanismos efectivos para la derivación de mujeres en situación de violencia a los efectos de garantizar un adecuado abordaje de estas situaciones en el marco de la ley vigente sobre violencia doméstica y del Plan nacional para su erradicación.

Garantizar la plena implementación de esta normativa en el SNIS y generar información epidemiológica que permita ir evaluando la dimensión del problema desde el punto de vista sanitario y medir los impactos de las acciones de prevención y atención que se llevan adelante.

En relación al VIH-sida

La realización del diagnóstico de serología VIH a mujeres en situación de embarazo es obligatoria por decreto del año 1997. Su aplicación ha tenido un buen resultado dado que el 96% de las mujeres entrevistadas manifestaron haberlo realizado.

En los casos de embarazos sin control, se ha implementado desde el MSP la utilización del test rápido en el momento del parto que permite la aplicación terapéutica específica para evitar la transmisión madre-hijo. Esta ha sido una herramienta fundamental en la importante reducción registrada en el país, de la transmisión vertical.

De lo relevado por el Observatorio, se destaca el alto porcentaje de profesionales que desconocen la disponibilidad de test rápido en sus instituciones. Una estimable proporción de profesionales que atiende partos (56,6%) refiere desconocer dicha disponibilidad, lo cual funciona como una barrera para su solicitud en casos de embarazos no controlados. Este desconocimiento es mayor en profesionales del subsector privado del Interior. En cuanto al conocimiento sobre la disponibilidad de antirretrovirales, 25,4% de profesionales encuestados desconoce su disponibilidad en las instituciones donde trabajan.

En relación a la consejería y la confidencialidad sobre el diagnóstico positivo de VIH, las instituciones señalaron intentar implementar mecanismos para mantener la confidencialidad, los cuales no son siempre efectivos dadas las carencias derivadas de la falta de recursos humanos entrenados y limitaciones en los procedimientos.

El Observatorio recomienda:



Extremar las medidas de difusión y disponibilidad de los medios de prevención de la transmisión vertical, detección y tratamiento de VIH en mujeres embarazadas.

Garantizar la disponibilidad y difusión del uso del test rápido en las instituciones que atienden partos, puesto que es una herramienta de inestimable valor en los casos de embarazos mal controlados o sin control.

Asegurar procedimientos que garanticen la confidencialidad y la consejería adecuada para los diagnósticos positivos de VIH.

En relación a los copagos por PAP y mamografía

Desde julio de 2006 las mujeres que se atienden en servicios de salud del sector privado no deben abonar copagos para estudios de PAP y mamografía. Sin embargo, llama la atención que un 58,6% de las mujeres encuestadas declaran no haberse realizado mamografías, a pesar de contar con mejores condiciones para el acceso.

El Observatorio recomienda:



Incentivar la realización de PAP y mamografía por parte de las mujeres haciendo uso de las facilidades que implica la exoneración del copago de estos estudios bajo ciertas condiciones, tomando especialmente en cuenta la alta incidencia de los cánceres genito –mamarios, que persisten en el país.

Satisfacción de las mujeres sobre la atención recibida

En relación a la percepción de satisfacción de atención en los servicios, las mujeres destacan el buen nivel, independientemente del carácter público o privado de los mismos. No obstante, cabe destacar que no siempre los niveles de percepción de satisfacción son buenos indicadores de la calidad de la atención.

Los tiempos de espera, tanto para la obtención de la consulta como para ingresar en la consulta son más altos de lo aceptable, según lo expresan las mujeres en la encuesta. Los estándares internacionales establecen que 30 minutos es el tiempo máximo de espera aceptable para ingresar a la consulta (tiempo en sala de espera). El relevamiento, sin embargo, ubica este tiempo en el doble para el sector público y en 46 minutos en el sector privado, lejos de lo que indican los estándares internacionales. En cuanto al plazo para obtener una consulta en ginecología, el sistema nacional integrado de salud establece que éste se debe ubicar como máximo en las 24 horas. El Observatorio comprobó que esos plazos son muy superiores a los establecidos (promedialmente 16 días). Sin embargo, cabe destacar que las usuarias de las instituciones del subsector privado respondieron a esta pregunta tomando como base el plazo que deben esperar para la obtención de una consulta con un profesional de su elección, por tanto no es posible determinar si existe una espera igual o mayor a 24 horas para cualquier técnico. Se debe destacar que en el sector público el tiempo medio de espera para obtener una consulta es de 13 días en lugar de 24 horas, tomando en cuenta que en el interior la espera, es aún mayor (18 días).

