

Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de las respuestas al brote de covid-19 y acciones de incidencia a nivel nacional para fortalecer el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva a nivel nacional

Informe Nacional / Uruguay

Noviembre, 2020



Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de las respuestas al brote de covid-19 y acciones de incidencia a nivel nacional para fortalecer el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva a nivel nacional

Informe Nacional / Uruguay

Noviembre, 2020



Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro – CLACAI

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro – CLACAI

Proyecto: Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de las respuestas al brote de covid-19 y acciones de incidencia a nivel nacional para fortalecer el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva a nivel nacional

País: Uruguay

Organización nacional: Mujer y Salud Uruguay (MYSU)

Apoyo financiero: Consorcio Latinoamericano por el Aborto Seguro – CLACAI

Fecha: 30 de octubre 2020

Coordinación: Lilián Abracinskas

Responsables por la investigación: Santiago Puyol y Valéria Melki Busin

CONTENIDO

3	CONTENIDO
5	INTRODUCCIÓN
9	HALLAZGOS
21	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
27	CONCLUSIONES
31	BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS
35	ANEXO I
41	ANEXO II
43	ANEXO III
49	ANEXO IV
51	ANEXO V



INTRODUCCIÓN

Las elecciones nacionales del 2019 en Uruguay arrojaron un resultado desfavorable para la agenda feminista. Hay una mayoría parlamentaria opuesta a la agenda en derechos sexuales y reproductivos en el Poder Legislativo. El gobierno nacional lo obtuvo el Partido Nacional gracias a una coalición electoral de cinco partidos de centro derecha y derecha. Además de los históricos Partido Nacional y Partido Colorado, el tercer socio de importancia es Cabildo Abierto, partido integrado por opositores al aborto y que incluyeron explícitamente en su programa de gobierno el “combate a la ideología de género”.ⁱ

Las nuevas autoridades, que asumieron el 1º de marzo de 2020, han manifestado públicamente que serán un gobierno “pro-vida y defensor de los derechos de los no nacidos” y que impulsarán modificaciones normativas para agilizar los procesos de adopción para que sea una alternativa para las mujeres que no quieren ser madres.ⁱⁱ Sectores católicos conservadores tienen fuerte representación en el Poder Ejecutivo y aumentaron su presencia en el legislativo, así como los sectores evangélicos neo pentecostales, lo que impone un tono conservador a las políticas gubernamentales.

El crecimiento de las fuerzas antigénero y “pro-vida” en Uruguay se ve fortalecido a través de estrategias comunes que replican, inspiradas en grupos de otros países: oponerse a las leyes que reconocen el aborto y obstaculizar su implementación (y también estar en contra del matrimonio entre personas del mismo sexo/género y de la identidad y los derechos de las personas trans). Llevar adelante campañas en contra de lo que ellos denominan “ideología de género” y realizar acciones de desprestigio de las organizaciones feministas o de la diversidad sexual (Abracinskas, Puyol, Iglesias y Kreher, 2019).

El viernes 13 de marzo, se decretó la emergencia sanitaria por la llegada de la pandemia del COVID-19 a Uruguay. Así, varios aspectos de la vida cotidiana de la ciudadanía se han visto afectados por las medidas de distanciamiento social y las exhortaciones del gobierno a “quedarse en casa”. Desde el 16 de marzo fueron suspendidas las clases a nivel de educación primaria, secundaria y terciaria, retomándose en forma escalonada

y con algunas dificultades durante el mes de junio. La actividad económica se ha visto detenida y con marchas y contra marchas en varios sectores. Aunque Uruguay tuvo un relativo éxito en el control de la pandemia, con 0 (cero) casos nuevos durante unos pocos días en junio, en octubre los casos de contagio por COVID-19 aumentaron otra vez, rompiendo los récords diarios seguidamente. Aunque esta segunda ola de contagio es preocupante, la situación en el país continúa bajo control. Los casos de COVID-19 en Uruguay suman hasta ahora un total de 2981 desde el inicio de la pandemia. Al día de la fecha (29/10/2020) un total de 445 personas se encuentran cursando la infección, de las cuales 9 se encuentran en cuidados intensivos. Se han registrado 55 personas fallecidas.ⁱⁱⁱ

En materia de trabajo, 105.339 personas estaban en seguro de desempleo total o parcial en setiembre de 2020, o sea un 124% más en relación al mismo mes de 2019,^{iv} mientras que quienes han visto sus ingresos más afectados han sido las personas en situación de informalidad, número que llegaba al 23% en febrero según las últimas cifras oficiales, registradas por el boletín técnico Actividad, Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadística, donde las mujeres y jóvenes predominan y hay particular vulnerabilidad en el caso de la población migrante^v quienes también tienen dificultades para el acceso a servicios de SSR y aborto porque la ley de Interrupción voluntaria del embarazo no habilita el servicio a quienes tengan menos de un año de residencia en el país.

En cuanto a la metodología de trabajo de este proyecto, para el relevamiento de información, y con fundamento en la Ley 18.381 que establece el derecho de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, realizamos envío de cuestionarios al Ministerio de Salud Pública – MSP (51 preguntas sobre salud sexual y reproductiva – SSR, Anexo I), el Inmujeres (6 preguntas sobre violencia doméstica, Anexo II) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado – ASSE (47 preguntas sobre SSR, Anexo III). Aunque hicimos una solicitud formal a la dirección de ASSE, recibimos 4 respuestas de unidades del interior de forma inesperada. En algunas de estas respuestas, pudimos obtener información que ciertamente no nos habría llegado si no hubiera sido por error, lo que se confirmó poco después, ya que la información de las unidades dejó de llegarnos.

Es importante aclarar que en Uruguay no hay un mecanismo legal que obligue a las entidades privadas a brindar datos, pero en general podemos decir que las informaciones de ASSE son respecto solo al servicio público, que atendía cerca de 39,13% de la población uruguaya en junio de 2020,^{vi} mientras que las del MSP agregan tanto servicios públicos como privados. Una información importante es que durante la pandemia, cerca de 70 mil personas^{vii} por pérdida de sus trabajos fueron agregadas al servicio público.

Recibimos las respuestas del Inmujeres a fines de setiembre, pero no nos enviaron datos desglosados por tipo de violencia y nos indicaron que debíamos solicitarlos al Ministerio del Interior (Anexo IV). Lo hicimos, pero ni siquiera nos enviaron confirmación formal de que recibieron nuestra solicitud. De ASSE y del MSP recibimos las respuestas a principios de octubre, pero es importante señalar que muchas preguntas no fueron respondidas y algunas respuestas estaban con errores. Otra cosa importante es que hay muy pocos datos compilados de 2020 en las informaciones que recibimos, en algunos casos, ni de 2019 había datos.

Otra manera de obtener informaciones fue recabando leyes, comunicados, protocolos y recomendaciones, entre otras informaciones, del Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay,^{viii} donde se ubican otros sitios de los organismos del gobierno nacional del

Uruguay, como de la Presidencia de la República,^{ix} del MSP,^x del Inmujeres,^{xi} de ASSE,^{xii} el Ministerio del Desarrollo Social - MIDES,^{xiii} el Sistema Nacional de Emergencias – SINAIE,^{xiv} el MI,^{xv} y de la Secretaria de los Derechos Humanos,^{xvi} entre otros. También relevamos datos del Centro de Información Oficial – IMPO.^{xvii} También realizamos 5 breves entrevistas presenciales (con una pauta guía de 10 preguntas, Anexo V) a profesionales de salud de la ASSE y una entrevista más amplia con parte del equipo del Ministerio de la Salud (Subdirectora General de la Salud y la responsable del Área de Género).

Como buenas prácticas, aunque muy frágiles y teniendo en consideración un contexto de gobierno que se declara *pro-vida*, debemos destacar un comunicado^{xviii} del 24 de marzo, enviado por el Área Programática de SSYSR del MSP, a las direcciones técnicas y los responsables de los servicios de SSYSR respecto de los procesos de IVE en el contexto de pandemia por COVID-19. El comunicado es muy corto, poco más de una página, pero considera las consultas por IVE como urgencia asistencial. También destacamos una guía detallada del MSP para los equipos de salud con el título *Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19* así como una compilación de orientaciones, incluyendo algunas de organismos internacionales, elaborada por el SINAIE para incorporar la perspectiva de género en la gestión de la emergencia sanitaria. Por último, En el sitio web del Ministère de L'Europe et des Affaires Étrangères hay una declaración firmada por 59 países, Uruguay incluido, sobre DSyDR, con énfasis en la importancia de tener el género en cuenta ante la crisis del COVID-19. *La declaración se titula Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19*,^{xix}, aunque hemos buscado mucho, no fue posible saber en qué contexto se firmó.

Del análisis, lo que logramos obtener es que el gobierno de Uruguay en teoría reconoce que la salud sexual y reproductiva es esencial y urgente y que no debería ser relegada a un segundo plano en el marco de la emergencia sanitaria, ya que el propio gobierno hizo el comunicado interno y firmó la declaración conjunta con otros países reconociendo la importancia de la SSR, como citamos anteriormente, pero en la práctica las políticas públicas cuanto al género no cubrieron todos los aspectos de la SSR. El foco se ha puesto en la violencia de género (sin considerar la violencia sexual) y en embarazo, parto y puerperio, así como hubo muchos problemas para que las mujeres accedieran a sus derechos, lo que supimos por nuestras búsquedas en periódicos e sitios oficiales de la web, por entrevistas con profesionales de salud y por los informes que Unidades Ejecutoras de la ASSE nos enviaron.

Entre las dificultades que las mujeres encontraron se destacan: dificultad de acceder a ecografías y otros exámenes, cambios de horarios de atención en los servicios sin que las usuarias fueran informadas, impedimento de haber acompañante en las consultas, en exámenes y hasta en el parto. Si bien se implementaron servicios de telemedicina, en algunas localidades solo había un teléfono fijo y funcionarios tuvieron que recurrir a sus propios equipos, poca o ninguna información se difundió a las usuarias sobre las consultas virtuales y sobre servicios que supuestamente funcionaban presencialmente (como IVE), y otros. Hubo también denuncias hechas directamente a MYSU respecto a demoras indebidas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Hospital Policial. Es decir, del discurso del gobierno nacional del Uruguay no se derivaron políticas y prácticas que garantizaran que las mujeres pudieron gozar de sus derechos humanos en el área de la Salud Sexual y Reproductiva.

Indicadores estructurales: miden la aceptación y el compromiso del Estado con la realización de los derechos humanos, mediante la adopción de marcos legislativos, políticos y normativos, políticas y mecanismos para respetar, proteger y cumplir esos derechos. En este caso enfocaremos en el cumplimiento de las recomendaciones propuestas en el documento en sentido amplio para la garantía de la salud reproductiva en el marco de la crisis por la pandemia Por COVID-19.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalle
1.	Todas	Disp.	Reconocimiento de los servicios de salud reproductiva como servicios esenciales y urgentes	Sí	Según el MSP, los servicios de SSR mantuvieron y mantienen su actividad en el periodo de la pandemia. Un comunicado del 24 de marzo fue enviado por el Área Programática de SSR a las direcciones técnicas y los responsables de los servicios de SSR considerando las consultas por IVE como urgencia asistencial, porque así indica la <i>Ley IVE n° 18.987 (30/10/ 2012)</i> ^{xx} . ASSE indicó que priorizó los servicios de SSR y que sus medidas fueron alineadas con las de MSP.
1.1	Todas	Disp.	Restricciones a los servicios de salud reproductiva	Sí	Si bien el MSP informó que no se han reportado restricciones en el funcionamiento de los servicios de SSR, ASSE informó que el funcionamiento habitual se ha visto resentido por múltiples razones, como: equipos de primer nivel de atención discontinuaron actividades de promoción y prevención para evitar aglomeraciones, siendo que estas se han centrado en la prevención de infección por el coronavirus; las actividades de prevención que suelen realizarse en centros educativos, clubes y organizaciones sociales disminuyeron drásticamente por el repliegue de dichas instituciones. En la etapa inicial (de marzo a junio) de la pandemia, las personas evitaron ir a los centros de salud, solo consultando por síntomas específicos; y la disponibilidad de los recursos humanos fue afectada.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalle
2.	Todas		Adopción de telesalud para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva	Sí	En Uruguay la práctica de la telemedicina se ha regulado a través de la ley N° 19.869 ^{xxi} del 2 de abril de 2020 que define los lineamientos generales de su implementación y desarrollo en el país, como prestación de los prestadores de salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La ley estableció, además, un plazo de 90 días tras promulgada la ley para dictar protocolos de actuación en cada uno de ellos. Cabe destacar que este período culminó el pasado 2 de julio de 2020, y a la fecha no se encuentran disponibles protocolos de atención en salud sexual y reproductiva por telemedicina. Tanto el MSP cuanto ASSE reportaron que hubo adopción de telemedicina en todos los servicios de SSR, pero profesionales de salud relataron que en ciertas unidades de salud eso se pasó con muchas dificultades, pues no disponían de recursos asignados para telemedicina, por lo que con mucho esfuerzo se realizaron consultas de seguimiento telefónico, ya que en algunas unidades había un solo teléfono fijo, no había Internet inalámbrico, cámaras, micrófonos, celular, etc y en varias oportunidades el personal de salud tuvo que utilizar sus propios equipos e Internet. Por medio de informaciones brindadas por la ASSE y por entrevistas, por ejemplo se supo que en el Hospital de la Mujer, Hospital General Saint Bois, Hospital de Canelones, Centro Auxiliar Las Piedras y en la UE 81 de la RAP Flores no se utiliza telemedicina.
		Disp.			
2.1	Atención prenatal (AP)		Adopción de telesalud para la provisión de AP	Sí	MSP informó que se realizaron teleconsultas en las cuales se valoraron la necesidad de consulta presencial o no. ASSE informó que se contactaba telefónicamente o por videollamada a las usuarias con controles agendados. Según edad gestacional y riesgos, se individualizaba el abordaje y se coordinaba consulta presencial, realización de exámenes, ecografías, etc.
2.2	IVE		Adopción de telesalud para la provisión de IVE	Sí	MSP informó que las consultas de IVE son presenciales por cuestiones legales y sanitarias. ASSE informó que se han ajustados los dispositivos de atención para posibilitar el distanciamiento en las consultas (sobre todo en IVE 2). Se recurrió a la telemedicina cuando fue necesario, por ejemplo si la usuaria debía guardar cuarentena, si el profesional realiza teletrabajo por encontrarse dentro de los grupos de riesgo, etc.
2.3	Anticoncepción (AC)		Adopción de telesalud para la provisión de AC	Sí	ASSE reportó que al igual que en los controles obstétricos se contactaba a las usuarias agendadas en forma telefónica. Se realizaba asesoramiento y se coordinaba la provisión del método elegido.
2.4	Asesoría reprod.		Adopción de telesalud para la provisión de asesoría	Sí	ASSE dijo que se contactaba a las usuarias agendadas en forma telefónica para provisión de asesoría, igual que se hizo respecto a controles obstétricos y provisión de anticonceptivos.
3.	Todas	Acces.	Adopción de atención de salud reproductiva ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	Sí	

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalle
3.1	Testeo de ITS y VIH		Adopción de testeo de ITS y VIH en todos los niveles del sistema de salud	Sí	ASSE y MSP informan que las pruebas de detección para ITS y VIH, ya sea en cuanto a test rápidos y serológicos, son procedimientos que se realizan en todos los niveles de atención. ASSE añade que las pruebas disponibles son los test rápidos para VIH y sífilis, así como los test serológicos para estas patologías. Para la realización de cualquier test de ITS (rápido o serológicos) se requiere de una orden por parte de integrantes del equipo de salud y cédula de identidad del usuario/a.
3.2	IVE		Adopción de atención de IVE ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	Sí	Según informaciones que obtuvimos de ASSE, MSP y entrevistas, hay atención ambulatoria en todos los niveles del sistema, pero no todas las Unidades Ejecutoras (UE) de la institución las tienen. Hay unidades, como algunas policlínicas, que prestan servicios de primer nivel y derivan la continuación del procedimiento a otras UEs, como hospitales, por ejemplo.
3.3	Anticoncepción (AC)	Acces.	Adopción de provisión de asesoría y anticonceptivos en todos los niveles del sistema de salud	Sí	Según el MSP, se realiza con énfasis en el primer nivel de atención, realizándose también en el segundo y tercer nivel para algunas situaciones (anticoncepción post evento obstétrico, ligadura tubaria, vasectomía etc). ASSE coincide que se los hacen en los tres niveles de atención (ambulatorios y maternidades).
3.4	Atención prenatal		Adopción de modalidad de atención prenatal para la prevención del contagio por COVID-19	Sí	Según el MSP, al inicio de la pandemia en Uruguay, se realizó teleconsulta en la cual se valoró la necesidad de consulta presencial o no. En todos los casos necesarios se procedió a la misma, con las medidas de protección recomendadas por el ministerio. Actualmente las consultas prenatales son presenciales, con las medidas de protección recomendada por el MSP. Según ASSE, se ha enviado a profesionales de la salud de las UEs una recomendación llamada <i>Proceso de atención a usuarias embarazadas en SERVICIOS de CONTROL OBSTÉTRICO de ASSE, en el contexto de la contingencia COVID-19. Actualización de recomendaciones (24 de abril 2020)</i> . Allí se describen modalidades de atención recomendadas para su adecuación a la edad gestacional y riesgo de cada usuaria, así como las medidas destinadas a disminuir el riesgo de contraer infección por coronavirus. Por otro lado, por noticias recabadas de periódicos, se supo que hubo dificultades para mujeres accedieron a exámenes de rutina y, en algunos casos, se ha violado el derecho a un/a acompañante afectivo en consultas, derecho garantizado por la <i>Ley 17.386 de Acompañamiento durante el parto (23/08/2001)</i> . ^{xxii}
4.	Todas		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a servicios de salud reproductiva.		
4.1	IVE	Acces.	Eliminación de tiempos de espera y otros requerimientos innecesarios para el acceso a IVE	No	La Ley IVE (Ley nº 18.987) reguló la práctica del aborto y no se aplica la pena para los casos en que se cumpla con determinados requisitos establecidos en la misma, pero en ella hay requerimientos innecesarios que no se han eliminados, como la posibilidad de objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud y los 5 días de reflexión obligatoria que una mujer embarazada tiene que llevar a cabo para acceder al procedimiento. Además, hay restricción de residencia mínima de un año en el país para mujeres migrantes. Tales requerimientos no fueron modificados en el marco de la pandemia.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalle
4.2	Anticoncepción		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a anticonceptivos.	Sí	Según la información que obtuvimos por medio de entrevistas con profesionales de salud, respecto a métodos anticonceptivos se acordó prolongar los vencimientos de las tarjetas de tratamiento prolongado, a modo de facilitar y hacer continua la entrega de métodos sin requerir de consultas presenciales.
4.3	Testeo de ITS y VIH	Acces	Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Testeo de ITS y VIH	No	Según el MSP, la Ordenanza 567/14 ^{xxiii} establece que “Se debe ofrecer siempre las pruebas de tamizaje o diagnóstico de VIH y se deben indicar siempre que el usuario las solicite, según las pautas del MSP” y no hubo cambios en el marco de la pandemia. Según ASSE, para la realización de cualquier test de ITS (rápido o serológico) se requiere de una orden por parte de integrantes del equipo de salud y cédula de identidad del usuario/a, lo cual no cambió en la pandemia. Los dos coinciden que en menores de 18 meses, el requisito es que el niño sea expuesto al VIH.
4.4	Atención prenatal		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Atención prenatal	Sí	Sí, para algunas situaciones específicas no se ha solicitado exámenes o consultas presenciales cuando innecesario. Por ejemplo, según las recomendaciones del MSP en la guía Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19, ^{xxiv} “de ser posible, se deberá evaluar telefónicamente si el control obstétrico presencial, en las gestaciones normales de bajo riesgo, puede ser retrasado sin afectar su seguridad y calidad.”
5.	Todas		Disponibilidad de insumos iguales o superiores a los del año anterior para asegurar la continuidad de la provisión	Sin datos	
5.1	IVE	Disp.	Disponibilidad de insumos (medicamentos y AMEU) suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de IVE	Sin datos	MSP informa que no cuenta con datos de 2019 ni 2020.
5.2	Anticoncepción		Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de anticoncepción transitoria	Sin datos	Datos informados por el MSP son de 2015-2018. De 2019, solo se cuenta con la información de ligaciones tubarias y vasectomías. Por entrevistas con informantes calificados se prevé desabastecimiento desde el MSP una vez finalizado octubre.
5.3	Testeo de ITS y VIH		Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de los tests de ITS y VIH	Sin datos	MSP no tiene esas informaciones. ASSE tampoco tiene esos datos, pero informa que se mantiene stock permanente que permite cubrir todas las necesidades.
5.4	Tratamiento de ITS y VIH	Disp	Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad del tratamiento de ITS y VIH	Sin datos	Datos del MSP son de 2019. ASSE no tiene esos datos, pero informa que se mantiene stock permanente que permite cubrir todas las necesidades.

Indicadores de proceso: miden los continuos esfuerzos del estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos. En este caso mediremos la implementación de acciones identificadas y recomendadas y la asignación de recursos.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
6	Todas		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de salud reproductiva	Sí	Según el MSP, los servicios de SSR mantuvieron y mantienen su actividad en el periodo de la pandemia, pero todas las recomendaciones oficiales que ASSE hizo a las unidades ejecutoras (UE) de salud en este período son respecto a embarazo, parto y puerperio. Eso coincide con los datos recabados en los sitios web oficiales y en las redes sociales del gobierno dejando en evidencia que el foco de las autoridades puso en este eje en materia de SSR. ASSE informa que dentro de las prestaciones ambulatorias de SSR, las únicas que no se consideraron prioritarias fueron controles ginecológicos de rutina y exámenes como PAP y mamografías en pacientes asintomáticos. Todas las actividades ambulatorias y quirúrgicas fueron retomadas en junio y julio.
6.1	Anticoncepción		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de AC	Sí	En las entrevistas a profesionales de salud, algunas relataron que no se realizaron controles ni colocaciones de DIU e implantes subdérmicos en algunas unidades de salud.
6.2	Testeo de ITS y VIH	Disp. Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de testeo de ITS y VIH	Sin datos	No obtuvimos datos ni del MSP y ni de ASSE. Se supone que hubo disminución, ya que ASSE informó que en la etapa inicial (de marzo a junio) de la pandemia, de forma general las personas evitaron ir a los centros de salud, solo consultando por síntomas específicos.
6.3	Tratamiento de ITS y VIH		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de tratamiento de ITS y VIH	No	No obtuvimos datos generales, pero según informaciones de una UE de la ASSE (Hospital General Saint Bois) hubo un aumento de los casos en TARV de 2019 al 2020. De enero a junio de 2019, había 329 pacientes en TARV y en 2020, en este mismo periodo, había 389. Si se consideran los casos mes a mes, en todos ellos los números de 2020 son superiores a los de 2019.
6.4	IVE		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de IVE	Sí	Según ASSE, en las recomendaciones institucionales, los servicios de IVE han sido priorizados. No tuvieron reporte de dificultades en la prestación de estos servicios. Aún no contaban con datos sistematizados del número de consultas por IVE en los meses posteriores al inicio de la pandemia para evaluarlo cuantitativamente. Por otro lado, supimos que hubo irregularidades en el funcionamiento de los servicios de IVE en algunos prestadores de salud (por ejemplo, el Hospital Policial ha registrado demoras indebidas según denuncias realizadas por usuarias a MYSU).
7.	Todas	Acces.	Implementación de las adaptaciones para garantizar accesibilidad a las prestaciones de SR en el marco de la pandemia por COVID-19		