Por último cabe destacar que las mujeres reportan una baja frecuencia de información sobre patologías y prácticas de prevención en relación a la SSR durante la consulta médica y refieren una proporción no despreciable de casos en las que no reciben suficiente información en relación a riesgos, procedimientos realizados y dudas presentadas.

El Observatorio recomienda:



Monitorear el cumplimiento de las medidas establecidas por el SNIS respecto al tiempo de espera para la obtención de una consulta en ginecología así como el tiempo en sala de espera que duplica al de las recomendaciones internacionales.

Es necesario optimizar el espacio de oportunidad que ofrece la consulta médica para brindar información adecuada y oportuna de modo de mejorar la calidad, cantidad y pertinencia de la información en salud sexual y reproductiva que debe brindarse.

Desarrollar indicadores para medir la calidad de atención de los servicios que estén basados en criterios de integralidad y que contemplen la debida aplicación de guías clínicas y normativas.

A modo de reflexión final

El avance en el reconocimiento por parte del sector salud de velar por las garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se ha ido plasmando en normativas sanitaria que encuentran obstáculos y resistencias en su implementación en los servicios de salud. Por un lado, se observa que las normativas que reconocen el poder de la mujer de decidir sobre su reproducción de forma autónoma, son las que presentan mayores resistencias por parte de las instituciones y de los/as profesionales. A pesar de que estas normativas llevan algunos años de aprobación, no se implementan políticas institucionales claras que habiliten a las mujeres a ejercer los derechos garantizados por las mismas. A su vez, los/as profesionales presentan resistencias vinculadas a sus marcos interpretativos y subjetividades que siguen primando en la relación sanitaria. Se aprecia una resistencia a aceptar la autonomía de las mujeres en las decisiones reproductivas, a lo que se suma una apreciación por parte de los/as profesionales de falta de respaldo legal para su protección en la consulta médica.

Por otro lado, se destaca un proceso no exento de dificultades en la incorporación de la atención a situaciones de violencia doméstica, así como se observa un avance positivo en la inclusión de buenas prácticas en la atención a la mujer embarazada.

La tensión entre un modelo materno infantil y uno integral en salud sexual y reproductiva, sigue estando presente en la implementación de los servicios (López Gómez et. Al, 2003) y en la puesta en marcha del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los hallazgos del Observatorio 2008 han pretendido identificar el grado y nivel de implementación de las normativas y guías técnicas vigentes en SSR en servicios públicos y privados del país.

Si bien se consignan avances en este proceso, resta aún un importante camino a recorrer para garantizar en la atención sanitaria el respeto y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Aún habiéndose ampliado, en los últimos años, el marco normativo que aplica a todos los servicios de salud en este terreno, hay vacíos importantes. Se requeriría generar nuevos marcos legales que habilitaran tanto a las personas usuarias como a profesionales de la salud de mejores condiciones para el ejercicio de derechos. Así como la definición e implementación de políticas de corto y mediano alcance que contribuyan a la superación de las barreras detectadas, vinculadas fundamentalmente a las resistencias culturales e institucionales frente al nuevo paradigma de la SSR que desafía los modelos tradicionales e históricos de atención a la salud de las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

Bianco, M. *Derecho a la salud: reflexiones desde las reformas al sector y la perspectiva de género*. Trabajo presentado en el Seminario Reforma de la Salud, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Lima, 1 al 3 de Octubre 2003.

Castro R. *Prólogo: la calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico*. En: Vasquez, M. De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. El Colegio de Sonora, Mexico, 2008.

CNS Mujeres. *Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para acciones del futuro*. Informe realizado por López Gómez, A. (MYSU), Montevideo, 2005.

CNS Mujeres. *2006 a un año de gobierno progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*. Informe realizado por López Gómez, A., Abracinskas, L., Quesada S., Arrambide, E. (MYSU), Montevideo, 2006.

Colomar, M., Belizán, M. Cafferata, ML., Labandera, A. Tomasso, G. Althabe, F. Belizán, JM. *Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay*. Revista Ginecología y Obstetricia de México, Setiembre, 2004.

Cook, R. *Salud reproductiva: la experiencia canadiense*. Conferencia dictada en Montevideo 29 de abril de 2003, Centro de Estudios Canadá – Uruguay, Montevideo, 2003.

De Francisco, A., Dixon – Mueller R., d´Arcangues, C. *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Global Forum for Health Research, OMS, Ginebra, 2007.

Gómez, E. *Equidad, género y salud*. OPS, Washington, 2001.

López Gómez A., Benia W., Contera, M., Güida, C. *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud sexual y reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. C.L en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Udelar, Montevideo, 2003.