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
7.1	IVE	Acces.	Provisión de IVE por telemedicina (si/no)	Sí	Según ASSE, en particular se han ajustado los dispositivos de atención para posibilitar el distanciamiento social en las consultas (sobre todo en IVE 2). Se recurre a la telemedicina cuando es necesario: por ejemplo si el usuario debe guardar cuarentena, si el profesional realiza teletrabajo por encontrarse dentro de los grupos de riesgo, etc. Se priorizó que la atención en aborto fuera presencial, garantizando medidas de distanciamiento y evitando aglomeraciones, mediante consulta secuencial en lugar de simultánea con el equipo interdisciplinario de profesional de la ginecología, profesional de la psicología y profesional del área social que debe intervenir por ley.
			Número de consultas	Sin datos	
			Número de IVE realizadas por esta modalidad	Sin datos	
7.1.1	IVE		Provisión de IVE ambulatorio en todos los niveles de atención	Sí	Según informaciones que obtuvimos de la ASSE, MSP y entrevistas, hay atención ambulatoria en todos los niveles del sistema, pero ni siempre las hay en todos los niveles de una misma Unidad Ejecutora (UE). Hay unidades, como algunas policlínicas, que prestan servicios de primer nivel y derivan la continuación del procedimiento a otras UEs, como hospitales, por ejemplo. Eso no se cambió en la pandemia.
			Cantidad de IVE por nivel	Sin datos	
			Comparación con el año anterior	Sin datos	
7.1.2	IVE	Acces.	Provisión de medicación para IVE ambulatorio en la primera consulta	No	La Ley IVE de Uruguay prevé que el procedimiento ocurra en 4 etapas, lo que lleva al menos 10 días. En la IVE 1, la mujer manifiesta su voluntad de interrumpir el embarazo; en la IVE 2, la embarazada tiene reunión con el equipo multidisciplinario para obtener informaciones sobre la interrupción y alternativas al aborto; entre la IVE 2 y la IVE 3, hay que pasar obligatoriamente 5 días para “reflexión”; en la IVE 3, ocurre el acto de interrupción del embarazo (casi la totalidad con medicación); y en la IVE 4 se hacen controles pos aborto y asesoramiento en anticoncepción. ^{xxv} Por este motivo, no hay posibilidad de la embarazada recibir medicación para IVE en la primera consulta.
			Cantidad de tratamientos para IVE medicamentoso entregados.	Sin datos	
			Comparación con el año anterior	Sin datos	
7.1.3	IVE		Flexibilización de requisitos para la compra de medicamentos para IVE: receta, farmacias habilitadas, etc.	No	MSP informó que las consultas de IVE son presenciales por cuestiones legales y sanitarias.
7.1.4	IVE		Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso	No	Según MSP y ASSE, fueron las mismas en todo el territorio nacional. Lo que se sabe es que las mujeres que viven en las zonas de difícil acceso tienen que viajar, muchas veces a localidades distantes de donde vive, lo que ya es un obstáculo a la IVE mismo sin pandemia. ^{xxvi} Resulta esperable que, con la pandemia, esto haya empeorado.
7.1.5	IVE	Acept.	Adaptaciones para la atención de IVE en NyA, PCD, indígenas, entre otras. Número de consultas e IVE por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones.)	Sin datos	Ni ASSE, ni MSP desglosan los datos, de manera que no tenemos informaciones sobre discapacidad y raza/etnia. Segundo ellos, no se hace ese tipo de discriminación al registrarse un procedimiento (no solo IVE, pero en toda la atención a la salud).

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
7.2	Anticoncepción		Asesoría de AC por telemedicina	Sí	El número de consultas apuntado es de ASSE (público). No se tienen cifras de servicios privados.
			Número de consultas realizadas por esta modalidad	7914	
7.2.1	Anticoncepción	Acces.	Provisión de anticonceptivos sin consulta presencial	Sí	ASSE informó que se garantizó la provisión de anticonceptivos orales y condones dentro de los insumos de uso crónico. Se proveen estos medicamentos e insumos utilizando los mismos mecanismos implementados para asegurar que no se discontinuaron los tratamientos médicos crónicos. Por ejemplo: distribución de medicamentos a domicilio, entrega programada de medicación, aumento del número de unidades de despacho, etc. ASSE aclaró que en los Sistemas de información de Gestión de Farmacia, no se incluye el registro, al momento de dispensar, si la receta fue emitida durante un evento asistencial presencial o no presencial.
			Cantidad de AC entregados con esta modalidad	Sin datos	
7.2.2	Anticoncepción		Disponibilidad (%) de insumos anticonceptivos para la necesidad local (encuesta de necesidades)	Sin datos	
			Comparación con el año anterior (%)		
7.2.3	Anticoncepción		Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso	No	Según el MSP y ASSE, las adaptaciones que se hicieron fueron las mismas en todo el territorio nacional.
7.2.4	Anticoncepción	Accept.	Adaptaciones para la atención de IVE en NyA, PCD, indígenas, entre otras. Número de consultas y AC entregados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones)	Sin datos	Ni ASSE, ni el MSP desglosan los datos, de manera que no tenemos informaciones sobre discapacidad y raza/etnia. Según ellos, no se hace ese tipo de discriminación al registrar un procedimiento de atención a la salud.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
7.3	Testeo de ITS y VIH		Asesoría para ITS y VIH por telemedicina	Sí	Datos de 2020 suministrados por ASSE (público).
			Número de consultas realizadas por esta modalidad	131	
7.3.1	Testeo de ITS y VIH		Implementación de testeo rápido de ITS y VIH		
			Número de testeos realizados por esta modalidad		
		Acces.	Diferencia con el año anterior (%)	Sin datos	Tanto el MSP como ASSE no presentaron información al respecto o no se contó con datos para 2020. Además, si bien ambas instituciones declaran que existió asesoría en ITS y VIH, afirman o bien no haber implementado telemedicina en el testeo o bien que no existen registros de ello de haberse implementado.
7.3.2	Testeo de ITS y VIH		Provisión de Testeo de ITS y VIH en todos los niveles de atención		
			Número de testeos realizados en cada nivel		
			Diferencia con el año anterior (%)		
7.3.3	Testeo de ITS y VIH		Adaptaciones para Testeo de ITS y VIH en zonas rurales o de difícil acceso	No	Según el MSP y ASSE, las adaptaciones que se hicieron fueron las mismas en todo el territorio nacional.
7.3.4	Testeo de ITS y VIH	Accept.	Adaptaciones para Testeo de ITS y VIH en NyA, PCD, indígenas, entre otras.	Sin datos	Ni ASSE, ni el MSP desglosan los datos, de manera que no tenemos informaciones sobre discapacidad y raza/etnia. Según ellos, no se hace ese tipo de discriminación al registrar un procedimiento de atención a la salud.
			Número de testeos realizados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones, etc.)		

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
7.4	Atención prenatal (AP)	Acces.	Implementación de las adaptaciones para garantizar bioseguridad en la AP en el marco de la pandemia por COVID-19	Sí	<p>En la guía Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19 ^{xxvii} publicada por el MSP hay recomendaciones para garantizar la bioseguridad en la AP, de las cuales destacamos: “1) [Mujeres embarazadas] Con SARS COVID-19 leve se deben evaluar desde el punto de vista obstétrico y respiratorio. Si las condiciones maternas y fetales lo permiten, se debe continuar su asistencia en domicilio. Se debe valorar que las condiciones de la comunidad permitan un buen control y un acceso rápido a la atención en caso de peoría y la existencia de comorbilidades que eventualmente justifiquen su ingreso.</p> <p>2) Se debe entrenar a los miembros del equipo asistencial, potencialmente involucrados en la atención de gestantes COVID-19 positivas, en el uso de las medidas de bioseguridad. Se recomienda realizar simulacros.</p> <p>El acompañamiento durante el nacimiento, en caso de pacientes embarazadas con infección por COVID-19 confirmada, se deberá evaluar tomando en cuenta el riesgo y la disponibilidad de equipos de protección adecuados para el acompañante. Se recomienda asesorar a la mujer y su entorno, y la toma de acciones de bioseguridad que reduzcan el riesgo infección del acompañante, el recién nacido y el equipo de salud.”</p> <p>Asimismo, como fue posible ver en las noticias recabadas y en las entrevistas con profesionales de la salud, en algunos casos la atención no siempre estuvo en conformidad a los protocolos (personal de salud sin tapabocas, por ejemplo). Además, una forma de subsanar la cuestión del acompañamiento en el pre-parto y parto ha sido que el/la acompañante pruebe no tener COVID-19, práctica discriminatoria considerando que no se pide lo mismo a profesionales de salud que asistirán un parto, por ejemplo, a pesar de ser parte de la población más afectada por el coronavirus.</p>
7.4.1	Atención prenatal		Provisión de AP por telemedicina (si/no)	Sí	<p>El MSP informó que al inicio de la pandemia en Uruguay, se realizaron teleconsultas para valorar la necesidad de consulta presencial o no. En todos los casos necesarios se procedió a la misma, con las medidas de protección recomendadas por el MSP. Actualmente las consultas prenatales son presenciales, con las medidas de protección recomendadas por el MSP.</p> <p>Número de consultas de AP por telemedicina suministrado por ASSE (público).</p>
			Número de consultas	Sin datos	
			Número de consultas de AP realizadas por esta modalidad	3173	
7.4.2	Atención prenatal		Adaptaciones para AP en zonas rurales o de difícil acceso	Sin datos	No hay datos para el área rural o de difícil acceso.
7.4.3	Atención prenatal	Acept.	Adaptaciones para AP en NyA, PCD, indígenas, entre otras.	Sin datos	<p>Ni ASSE, ni el MSP desglosan los datos, de manera que no tenemos informaciones sobre discapacidad y raza/etnia. Según ellos, no se hace ese tipo de discriminación al registrar un procedimiento de atención a la salud</p>
			Número de consultas por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, etc.)		

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
8.	Todas	Acces.	Difusión de la información sobre la atención de la SR en el marco de la pandemia	Limitada	El MSP informó que cada prestador realiza difusión de sus prestaciones a través de mecanismos propios (página web, red multimedia institucional, folletería, etc). El MSP imprime folletería que se entrega en las actividades de prevención y promoción que realiza el ministerio. ASSE informa que se difunde a la ciudadanía a través de la página web institucional, pero nuestro relevamiento demostró que hay muy pocas informaciones en el sitio y en las redes sociales de la ASSE y estas no informan nada respecto a SSR. De las informaciones que obtuvimos por medio de entrevistas, supimos que en la mayoría de los casos no hubo cómo acceder a informaciones sobre el cambio de protocolos y de funcionamiento de los servicios de atención más allá de la vía telefónica o el boca a boca.
9.	Todas	Calid.	Capacitación de profesionales de salud para la provisión de servicios de SR por telemedicina	No	En la respuesta a la solicitud de información realizada, el MSP afirmó: “no contamos con información consolidada. Recomendamos consultar a los prestadores de salud.” ASSE, responsable como prestador de salud público no respondió a esa cuestión. Por otro lado, algunas de las UEs de la Regional Sur de ASSE informaron que no hubo capacitación en telemedicina a los profesionales de salud de SSR, solo para los de salud mental.
			Cantidad de profesionales capacitadxs	0	
9.1	Todas	Calid.	Difusión de información para profesionales de la salud sobre las adaptaciones para la atención de la SR en el marco del COVID	Sí	ASSE informó que en el contexto de la pandemia COVID-19, se han priorizado los servicios de salud sexual y reproductiva y que las directivas, alineadas con las del MSP en este sentido, están contenidas en las siguientes recomendaciones a los profesionales de salud: 1) Abordaje de la prevención, diagnóstico y tratamiento de infección por coronavirus durante el embarazo, trabajo de parto, parto, cesárea, nacimiento y puerperio; 2) Recomendaciones para equipos de gestión de ASSE. (18/03/20); 3) Recomendaciones para usuarias de ASSE embarazadas y sus familias; 4) Proceso de atención a usuarias embarazadas en SERVICIOS de CONTROL OBSTÉTRICO de ASSE, en el contexto de lo contingencia COVID-19. Actualización de recomendaciones (24/04/20); y Proceso de atención a usuarias embarazadas en SERVICIOS de MATERNIDAD de ASSE, en el contexto de la contingencia COVID-19. Actualización de recomendaciones (24/04/20). Según ASSE, se difundió esas informaciones a Equipos técnicos y profesionales por envío de los documentos a través de la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria. La auditoría de notificaciones por esta vía permite constatar que los documentos fueron leídos por un promedio de 1500 a 1700 profesionales cada uno.
10.	Todas	Acces.	Asignación presupuestaria para la SR 2020 Asignación presupuestaria para la SR 2019	Sin datos	El presupuesto correspondiente a SR para estos años debería haber sido definido en la ley de presupuesto quinquenal de la anterior administración de gobierno. Un debe histórico de los presupuestos en Uruguay es la falta de presupuesto debidamente etiquetado

Indicadores de resultado: recopila los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Recopilan los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos reproductivos que hemos identificado como esenciales.

N.	Tipo	Indicador	Resp.	Detalles
11.		Tasa global de fecundidad	1,9	Dato recogido del estudio del Banco de Previsión Social (BPS) El envejecimiento poblacional y sus implicancias de autoría de la Cra. Adriana Scardino. ^{xxviii}
		Tasa de fecundidad por edad	S/D	
		Mortalidad materna 2020	S/D	
		Mortalidad materna 2019	13,3	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. ^{xxix}
		Mortalidad materna por edad	S/D	No se registra la información por edad de la mujer.
12.		Mortalidad neonatal/perinatal 2019	219	Porcentaje 0,64%. ^{xxx}
		Mortalidad neonatal/perinatal 2020	S/D	
		Mortalidad neonatal/perinatal 2019 según edad de la gestante	256	Franja etaria de las madres – 15-47 años. ^{xxxi}
		Mortalidad neonatal/perinatal 2020 según edad de la gestante	S/D	
13.	Acces.	Nacimientos por edad de la gestante 2020	S/D	
		Nacimientos por edad de la gestante 2019	37472	Franja etaria de las madres – 13-51 años. ^{xxxii}
14.		Embarazos forzados 2020	S/D	
		Embarazos forzados 2019	S/D	
15.		Cantidad de denuncias por violencia sexual 2020	S/D	
		Cantidad de denuncias por violencia sexual 2019	S/D	
16.		Complicaciones por aborto 2020	S/D	
		Complicaciones por aborto 2019	S/D	
		Cantidad de IVE 2020	S/D	
17.		Cantidad de IVE 2019	10110	El número de IVE 3 apuntado engloba servicios públicos y privados. 5031 (49%) se han realizados en el servicio público y 5179 en el privado (59%). Fuente: informaciones del MSP.
		Cantidad de partos hospitalarios 2020	S/D	
18.		Cantidad de partos hospitalarios 2019	37295	Los datos informados se obtuvieron en el sitio de Estadísticas Vitales del MSP. ^{xxxiii}
		Cantidad de partos domiciliarios 2020	S/D	
		Cantidad de partos domiciliarios 2019	123	

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A partir de la información que obtuvimos para este monitoreo sobre las políticas gubernamentales de salud reproductiva en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, se pudo comprobar que el gobierno de Uruguay puso mayor énfasis en la atención relacionada con el embarazo, parto y puerperio y el combate a la violencia doméstica e intrafamiliar. Incluso en estos campos, las mujeres han enfrentado y están enfrentando muchas dificultades para acceder a sus derechos. En cuanto a las otras áreas de SR, se hizo muy poco o nada.

En general, existe un grave problema de comunicación con la sociedad civil, a la que el gobierno no ha consultado en modo alguno para tomar decisiones sobre las políticas adoptadas desde el comienzo de la pandemia. La Presidencia de la República ha nominado un Grupo Asesor Científico Honorario (GACH)^{xxxiv} con la alegada finalidad de identificar la mejor evidencia disponible, recabar recomendaciones de expertos e integrarlos en reportes destinados a que el gobierno tome decisiones informadas. Hasta donde supimos, el gobierno uruguayo no debatió las medidas implementadas con sociedad civil y ni la invitó a formar parte de este consejo asesor.

Por otro lado, la sociedad civil organizada demandó encuentros con el gobierno nacional para hacer sus reivindicaciones. Por ejemplo, MYSU en conjunto con las organizaciones sociales Libertad Sanitaria Uruguay (LSuy), el grupo de jóvenes Gozarte y Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres - CLADEM, solicitaron entrevista con el Ministro de la Salud, Dr. Daniel Salinas, la que fue confirmada por su equipo. Sin embargo, el día y hora previstos para la reunión, fueron recibidas por la Subdirectora General de la Salud (5° escalafón en el organigrama ministerial) y la responsable del Área de Género del Ministerio de Salud Pública. Ni siquiera estuvo presente el encargado del Área de Salud Sexual y Reproductiva, que actualmente es el señor Rafael Aguirre. La excusa del Ministro para estar ausente fue la pandemia.

El funcionamiento habitual de los SSR se ha visto resentido por distintas razones, como equipos de primer nivel de atención que discontinuaron actividades de promoción y

prevención para evitar aglomeraciones, siendo que estas se han centrado en la prevención de infección por el coronavirus y hubo cambios de horarios de funcionamiento de los servicios, entre otras. Teóricamente cada prestador realiza difusión de sus prestaciones a través de mecanismos propios (página web, red multimedia institucional, folletería, etc), pero eso en la práctica no ha funcionado, en la mayoría de los casos no hubo como acceder a informaciones sobre el cambio de protocolos y de funcionamiento de los servicios de atención si no por teléfono o boca a boca.

Es importante señalar que las redes sociales y los sitios web oficiales son infrautilizados y rara vez informan a la población sobre los servicios disponibles, los cambios en los servicios prestados, los derechos u otras medidas pertinentes. Otra cosa importante es que la búsqueda de información en los sitios web del gobierno no es un proceso fácil, es necesario buscar de diversas maneras hasta que se encuentre alguna información de interés.

Se ha aprobado la Ley 19.869^{xxxv} del 2 de abril (recién publicada al 15 del mismo mes) que presenta “Lineamientos generales para la implementación y desarrollo de telemedicina como prestación de los servicios de salud.” Esta ley considera servicios de telemedicina todos aquellos reconocidos como tales por el Ministerio de Salud Pública. Se faculta al MSP a dictar los protocolos de actuación para cada uno de los servicios de telemedicina en el plazo de 90 días a contar desde la promulgación de la ley. Cabe destacar que este período culminó el pasado 2 de julio de 2020, y a la fecha no se encuentran disponibles protocolos de atención en salud sexual y reproductiva por telemedicina. No hay protocolos disponibles públicamente en el sitio web del MSP ni se informó de su existencia a MYSU en respuesta a solicitud de información realizada por la organización a las autoridades sanitarias.

Oficialmente entonces hubo adopción de telemedicina en los servicios de SSR, pero profesionales de salud relataron que en ciertas unidades de salud se han enfrentado con muchas dificultades, pues no disponían de recursos asignados para eso. En varias oportunidades el personal de salud tuvo que utilizar sus propios equipos e internet y diversas UEs no adoptaron la telemedicina.

En cuanto a la violencia basada en género, uno de los ejes que más importó al gobierno nacional uruguayo, hubo muchísimos problemas. No se hizo mención a la violencia sexual en las pocas y raras veces en que si difundió informaciones sobre cómo buscar ayuda. Es verdad que el gobierno compró tobilleras electrónicas para mantener los agresores alejados y amplió los cupos de refugios para mujeres que necesitaban salir de casa, pero en realidad, el gobierno podría haber hecho campañas más amplias sobre los derechos de las mujeres a vivir sin violencia.

Inmujeres dijo que “se fortaleció la difusión sobre el Sistema de Denuncia en Línea del Ministerio del Interior en el marco del Consejo Consultivo por una Vida Libre de Violencia, para que los Equipos de Atención del Sistema de Respuesta en violencia basada en género conozcan la existencia de esta herramienta, en el marco de sus procesos de atención. Este Sistema permite a la población denunciar incidentes de seguridad pública sin tener que concurrir a la Comisaría”, pero la información no es totalmente veraz, ya que si bien existe este Sistema,^{xxxvi} el mismo indica que “Una vez hecha la denuncia por Internet, para que la misma tenga validez jurídica, deberá ratificarse mediante firma en un plazo de 48 horas en la comisaría más próxima”. Entonces si una persona tiene la intención de ayudar una mujer en situación de violencia, tendrá que involucrarse personalmente, teniendo incluso la obligación de presentarse en una comisaría para

ratificar la denuncia, lo que se convierte en un obstáculo y torna esta forma de hacer denuncia poco útil. Sin decir que para acceder el sistema no es tan sencillo.

También respecto a la Violencia Basada en Género (VBG), varias organizaciones sociales del país han alertado sobre los riesgos del aislamiento para mujeres, niñas, niños y adolescentes.^{xxxvii} La directora del Inmujeres, Mónica Bottero, declaró que en las primeras tres semanas de aislamiento social “se constató un aumento en el número de consultas a la línea de atención a situaciones de violencia doméstica”^{xxxviii} y que la estrategia central del gobierno para combatirla en la emergencia sanitaria^{xxxix} fue fortalecer al *Servicio telefónico de orientación a mujeres en situación de Violencia Doméstica* (0800 4141 y *4141), pero una declaración de la Vicepresidenta del Uruguay Beatriz Argimón^{xl} informó que a pesar del incremento de 80% en las llamadas al Servicio, hubo una baja de 8% en las denuncias formalizadas.

Además, señalamos que el proyecto de ley de presupuesto que se encuentra actualmente en discusión en el Parlamento prevé el retiro de las organizaciones sociales que trabajan por el combate de la VBG^{xli} del Observatorio Violencia de Género^{xlii} y el traslado del mismo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto al Inmujeres. Por último, apuntamos que en términos de violencia sexual, nada fue hecho por el nuevo gobierno.