López Gómez, A., Amorín, D., Berriel, F., Carril, E., Güida, C., Paredes M., Pérez, P., Ramos Brum, V., Varela, C., Vitale Parra, A. *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Proyecto Género y Generaciones. Tomo I Estudios cualitativos*, Ed. Trilce, Montevideo, 2006.

Maffía, D.; Kohen, B.; Moreno, M.; Bodnar, P.; Hernáez, C.; Ramos, S.; Petracci, M.; Szulik, D.; Aizenberg, L. y del Río Fortuna, C.: *Programa Ciudadanía y Sexualidad, Manual para organizaciones de la sociedad civil*. Defensoría del Pueblo-CEDES, Buenos Aires, 2004.

MYSU, *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2007*. MYSU. Montevideo, 2007.

Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo, 1994.

Naciones Unidas. *Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer*, Beijing, 1995.

Naciones Unidas. *Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación hacia las mujeres*, New York, 1979.

Niremberg, O., Perrone, N. *Participación social en salud*. FUNCER, 1999.

OMS: *Convenio Marco para el control del tabaco*. Cuarta sesión plenaria, 21 de mayo de 2003, Ginebra, A56/VR/4, 2003.

Statistical Package for Social Sciences. Versión 11.5, 2002. SPSS Inc.

Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. *Validación Nacional del Índice de NSE para estudios de mercado y de opinión pública*, Montevideo, 2006.

World Health Organisation. *Appropriate technology for birth*. The Lancet, 1985; II: 436-7.

Normativas sanitarias

Ley 17386. Agosto, 2001. Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

MSP - Ordenanza N° 102. Julio, 2006. Exoneración de copagos para estudios de PAP y de mamografía.

MSP, Ordenanza N° 369. Agosto, 2004. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.

Poder Ejecutivo, Decreto 197/005. Junio, 2005. Exoneración de copagos para la atención del embarazo de bajo riesgo.

MSP, Decreto 258/992. Junio, 1992. Comunicado al cuerpo médico sobre métodos ligadura tubaria y vasectomía.

MSP, Decreto 494/2006. Noviembre, 2006. Diagnóstico y atención de situaciones de violencia doméstica en servicios de salud

MSP, Decreto 295/97. 1997. Obligatoriedad serología VIH en embarazadas.

Guías clínicas

MSP – Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, Montevideo, 2004.

MSP - Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Montevideo, 2006.

MSP - Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles). Montevideo, 2005

MSP - Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Normas de atención a la mujer embarazada. Montevideo, 2006

MSP - Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Montevideo, 2006

MSP - Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA). Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización de adultos y embarazadas. Montevideo, 2006

MSP - Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/SIDA. Montevideo, 2007

MSP – Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. Montevideo, 2007

Reseña de normativas Sanitarias y Guías Clínicas en Salud Sexual y Reproductiva

Embarazo, parto y puerperio

Decreto Nº 195/05 Poder Ejecutivo, 2005 - Decreto Nº 52/06, MSP, 2006. Co-pago en estudios paraclínicos de embarazo de bajo riesgo. A partir del 1º de enero de 2006, se exonera a todas las mujeres embarazadas que se asisten en el sub-sistema privado de salud, del pago de tickets de los estudios paraclínicos que se recomiendan en un adecuado control de embarazo de bajo riesgo.

Ley Nº 17.386, 2001. Dec. Nº 52/06, MSP, 2006. Acompañamiento en el trabajo de parto y parto. Toda institución de salud pública y privada debe informar a la mujer sobre su derecho a ser acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. Asimismo, todas las instituciones deben instrumentar los mecanismos y efectivizar las condiciones para que las mujeres ejerzan este derecho.

Decreto Nº 295/97, MSP, 1997. Test de VIH. En el año 1997, se estableció la obligatoriedad de ofrecer a todas las mujeres embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva está indicado iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la posibilidad de transmisión vertical.

Guías clínicas. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico (MSP, 2005). Las pautas ofrecen herramientas técnicas para un diagnóstico y tratamiento adecuado de diferentes infecciones de transmisión sexual en todos los centros de salud del país, así como directrices básicas para la realización de consejería y orientación en VIH / SIDA.