Respecto al otro eje de SR de importancia al gobierno uruguayo en el periodo de la pandemia que es embarazo, parto y puerperio, las mujeres también tuvieron muchos problemas para acceder a sus derechos en términos de salud reproductiva. A pesar que protocolos oficiales indicaran otros procedimientos, por medio de las informaciones oficiales, entrevistas y prensa, supimos que hubo problemas en la atención prenatal, como dificultades para hacer exámenes de rutina, como ecografías y otros; consultas presenciales en que no se permitió la presencia de un acompañante afectivo, en que no tuvieron distanciamiento físico necesario en la espera en la UE (o sea, tuvieron que esperar mucho tiempo y con otras personas), personal de salud sin tapabocas, entre otras.^{xliii}

La Sumefac (Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria) informó que los médicos se quejaron de que había falta de materiales para hacer diagnóstico de COVID-19, insistió en la necesidad de mejorar los controles asistenciales, pues hasta 25 de abril sólo se hacía en forma presencial los controles de las embarazadas y estaban teniendo dificultades a la hora de solicitar ecografías, y hubo controles ecográficos que no se estaban haciendo. No se suspendieron los controles de niños menores de un año, pero se hacían por teleasistencia. Se pensó en ordenar la agenda de los pacientes y, entre otros, priorizar niños, niñas, adolescentes, embarazadas y mujeres que precisan métodos anticonceptivos, y para eso es fundamental contar con teléfonos, algo que está faltando en muchas policlínicas.^{xliiv}

La Comisión de Género del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) emitió un comunicado en referencia a denuncias que señalan que no se está respetando la ley de acompañamiento en el parto por la emergencia sanitaria. La Junta Nacional de Salud (JUNASA) habilitó a que las direcciones técnicas de las instituciones decidieran lo que consideren más acorde en el marco de la pandemia. Desde el MSP señalaron que esta habilitación incluye, por ejemplo, suspender la Ley 17.386 de Acompañamiento durante el parto,^{xlv} o sea incumplir una normativa vigente. De todas formas el 7 de mayo, luego de una serie de denuncias sobre el incumplimiento de la ley de acompañamiento, la JUNASA publicó un comunicado dirigido a los directores técnicos en el que es mucho más explícito. En el punto 5 de ese comunicado exhorta a las direcciones técnicas a adoptar las acciones

necesarias para garantizar la ley de acompañamiento, salvo en casos fundados que deberán ser documentos en la historia clínica de la paciente estableciendo por qué no fue posible acceder a la solicitud de acompañamiento.^{xlvi}

La Red Uruguaya para la Visibilización y Prevención de la Violencia en Contexto Gineco-Obstétrico y Perinatal expresó su preocupación y repudio por el avasallamiento de los derechos en SSyR que está viviendo el país en el marco de la pandemia por el Covid-19. La Red denunció la prohibición de ingreso a los controles y ecografías al referente afectivo de la madre, además de irregularidades en el calendario de controles sin una comunicación efectiva respecto a la re-agenda de los mismos y el incumplimiento del derecho de la mujer a estar acompañada en el pre parto, parto o cesárea. "Preocupa enormemente el mal manejo que las instituciones de salud y de los equipos sanitarios en casi todo nuestro país, en relación a las consultas periódicas de seguimiento del embarazo, donde muchísimas mujeres embarazadas han quedado sin sus consultas de seguimiento correspondientes, sin análisis de paraclínica y hasta sin ecografías".^{xlvii}

En charlas con usuarios de policlínicas de ASSE, supimos que hubo un corte en la distribución gratuita de algunos medicamentos, lo que no sucedía antes del nuevo gobierno y, por lo tanto, antes de la emergencia sanitaria. Hay personas, incluso ahora que la pandemia está relativamente bien controlada en Uruguay, que están saliendo de las farmacias públicas sin medicamentos que necesitaban. No es posible saber si los medicamentos están faltando por alguna cuestión relacionada a la pandemia (dificultades de transporte, por ejemplo) o por la política neoliberal que está siendo llevada por el nuevo gobierno, pero la percepción de las personas es que todo ocurre por causa del COVID-19. Recordemos que según CEPAL, Uruguay ha sido el país que menos ha invertido en la región^{xlviii} en el combate a los impactos sociales y económicos dramáticos que ha tenido la pandemia.

Respecto a las otras áreas de la SR, obtuvimos poca o casi ninguna información oficial. En cuanto a anticoncepción, supimos por informaciones oficiales de la ASSE y por entrevistas que la distribución de las mismas no se interrumpió, pero en el principio de la pandemia no se realizaron controles ni colocaciones de DIU e implantes subdérmicos en algunas unidades de salud por decisión de la dirección de la UE. En cuanto a ITS y VIH, segundo la ASSE no se eliminó en la pandemia la necesidad de una orden por parte de integrantes del equipo de salud, para la realización de cualquier test de ITS (rápido o serológico).

Sobre IVE, el posicionamiento de la Sumefac manifestó preocupación por el presidente del Uruguay hacer política de desestimulo de los abortos^{xlix} una vez que antes mismo de ser elegido declaró que su gobierno sería pródigo. De hecho, por medio de denuncias realizadas por usuarias a MYSU supimos que hubo irregularidades en el funcionamiento de los servicios de IVE en algunos prestadores de salud (por ejemplo, el Hospital Policial ha registrado demoras indebidas).

Cuanto a los posicionamientos de las autoridades oficiales en el área de salud, hay un dato por lo menos curioso cuanto a efectiva priorización de los SSR en el nuevo gobierno del Uruguay, que fue la manera poco seria con que trataron los datos que nos proveyeron. En las respuestas a nuestra solicitud, ASSE no respondió algunas preguntas y otras respondió con errores graves. El MSP hizo peor: respondió pocas preguntas y, al tratar de la SSR de manera general en una de las respuestas, hizo hincapié en el IVE (pero sin información de relevo) y no se habló nada respecto de las otras áreas. Interpretamos esa información como una lectura equivocada que hacen los conservadores respecto a

las organizaciones feministas. La sensación es que a las autoridades les parece que las feministas solo se preocupan con aborto y no sobre todos los derechos de las mujeres.

Las buenas prácticas a nivel nacional fueron pocas y todavía muy frágiles, pero hay que tenerse en consideración que Uruguay vive desde marzo un contexto en que hay un gobierno católico conservador que se declara *pro-vida*. Por eso, destacamos el comunicado¹ del 24 de marzo, enviado por el Área Programática de SSYSR del MSP, a las direcciones técnicas y los responsables de los servicios de SSYSR respecto de los procesos de IVE en el contexto de pandemia por COVID – 19, la guía de *Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19* y la compilación de orientaciones elaborada por el SINAE para incorporar la perspectiva de género en la gestión de la emergencia sanitaria.

Por otra parte, Uruguay firmó la declaración *Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19*ⁱⁱ que pone énfasis en la importancia de tener el género en cuenta ante la crisis del COVID-19. *A su vez, el gobierno nacional compró tobilleras electrónicas para mantener los agresores alejados y amplió los cupos de refugios para mujeres que necesitaban salir de casa.*

En términos locales, una buena práctica a apuntar es que la Intendencia de Montevideo, la capital del Uruguay, a contramano del gobierno nacional utilizó su sitio web para ofrecer informaciones de relevo sobre el funcionamiento los servicios de salud sexual y reproductiva. En 18 de marzo, publicó de manera clara y sencilla como se daría el funcionamiento de las policlínicas.ⁱⁱⁱ Informó que se tuvo que ajustar horarios y formas de atención de servicios de las policlínicas, con el objetivo de evitar aglomeraciones de personas y minimizar el riesgo de propagación y contagio del coronavirus. A su vez se indicó que, el servicio de policlínicaⁱⁱⁱⁱ mantendrá la atención en sus locales con pautas de atención específicas y aplicando la prioridad según la urgencia del caso. Las áreas de atención serían las siguientes: Área de gineco-obstetricia: Atención a las usuarias embarazadas; Atención a usuarias que consultan por IVE: puede ser recepcionada por medicina general, ginecología y/o medicina familiar; Atención a usuarias con sangrados patológicos, tumoraciones, ruta de atención al PAP patológico H-SIL en adelante; Atención a mujeres para [Método Anticonceptivo] MAC (para iniciar la pauta).

CONCLUSIONES

Los datos que logramos obtener señalan que el gobierno nacional uruguayo, entre marzo y julio de 2020, concentró sus esfuerzos en la lucha contra la pandemia por COVID-19. Los servicios de salud, en general, fueron afectados: equipos de primer nivel de atención que discontinuaron actividades para evitar aglomeraciones, siendo que estas se han centrado en la prevención de infección por el coronavirus; las actividades de prevención que suelen realizarse en centros educativos, clubes y organizaciones sociales disminuyeron por el repliegue de dichas instituciones. En la etapa inicial (de marzo a junio) de la pandemia, las personas evitaron ir a los centros de salud, solo consultando por síntomas específicos; y la disponibilidad de los recursos humanos fue afectada. Incluso la atención de telemedicina empezó a funcionar de manera precaria y sin una formación adecuada de los profesionales de la salud.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, poco o nada se ha hecho para que sigan funcionando como servicios esenciales y urgentes. En este campo, hubo una atención desigual a las diferentes áreas de la SSR. Se prestó más atención a los procesos de embarazo-parto-puerperio, pero no se hizo nada para prevenir la violencia sexual (aunque hubo mucha propaganda del gobierno sobre el enfrentamiento de la violencia doméstica, pero también poca eficacia en este sector), y para mantener en funcionamiento los servicios de orientación y distribución de anticoncepción, la interrupción voluntaria del embarazo y las pruebas y el tratamiento de las ITS/VIH. Hubo muchos problemas de comunicación con la sociedad civil, que no fue llamada a participar en las esferas de adopción de decisiones y no recibió información adecuada y suficiente, por lo que se violaron sus derechos sexuales y reproductivos de diversas maneras.

Aunque el gobierno haya considerado en un comunicado interno corto que la IVE es una urgencia que no puede ser postergada por el combate al COVID-19, aunque el mismo gobierno haya firmado una declaración junto con otros 58 países más afirmando lo mismo y que los DSDR son derechos humanos, aunque los servicios de atención a la SSR no fueron interrumpidos en su totalidad, los esfuerzos del gobierno se enfocaron principalmente lo que es valorado por un gobierno conservador y *pro-vida*: embarazo, parto y puerperio y combate a la violencia doméstica. De hecho, el gobierno hasta tiene

intención de facilitar el acceso a técnicas de reproducción humana. El ministro de salud pública Daniel Salinas junto a Martín Lema, presidente de la Cámara de Diputados anunciaron modificaciones en la normativa sobre las técnicas de reproducción asistida que apuntan a garantizar y mejorar la accesibilidad a esta prestación.^{lv}

Asimismo, las mujeres han enfrentado muchas violaciones de sus derechos, como fue posible ver en las noticias recabadas y en las entrevistas con autoridades y profesionales de la salud. Existen dificultades para acceder a exámenes de rutina, en algunos casos se ha violado el derecho a un/a acompañante afectivo en consultas o para parir, en la mayoría de los casos no hubo como acceder a informaciones sobre el cambio de protocolos y de funcionamiento de los servicios de atención si no por teléfono o boca a boca, y la atención no siempre es en conformidad a los protocolos (personal de salud sin tapabocas, por ejemplo).

Además, una forma de subsanar la cuestión del acompañamiento en el pre-parto y parto ha sido que el/la acompañante al parto pruebe no tener COVID-19. La Junta Nacional de Salud – JUNASA emitió normativa en agosto por medio de la cual las prestadoras podrían a su criterio exigir pruebas negativas de COVID-19 al acompañante,^{lv} pero no se hizo lo mismo a los profesionales de salud, a pesar de ser parte de la población más afectada por el coronavirus.

Respecto al eje violencia, no se hizo mención a la violencia sexual en las pocas y raras veces en que se difundió informaciones sobre cómo buscar ayuda. Es verdad que el gobierno compró tobilleras electrónicas para mantener los agresores alejados y amplió los cupos de refugios para mujeres que necesitaban salir de casa, pero en realidad, el gobierno podría haber hecho campañas más amplias sobre los derechos de las mujeres a vivir sin violencia.

Algo que también nos preocupa mucho de cara al futuro es que se ha instalado la idea que para protegerse del coronavirus es posible, por el bien común, acotar los derechos individuales.

Destacamos además que Uruguay sufrió fuertes retrocesos a nivel normativo e institucional con la aprobación, en 09/07/2020, de la Ley 19.889,^{lvi} llamada de Ley de Urgente Consideración (LUC). La LUC es vista por el movimiento social organizado como una estrategia restauradora, con restricción de libertades, concentración de poder, abandono por el Estado de políticas que tienden a la igualdad social en favor de privados, lo que seguramente va a afectar las poblaciones socialmente más vulnerables. También resulta de alarma que la Ley 19.580 Integral de Violencia Basada en Género y hacia las Mujeres (2017), reglamentada por el decreto 339/19, no contará con recursos hasta 2024, postergada en la discusión del presupuesto nacional para los próximos 5 años, según declaró Mónica Bottero, directora del Inmujeres. El presupuesto además supone recortes o limitaciones presupuestarias en el área de la salud pública y una tendencia neoliberal de privatización, ambos elementos son preocupantes y contradictorios, si pensamos que las claves del relativo éxito en el combate a la pandemia en Uruguay tuvo como una de sus causas el sistema de salud universal y gratuito que, además, es deficitario en términos de personal.^{lvii}

Por último, creemos que para que las mujeres del Uruguay puedan gozar de más altos niveles de atención en salud sexual y reproductiva, sería necesario diseñar mecanismos para la participación efectiva de la sociedad civil en la toma de decisiones; aumentar los recursos de la seguridad social para las poblaciones más vulnerables socialmente; me-

jorar los medios para informar a la población sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la elaboración de campañas informativas y de sensibilización, sostenidas en el tiempo; garantizar insumos en anticoncepción, medicación abortiva, tratamiento para ITS/VIH, y otros insumos necesarios para requerimientos en salud sexual y reproductiva, evitando el desabastecimiento; crear mecanismos de atención a mujeres y jóvenes en situaciones de violencia que sean eficaces para sacarlos de la situación de peligro inminente; revisar la ley sobre la IVE para eliminar la objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud, los 5 días de reflexión obligatoria que una mujer embarazada tiene que llevar a cabo para acceder al procedimiento y la restricción de residencia mínima de un año en el país para mujeres migrantes; ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva para que sean accesibles en todo el país, especialmente en los territorios más distantes del área metropolitana; aumentar el presupuesto del área de salud, con la contratación de más profesionales y más recursos materiales; capacitar a los profesionales de la salud y de todo el servicio público para que puedan incorporar la perspectiva de género en sus actividades profesionales; implementar inmediatamente la ley integral de violencia basada en género y hacia las mujeres; fortalecer las capacidades de fiscalización y rectoría de las autoridades sanitarias para garantizar el efectivo cumplimiento de las guías y protocolos en SSR y el funcionamiento debido de los servicios estipulados por ley, con adecuados mecanismos de sanción para los prestadores que no cumplen con lo que establece la ley.

BIBLIOGRAFÍA y REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

Abracinskas, L. Puyol, S., Iglesias, N., y Kreher, S. (2019). Políticas Antigénero en Latinoamérica. Uruguay, el mal ejemplo. Montevideo, Uruguay: MYSU

MYSU (2017). Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados. Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.

REFERENCIAS

- i Cabildo Abierto (2019) Programa de gobierno. Capítulo 3. Educación y Capítulo 9. Cultura, Familia, Género, Agenda de Derechos, Deporte y Recreación. Consultado en: <https://manini.uy/programa.pdf>. Último acceso: 29/10/2020.
- ii Así lo expresó el Presidente de la República, Luis Lacalle Pou, en conferencia de prensa del 04/05/2020: <https://www.youtube.com/watch?v=pkjiUphsL9w>. Último acceso: 29/10/2020.
- iii Sistema Nacional de Emergencias (SINAE). Consultado en: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/pagina-embedida/visualizador-casos-coronavirus-covid-19-uruguay>. Último acceso: 29/10/2020
- iv El País (20/10/2020). Consultado en: <https://negocios.elpais.com.uy/noticias/seguro-paro-leve-descenso-cantidad-personas-cobran-subsidio-setiembre.html>. Último acceso: 29/10/2020.
- v UDELAR (21/04/2020). Consultado en: <http://udelar.edu.uy/portal/2020/04/nemmpo-poblacion-migrante-en-uruguay-en-el-marco-del-covid-19/>. Último acceso: 29/10/2020.
- vi Ministerio de la Salud Pública (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>. Último acceso: 16/11/2020.
- vii Radio Uruguay (11/08/2020). Consultado en: <https://radiouruguay.uy/asse-solicito-85-del-presupuesto-anterior/>. Último acceso: 13/11/2020.

- viii Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/>. **Último acceso: 29/10/2020.**
- ix Presidencia de la República (2020). Consultado en: <https://www.presidencia.gub.uy/>. Último acceso: 29/10/2020.
- x Ministerio de Salud Pública (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>. Último acceso: 29/10/2020.
- xi Instituto Nacional de las Mujeres (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/genero>. Último acceso: 29/10/2020.
- xii Administración de los Servicios de Salud del Estado (2020). Consultado en: <https://www.asse.com.uy/home>. Último acceso: 29/10/2020.
- xiii Ministerio del Desarrollo Social (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/inicio>. Último acceso: 29/10/2020.
- xiv Sistema Nacional de Emergencias (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/>. Último acceso: 29/10/2020.
- xv Ministerio del Interior (2020). Consultado en: <https://www.minterior.gub.uy/>. **Último acceso: 29/10/2020.**
- xvi Secretaría de los Derechos Humanos (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/secretaria-derechos-humanos/>. Último acceso: 29/10/2020.
- xvii Centro de Información Oficial – IMPO (2020). Consultado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>. Último acceso: 29/10/2020.
- xviii Comunicado interno del gobierno (2020). Consultado en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2020/08/MSP-Procesos-IVE-en-pandemia-COVID-19.pdf>. Último acceso: 29/10/2020.
- xix Declaración conjunta: "Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19" (2020). Consultado en: <https://www.diplomatie.gouv.fr/es/venir-a-francia/entrar-a-francia/covid-19-informaciones-para-ciudadanos-extranjeros-en-francia/article/declaracion-conjunta-proteger-la-salud-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos>. Último acceso: 29/10/2020.
- xx Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Consultado en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1392020.htm>. Último acceso: 26/10/2020.
- xxi Ley 19.869 de Telemedicina, Consultado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>. Último acceso: 26/10/2020.
- xxii Ley 17.386 de Acompañamiento durante el parto. Consultado en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6621421.htm>. Último acceso: 26/10/2020.
- xxiii Ordenanza 567/014. Consultado en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-567014-ordenanza-567>. Último acceso: 26/10/2020.
- xxiv Guía Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19 (2020). Consultado en https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/MSP_RECOMENDACIONES_MUJERES_EMBARAZADAS_COVID_19.pdf . Último acceso: 26/10/2020.
- xxv MYSU (2017). Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados. Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.
- xxvi MYSU (2017). Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados. Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.
- xxvii Guía Recomendaciones referidas a la asistencia de la mujer embarazada y el recién nacido en el marco de la pandemia por COVID-19 (2020). Consultado en https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/MSP_RECOMENDACIONES_MUJERES_EMBARAZADAS_COVID_19.pdf . Último acceso: 26/10/2020.
- xxviii El envejecimiento poblacional y sus implicancias (2020) de la Cra. Adriana Scardino, Consultado en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1669/1/el-envejecimiento-poblacional-y-sus-implicancias.-a.-scardino.pdf>. Último acceso: 26/10/2020.

- xxix Estadísticas Vitales del Ministerio de la Salud Pública (2020). Consultado en: http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_DEF1&lang=esp . Último Acceso: 27/10/2020.
- xxx Estadísticas Vitales del Ministerio de la Salud Pública (2020). Consultado en: http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_DEF1&lang=esp. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxí Estadísticas Vitales del Ministerio de la Salud Pública (2020). Consultado en: http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_DEF1&lang=esp. Último acceso: 27/10/2020.
- xxxii Estadísticas Vitales del Ministerio de la Salud Pública (2020). Consultado en: http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_DEF1&lang=esp. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxiii Estadísticas Vitales del Ministerio de la Salud Pública (2020). Consultado en: http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_DEF1&lang=esp. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxiv Presidencia de la República del Uruguay (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/secretaria-nacional-ciencia-tecnologia/tematica/ciencia>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxv Centro de Información Oficial – IMPO (2020). Consultado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxvi Ministerio del Interior – Sistema de Denuncia en Línea (2020). Consultado en: <https://denuncia.minterior.gub.uy/>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxvii Montevideo Portal (19/03/2020). La cuarentena y la preocupación por el “estallido” de la violencia doméstica y de género. Consultado en: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/La-cuarentena-y-la-preocupacion-por-el-estallido-de-la-violencia-domestica-y-de-genero-uc747550>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxviii Montevideo Portal (28/03/2020). Bottero: "Se constató un aumento en el número de denuncias" de violencia doméstica. Consultado en: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Bottero--Se-constato-un-aumento-en-el-numero-de-denuncias-de-violencia-domestica-uc748466>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xxxix La Diaria (28/03/2020) Consultado en <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/3/fortalecer-la-difusion-del-08004141-es-la-estrategia-central-del-gobierno-para-combatir-la-violencia-de-genero-en-la-emergencia-sanitaria/>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xl Posteo de la Vicepresidenta Beatriz Argimón en su cuenta del Twitter (17/05/2020). Consultado en: <https://twitter.com/beatrizargimon/status/1262072565889105928>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xli La Diaria(10/09/2020) Consultado en: <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/9/red-uruguay-contra-la-violencia-domestica-y-sexual-la-ley-de-presupuesto-deroga-articulos-fundamentales-para-proteger-la-vida-de-las-mujeres/>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xlii Observatorio Violencia de Género. Consultado en: <https://www.gub.uy/observatorio-violencia-genero>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xliii El País Uruguay (05/05/2020). Consultado en: <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/embarazo-covid-hay-casos-uruguay-analizan-hisopados-generalizados.html>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xliv La Diaria (25/04/2020). Consultado en: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/4/hay-casos-de-covid-19-en-dos-asentamientos-de-montevideo-y-en-cuatro-residenciales-de-ancianos>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xlv Ley 17.386 de Acompañamiento durante el parto (23/08/2001). Consultado en <https://www.impo.com.uy/parto/>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xlvi Canal 180 (11/05/2020). Consultado en: https://www.180.com.uy/articulo/83231_embarazo-y-parto-el-derecho-al-acompanamiento-y-la-atencion-mas-alla-de-covid-19&ref=delsol. Último Acceso: 27/10/2020.
- xlvii Ecos.la (05/05/2020). Consultado en: <https://ecos.la/UY/5/salud/2020/05/05/41776/denuncian-avasallamiento-de-derechos-en-salud-sexual-y-reproductiva/>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xlviii La Diaria (2020). Consultado en: <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2020/8/alicia-barcena-secretaria-general-de-cepal-dijo-que-el-organismo-no-se-retractara/>. Último Acceso: 27/10/2020.
- xlix La Diaria (05/05/2020). Consultado en: <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2020/5/senadores-del-fa-rechazaron-los-dichos-de-lacalle-pou-porque-ponen-en-duda-el-cumplimiento-de-la-ley-de-interrupcion-del-embarazo/>. Último Acceso: 27/10/2020.

- l Comunicado interno del gobierno (2020). Consultado en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2020/08/MSP-Procesos-IVE-en-pandemia-COVID-19.pdf>. Último Acceso: 27/10/2020.
- li Declaración conjunta: "Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19"(2020). Consultado en: <https://www.diplomatie.gouv.fr/es/venir-a-francia/entrar-a-francia/covid-19-informaciones-para-ciudadanos-extranjeros-en-francia/article/declaracion-conjunta-proteger-la-salud-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos>. Último Acceso: 27/10/2020.
- lii Intendencia de Montevideo (18/03/2020). Consultado en: <https://montevideo.gub.uy/noticias/salud-y-alimentacion/funcionamiento-de-las-policlinicas>. Último Acceso: 27/10/2020.
- liii Intendencia de Montevideo (18/03/2020). Consultado en: <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/salud/policlinicas>. Último Acceso: 27/10/2020.
- liv Ministerio de Salud Pública (2020). Consultado en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/tecnicas-reproduccion-humana-asistida-Consultados>. Último Acceso: 27/10/2020.
- lv Telenoche (03/09/2020). Consultado en: <https://www.telenoche.com.uy/nacionales/msp-establecio-nuevos-requisitos-para-acompanar-a-embarazadas-a-mutualistas>. Último Acceso: 27/10/2020.
- lvi Ley de urgente consideración (LUC) de 8 de julio de 2020. Consultado en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu795727626480.htm>. Último Acceso: 27/10/2020.
- lvii La Diaria (14/08/2020). Consultado en: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/8/ffsp-reclamo-no-reducir-el-presupuesto-de-asse-y-le-pidio-al-gobierno-que-apriete-al-empresariado-y-a-la-corporacion-medica/>. Último Acceso: 27/10/2020.