Guías clínicas. Profilaxis y tratamiento de la infección por el VIH en pediatría (MSP, 2006). Las pautas ofrecen *«recomendaciones consensuadas que permitan racionalizar los métodos diagnósticos, planes terapéuticos y medidas profilácticas, con el fin de optimizar los resultados que ayuden a controlar la infección y lograr que no aparezcan casos nuevos.(...)»* Desde el primer nivel de atención, al pediatra le corresponde la asistencia de los niños expuestos al VIH y a los infectados, por lo que el mismo debe estar informado acerca de cuales son las características de esta enfermedad y sus complicaciones. Además debe permanecer estrechamente relacionado con los colegas del Centro de Referencia en la infección VIH pediátrica, los que colaborarán permanentemente en el manejo de estos casos.»

Aborto / aborto inseguro

Ley N° 9.763 (24/01/1938): establece que el aborto es un delito siempre, ingresando al Capítulo IV del Código Penal con el artículo 325 y siguientes. En términos generales la ley establece que la mujer que cause su aborto o lo consienta será castigada con prisión de tres a nueve meses; el que colabore en el aborto será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión; el que cause el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría; si a consecuencia del delito de aborto sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de dos a cinco años de penitenciaría y, si ocurre la muerte, la pena será de tres a seis años de penitenciaría. La ley establece causas que agravan el delito: si se comete con violencia o fraude, si se realiza el aborto sobre una mujer menor de dieciocho años o privada de razón o sentido; cuando se realiza por el marido o con abuso de autoridad, en relaciones domésticas o de violación de deberes inherentes al estado, cargo, oficio o profesión. Asimismo, establece causas que atenúan o eximen de la pena: cuando se realiza para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo; cuando el embarazo es el resultado de una violación; cuando se realizó por razones de angustia económica; cuando se realizó por causas graves de salud o para salvar la vida de la mujer embarazada. Es a criterio del juez y de acuerdo a las circunstancias en que se realizó el hecho, la posibilidad de eximir totalmente de castigo, siempre que el aborto haya sido practicado con el consentimiento de la mujer, por un médico y dentro de los tres primeros meses de la concepción.

Ordenanza N° 369 (agosto de 2004, MSP). Crea la normativa sanitaria «Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo». La misma establece que toda mujer tiene derecho a recibir información, asesoramiento y atención sanitaria frente a un embarazo no deseado y atención integral post aborto, incluyendo la atención a las complicaciones de un aborto inseguro o un aborto incompleto.

Ordenanza N° 890 (octubre de 2005, MSP). Crea la *Comisión Asesora para la interrupción de la gestación*, dejando sin efecto una resolución ministerial de octubre de 1991 que había creado el Comando de Lucha contra el Aborto Criminal. La nueva Comisión tiene como cometido estudiar informes técnicos de proveedores de salud que recomiendan técnicamente la realización de abortos institucionales en situaciones específicas, en función de las causales eximentes de pena que establece la ley vigente.

Ordenanza N° 759 (noviembre de 2006, MSP). Crea la *Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto*, la cual es de carácter técnico – consultivo. Sus principales objetivos son contribuir a la vigilancia de la totalidad de las muertes de mujeres por las causas mencionadas; mantener un diagnóstico permanente de la situación epidemiológica de estas muertes en todo el territorio nacional, y proponer directivas, instrumentos legales y principios éticos que concreten estrategias para la obtención de datos y la reducción de las muertes de referencia.

Anticoncepcion

Guías clínicas. Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo Anticoncepción. Métodos Reversibles. (MSP, 2005). La guía ofrece herramientas conceptuales y técnicas a los equipos de salud para una orientación integral a mujeres que solicitan métodos anticonceptivos reversibles (DIU, anticonceptivos orales, preservativos, anticoncepción de emergencia) en cualquier centro de salud del país.

Consentimiento informado para esterilización femenina y masculina (ligadura tubaria y vasectomía). Comunicado al Cuerpo Médico (MSP, 2006).

Establece que para acceder a estos métodos anticonceptivos (no reversibles) el centro de salud y el cuerpo médico debe solicitar consentimiento informado y firmado *exclusivamente* a la persona (mujer o varón) que solicita el método. No se debe requerir firma de tercera persona, salvo que el o la solicitante carezca de capacidad para tomar decisiones o sea menor de 21 años.

Pap y mamografía

Ordenanza 402 (MSP, 2006). Establece la gratuidad para los estudios de papanicolau y mamografía. En el caso de resultados normales, esta ordenanza garantiza que el examen de PAP debe realizarse sin costo con una frecuencia de tres años y dos años en el caso de la mamografía.

Violencia hacia las mujeres

Guías de Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud (MSP, 2006). Establece los criterios a ser empleados por los servicios de salud para la realización de un adecuado tamizaje de situaciones de violencia doméstica y las estrategias para su adecuada atención y referencia. Se establecen criterios de reporte epidemiológico al MSP.