ANEXO I

Montevideo, 31 de julio de 2020

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
SR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Daniel Salinas

De nuestra mayor consideración:

MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU) (número de personería 10091, folio 192, libro 18, 26/10/2005) con domicilio en la calle Salto 1267, ciudad de Montevideo, se dirige a esta Oficina a los efectos de realizar la siguiente petición:

La ley 18.381 establece en su artículo 3 el derecho –sin necesidad de justificación alguna– de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, estatales o no estatales. Asimismo, en sus artículos 13 y siguientes establece un procedimiento preciso por el cual la administración se encuentra obligada a entregar la información requerida en el plazo de 20 días hábiles.

En este marco, y con el cometido de dar seguimiento al funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en contexto de la emergencia sanitaria por COVID19 a través de nuestro programa institucional del Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, MYSU solicita se haga entrega de la siguiente información en formato digital, **con datos desglosados por año correspondientes al período de 2013-2019 y el primer semestre (enero-julio) de 2020**, salvo que se indique otro período en alguna pregunta:

RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) y de los ESPACIOS ADOLESCENTES:

1. ¿Se ha reconocido a los servicios de salud sexual y reproductiva como servicios de emergencia, en el marco de la pandemia por COVID19, atendiendo al considerando 53 de la Resolución 1/2020 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud? En caso afirmativo, ¿cómo se ha regulado esto?
2. Después de la instalación de la emergencia sanitaria por COVID, ¿hubo algún tipo de adaptación para la atención en SSR? Si es así, ¿cuáles han sido estas modificaciones? ¿Hubo alguna adaptación específica para las zonas rurales o de difícil acceso? ¿Se ha difundido información a los profesionales de la salud sobre las adaptaciones de la atención de la salud?
3. ¿Se han hecho esfuerzos de incorporar telemedicina en la atención en salud sexual y reproductiva desde el inicio de la pandemia? ¿Se ha incorporado telemedicina en...
 - a. Controles de embarazo y atención prenatal?
 - b. consultas por interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?
 - c. asesoramiento y provisión de anticoncepción?
 - d. asesoramiento en ITS/VIH?
 - e. asesoramiento en otras dimensiones de la salud sexual y reproductiva?
4. ¿Cómo se utiliza la telemedicina para cada uno de estos servicios de salud sexual y reproductiva?
5. ¿Cuáles son los recursos asignados para la atención de la SSR por año, incluido el año 2020?
6. ¿Se han realizado capacitaciones en telemedicina para la prestación de servicios en SSR? En caso afirmativo, ¿qué tipo de capacitación se llevó a cabo, cuántos profesionales fueron capacitados y de qué disciplinas/especialidades (medicina familiar, ginecología, salud mental, pediatría, infectología, área social, parteras, otras)?
7. ¿Ha existido algún tipo de restricción al funcionamiento habitual de los mismos en el contexto de la emergencia sanitaria?
8. Número de servicios de salud sexual y reproductiva actualmente existentes en el país por prestador, localidad y por departamento.
9. Número de profesionales, según disciplina/especialidad, integrantes de los equipos de salud sexual y reproductiva, por prestador, localidad y departamento.
10. Número de servicios de atención integral a adolescentes (“espacios adolescentes”) actualmente existentes en el país por prestador, localidad y por departamento.
11. Número de profesionales, según disciplina/especialidad, integrantes de los espacios adolescentes, por prestador, localidad y departamento.

RESPECTO A ANTICONCEPCIÓN:

12. ¿En qué niveles del sistema de salud se provee consejería y asesoramiento reproductivo y provisión de anticonceptivos?
13. Número total de insumos anticonceptivos comprados y distribuidos a los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), incluyendo anticoncepción hormonal oral, inyectables, implante subdérmico, DIU, preservativos masculinos, preservativos femeninos y anticoncepción de emergencia.
14. Número total de métodos anticonceptivos entregados o colocados por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin deficiencia física o mental, por prestador y por departamento.
15. Número total de ligaduras de trompas y vasectomías realizadas, por prestador y por departamento.
16. Número de consultas por anticoncepción realizadas por telemedicina, por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por prestador y por departamento.
17. Número de anticonceptivos entregados sin requerir consulta presencial.

RESPECTO A ATENCIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA:

18. Número total de nacimientos, partos naturales y nacimientos por cesárea, por edad de la mujer, según prestador de salud y departamento.
19. Tasa de fecundidad por edad de la mujer.
20. Tasa de mortalidad neonatal / perinatal según edad de la mujer embarazada, por subsector del sistema y departamento de país.
21. Promedio de controles de embarazo realizados por prestador de salud y departamento.
22. Promedio de controles de embarazo realizados por grupo etario, etnia/raza, con o sin discapacidad física o mental, por subsector del sistema y por departamento del país.
23. Después de declarada la emergencia sanitaria por COVID-19, ¿ha existido algún tipo de formato de atención prenatal para la prevención del contagio? En caso afirmativo, ¿qué modalidades se adoptaron y cómo se reguló?
24. Número de consultas de atención prenatal realizadas por telemedicina, por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por prestador y por departamento.
25. Total de procedimientos realizados (distinguiendo entre alta y baja complejidad) para la reproducción asistida en el marco de lo establecido por la ley 19.167.

RESPECTO A LA ATENCIÓN EN ITS/VIH:

26. ¿En qué niveles del sistema de salud se realizan las pruebas de ITS y VIH? ¿Qué tipo de pruebas están disponibles y cuáles son los requisitos para que se realicen?
27. ¿En qué niveles del sistema de salud se brinda tratamiento antirretroviral (TARV)?
28. ¿En qué niveles del sistema de salud se realiza recuento de CD4 y carga viral?
29. Cantidad de insumos para las pruebas y el tratamiento de ITS y VIH distribuidos a los proveedores de servicios, incluyendo test rápidos, medicación para TARV, recuento de CD4 y carga viral.
30. Número de consultas para asesoramiento sobre ITS/VIH, por género de las personas consultantes, etnia/raza, con o sin discapacidad física o mental, según prestador de salud y departamento.
31. Número de pruebas de ITS y VIH realizadas, por género de las personas consultantes, etnia/raza, con o sin discapacidad física o mental, según prestador de salud y departamento.
32. Número de personas en TARV y porcentaje de adherencia, según prestador de salud y departamento.
33. Desde que se decretó la emergencia sanitaria por COVID19, ¿han sufrido algún cambio (disminución, suspensión o restricción) los servicios de análisis y tratamiento de las ITS y el VIH? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio se produjo y cuáles son las razones de los cambios de protocolo? ¿Cómo se informó de este cambio a los proveedores de servicios de salud y a los usuarios?
34. Número de consultas por ITS y asesoría en VIH realizadas por telemedicina, por prestador y por departamento.

RESPECTO A LA INCIDENCIA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:

35. Número y/o porcentaje de profesionales objetores por prestador y por departamento para los años 2019 y 2020.
36. Número de servicios de IVE existentes en el país por prestador, localidad y por departamento.
37. Número de profesionales de ginecología, de salud mental y del área social destinados para servicios de IVE, por prestador y departamento.
38. Número y porcentaje de IVE realizadas por tipo de intervención (medicamentoso, quirúrgico), por edad de la mujer, por subsector del sistema y por departamento del país.
39. Número de IVE realizadas a partir del segundo trimestre de embarazo por causal: hasta 14 semanas por violación; sin plazo por riesgo de vida de la mujer; o por malformación fetal incompatible con la vida extrauterina.

40. ¿Cuáles son los mecanismos de difusión de los servicios de IVE realizada por instituciones prestadoras y desde el MSP?
41. Desde que se decretó la emergencia sanitaria por COVID19, ¿ha existido algún tipo de cambio (disminución, suspensión o restricción) en la prestación de los servicios de IVE? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio se ha producido y cuáles son las justificaciones para cambiar los protocolos? ¿Cómo se informó de este cambio a los proveedores de servicios de salud y a las usuarias?
42. ¿Se han modificado los tiempos de espera promedio para acceder a una IVE en situación de emergencia sanitaria? ¿Aumentó o disminuyó el tiempo de espera? En caso de existir algún cambio, ¿por qué ocurrió esto?

RESPECTO A LA DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (establecida por ordenanza ministerial N° 247/016):

43. ¿Dónde y cómo se lleva el registro de las declaraciones juradas emitidas por cada Dirección Técnica de los prestadores de salud? ¿De qué área, servicio o cargo ministerial depende el control de dicho registro?
44. ¿Se contabiliza el número de profesionales que han declarado objeción de conciencia? ¿Quién maneja esta información y cómo se logra conocer su prevalencia?
45. ¿Existe algún tipo de equipo, comité, u otro tipo de estructura organizativa que verifique que el mismo profesional de salud no objete conciencia en una institución mientras que no lo haga en otra?
46. ¿Qué mecanismos o medios están previstos para asegurar que no hay un uso abusivo del recurso de la objeción de conciencia? ¿Existe algún tipo de consecuencia en los profesionales objetores? ¿Deben realizar otras tareas dentro de la atención en SSR que compense la no prestación del servicio de IVE?
47. ¿Se tiene un registro de las objeciones total y parciales (por etapas) al proceso de IVE por parte de ginecólogos/as? ¿Puede proporcionarse dicha información por tipo de institución y por departamento del país?

RESPECTO AL CUESTIONARIO A PRESTADORES DE SALUD SOBRE ASPECTOS ASISTENCIALES VINCULADOS A SSYR E IVE (establecida por ordenanza ministerial N° 366/016):

48. ¿A quién compete llevar el registro de los cuestionarios completados por los prestadores? ¿Existe una base de datos que compile la información presentada anualmente por cada institución y analice el estado de situación de los servicios IVE acorde al funcionamiento en cada prestador?
49. ¿Existe un mapeo de los servicios de IVE, de las instituciones/lugares en que se brindan y de los días y horarios de funcionamiento a nivel de cada departamento y en todo el país? ¿Ese registro es accesible al público?

50. De existir el registro mencionado en la pregunta anterior, ¿de quién es competencia llevar este registro? De no existir, ¿está planificado construir esa base de datos?
51. En caso de registrarse irregularidades en el funcionamiento de los servicios, ¿cómo se le da seguimiento a la institución que está incumpliendo con la ley? ¿Está previsto o existe algún mecanismo de sanción para las instituciones cuando no se respetan las normativas, ordenanzas y guías clínicas relativas a la atención en IVE? ¿Hay instituciones de salud que han sido sancionadas por incumplimiento de la normativa?

En virtud de lo expuesto, y de acuerdo a lo dictado en la normativa citada, PEDIMOS: se entregue, por la dirección a su cargo, en el plazo establecido por el artículo 15 de la ley 18.381 la información requerida en el presente escrito. Saluda a usted atte.,

Santiago Puyol

Observatorio Nacional en Salud Sexual y Reproductiva

MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Teléfonos: 2410 3981 - 2410 4619

Dirección de correo electrónico: observatorio@mysu.org.uy

ANEXO II

Montevideo, 04 de agosto de 2020

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Sra. Mónica Bottero Tovagliare
De nuestra mayor consideración:

MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU) (número de personería 10091, folio 192, libro 18, 26/10/2005) con domicilio en la calle Salto 1267, ciudad de Montevideo, se dirige a esta Oficina a los efectos de realizar la siguiente petición:

La ley 18.381 establece en su artículo 3 el derecho –sin necesidad de justificación alguna– de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, estatales o no estatales. Asimismo, en sus artículos 13 y siguientes establece un procedimiento preciso por el cual la administración se encuentra obligada a entregar la información requerida en el plazo de 20 días hábiles.

En este marco, y con el cometido de dar seguimiento al funcionamiento de los servicios violencia basada en género y de atención a mujeres en situación de trata, en contexto de la emergencia sanitaria por COVID19 a través de nuestro programa institucional del Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, MYSU solicita se haga entrega de la siguiente información en formato digital, con datos desglosados por año correspondientes al período de 2013-2019 y el primer semestre (enero-julio) de 2020, salvo que se indique otro período en alguna pregunta:

RESPECTO A LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (Ley 19.580 y Decreto 339/19) y el COMBATE A LA TRATA (Ley 19.643):

1. Número de denuncias por violencia por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por departamento, por tipo de violencia (sexual, contra orientación sexual o identidad de género, obstétrica, y acoso sexual callejero) y por quien la cometió.
2. Número de servicios de atención a mujeres en situación de violencia doméstica actualmente existentes en el país por localidad y por departamento.
3. Número de consultas realizadas por mujeres y número de casos efectivamente atendidos en los servicios de atención a mujeres en situación de violencia doméstica en el país por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por localidad y departamento.
4. Número de servicios de atención a personas en situación de trata actualmente existentes en el país por localidad y por departamento.
5. Número de consultas por mujeres realizadas y número de casos efectivamente atendidos en los servicios de atención a personas en situación de trata existentes en el país por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por localidad y departamento.
6. Desde que se decretó la emergencia sanitaria por COVID19, ¿ha existido algún tipo de cambio (disminución, suspensión o restricción) en la prestación de los servicios de atención a mujeres en situación de violencia (doméstica, sexual, contra orientación sexual o identidad de género, obstétrica, y acoso sexual callejero)? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio se ha producido y cuáles son las justificaciones para el cambio? ¿Cómo se informó de este cambio a los servicios y a las usuarias?

En virtud de lo expuesto, y de acuerdo a lo dictado en la normativa citada, PEDIMOS: se entregue, por la dirección a su cargo, en el plazo establecido por el artículo 15 de la ley 18.381 la información requerida en el presente escrito. Saluda a usted atte.,

Santiago Puyol

Observatorio Nacional en Salud Sexual y Reproductiva

MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Teléfonos: 2410 3981 - 2410 4619

Dirección de correo electrónico: observatorio@mysu.org.uy

ANEXO III

Montevideo, 04 de agosto de 2020

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO - ASSE

Dr. Leonardo Cipriani

De nuestra mayor consideración:

MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU) (número de personería 10091, folio 192, libro 18, 26/10/2005) con domicilio en la calle Salto 1267, ciudad de Montevideo, se dirige a esta Oficina a los efectos de realizar la siguiente petición:

La ley 18.381 establece en su artículo 3 el derecho –sin necesidad de justificación alguna– de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, estatales o no estatales. Asimismo, en sus artículos 13 y siguientes establece un procedimiento preciso por el cual la administración se encuentra obligada a entregar la información requerida en el plazo de 20 días hábiles.

En este marco, y con el cometido de dar seguimiento al funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en contexto de la emergencia sanitaria por COVID19 a través de nuestro programa institucional del Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, MYSU solicita se haga entrega de la siguiente información en formato digital, con datos desglosados por localidad y departamento, según año correspondientes al período de 2013-2019 y el primer semestre (enero-julio) de 2020, salvo que se indique otro período en alguna pregunta:

RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) y de los ESPACIOS ADOLESCENTES:

7. ¿Se ha reconocido a los servicios de salud sexual y reproductiva como servicios de emergencia, en el marco de la pandemia por COVID19, atendiendo al considerando 53 de la Resolución 1/2020 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud? En caso afirmativo, ¿Cómo se lo informó a las/los profesionales de los servicios de SSR y personal administrativo de la ASSE?
8. Después de la instalación de la emergencia sanitaria por COVID, ¿hubo algún tipo de adaptación para la atención en SSR? Si es así, ¿cuáles han sido estas modificaciones? ¿Hubo alguna adaptación específica para las zonas rurales o de difícil acceso? ¿Se ha difundido información a los profesionales de la salud sobre las adaptaciones de la atención de la salud? ¿Cómo se lo hizo en cada nivel del sistema de salud?
9. Se han hecho esfuerzos de incorporar telemedicina en la atención en salud sexual y reproductiva desde el inicio de la pandemia? ¿Se ha incorporado telemedicina en...
 - a. controles de embarazo y atención prenatal?
 - b. consultas por interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?
 - c. asesoramiento y provisión de anticoncepción?
 - d. asesoramiento en ITS/VIH?
 - e. asesoramiento en otras dimensiones de la salud sexual y reproductiva?
10. ¿Cómo se utiliza la telemedicina para cada uno de estos servicios de salud sexual y reproductiva?
11. ¿Cuáles son los recursos asignados para la atención de la SSR por año, incluido el año 2020?
12. ¿Se han realizado capacitaciones en telemedicina para la prestación de servicios en SSR? En caso afirmativo, ¿qué tipo de capacitación se llevó a cabo, cuántos profesionales fueron capacitados en total y por localidad y departamento y de qué disciplinas/especialidades (medicina familiar, ginecología, salud mental, pediatría, infectología, área social, parteras, otras)?
13. ¿Ha existido algún tipo de restricción al funcionamiento habitual de los mismos en el contexto de la emergencia sanitaria?
14. Número de servicios de salud sexual y reproductiva actualmente existentes en ASSE en todo el país.
15. Número de profesionales, según disciplina/especialidad, integrantes de los equipos de salud sexual y reproductiva.
16. Número de servicios de atención integral a adolescentes (“espacios adolescentes”) actualmente existentes en el país.
17. Número de profesionales, según disciplina/especialidad, integrantes de los espacios adolescentes.

RESPECTO A ANTICONCEPCIÓN:

18. ¿En qué niveles del sistema de salud se provee consejería y asesoramiento reproductivo y provisión de anticonceptivos?
19. Número total de insumos anticonceptivos distribuidos a los servicios de salud sexual y reproductiva de ASSE, incluyendo anticoncepción hormonal oral, inyectables, implante subdérmico, DIU, preservativos masculinos, preservativos femeninos y anticoncepción de emergencia.
20. Número total de métodos anticonceptivos entregados o colocados por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin deficiencia física o mental.
21. Número total de ligaduras de trompas y vasectomías realizadas.
22. Número de consultas por anticoncepción realizadas por telemedicina, por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por localidad y por departamento.
23. Número de anticonceptivos entregados sin requerir consulta presencial, por localidad y por departamento.

RESPECTO A ATENCIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA:

24. Número total de nacimientos, partos naturales y nacimientos por cesárea, por edad de la mujer.
25. Tasa de fecundidad por edad de la mujer.
26. Tasa de mortalidad neonatal / perinatal según edad de la mujer embarazada.
27. Promedio de controles de embarazo realizados por unidad ejecutora.
28. Promedio de controles de embarazo realizados por grupo etario, etnia/raza, con o sin discapacidad física o mental, por subsector del sistema.
29. Después de declarada la emergencia sanitaria por COVID-19, ¿ha existido algún tipo de formato de atención prenatal para la prevención del contagio? En caso afirmativo, ¿qué modalidades se adoptaron y cómo se reguló?
30. Número de consultas de atención prenatal realizadas por telemedicina, por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por localidad y por departamento.
31. Total de procedimientos realizados (distinguiendo entre alta y baja complejidad) para la reproducción asistida en el marco de lo establecido por la ley 19.167.

RESPECTO A LA ATENCIÓN EN ITS/VIH:

32. ¿En qué niveles del sistema de salud se realizan las pruebas de ITS y VIH? ¿Qué tipo de pruebas están disponibles y cuáles son los requisitos para que se realicen?
33. ¿En qué niveles del sistema de salud se brinda tratamiento antirretroviral (TARV)?
34. ¿En qué niveles del sistema de salud se realiza recuento de CD4 y carga viral?
35. Cantidad de insumos para las pruebas y el tratamiento de ITS y VIH disponibles incluyendo test rápidos, medicación para TARV, recuento de CD4 y carga viral, por unidad ejecutora.
36. Número de consultas para asesoramiento sobre ITS/VIH, por género de las personas consultantes, etnia/raza, con o sin discapacidad física o mental, por departamento.
37. Número de pruebas de ITS y VIH realizadas, por género de las personas consultantes, etnia/raza, con o sin discapacidad física o mental.
38. Número de personas en TARV y porcentaje de adherencia, por departamento.
39. Desde que se decretó la emergencia sanitaria por COVID19, ¿han sufrido algún cambio (disminución, suspensión o restricción) los servicios de análisis y tratamiento de las ITS y el VIH? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio se produjo y cuáles son las razones de los cambios de protocolo? ¿Cómo se informó de este cambio a los servicios de salud, a las/los profesionales y a las/los usuarias/os?
40. Número de consultas por ITS y asesoría en VIH realizadas por telemedicina.

RESPECTO A LA INCIDENCIA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:

41. Número y/o porcentaje de profesionales objetores para los años 2019 y 2020, por departamento y unidad ejecutora.
42. Número de servicios de IVE existentes en el país.
43. Número de profesionales de ginecología, de salud mental y del área social destinados para servicios de IVE.
44. Número y porcentaje de IVE realizadas por tipo de intervención (medicamentoso, quirúrgico), por edad de la mujer, por subsector del sistema.
45. Número de IVE realizadas a partir del segundo trimestre de embarazo por causal: hasta 14 semanas por violación; sin plazo por riesgo de vida de la mujer; o por malformación fetal incompatible con la vida extrauterina, por subsector del sistema.
46. ¿Cuáles son los mecanismos de difusión de los servicios de IVE?
47. Desde que se decretó la emergencia sanitaria por COVID19, ¿ha existido algún tipo de cambio (disminución, suspensión o restricción) en la prestación de los

servicios de IVE? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio se ha producido y cuáles son las justificaciones para cambiar los protocolos? ¿Cómo se informó de este cambio a las unidades de servicios de salud, a las/los profesionales de la ASSE y a las usuarias?

48. ¿Se han modificado los tiempos de espera promedio para acceder a una IVE en situación de emergencia sanitaria? ¿Aumentó o disminuyó el tiempo de espera? En caso de existir algún cambio, ¿por qué ocurrió esto?
49. En caso de registrarse irregularidades en el funcionamiento de los servicios, ¿cómo se le da seguimiento a la institución que está incumpliendo con la ley? ¿Está previsto o existe algún mecanismo de sanción para las instituciones cuando no se respetan las normativas, ordenanzas y guías clínicas relativas a la atención en IVE? ¿Hay instituciones de salud que han sido sancionadas por incumplimiento de la normativa?

RESPECTO A LA DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (establecida por ordenanza ministerial N° 247/016):

50. ¿Se contabiliza el número de profesionales que han declarado objeción de conciencia? ¿Quién maneja esta información y cómo se logra conocer su prevalencia?
51. ¿Existe algún tipo de equipo, comité, u otro tipo de estructura organizativa que verifique que el mismo profesional de salud no objete conciencia en otra institución y sí lo haga en ASSE o viceversa?
52. ¿Qué mecanismos o medios están previstos para asegurar que no hay un uso abusivo del recurso de la objeción de conciencia? ¿Existe algún tipo de consecuencia en las/los profesionales objetores? ¿Deben realizar otras tareas dentro de la atención en SSR que compense la no prestación del servicio de IVE?
53. ¿Se tiene un registro de las objeciones total y parciales (por etapas) al proceso de IVE por parte de ginecólogos/as?

En virtud de lo expuesto, y de acuerdo a lo dictado en la normativa citada, PEDIMOS: se entregue, por la dirección a su cargo, en el plazo establecido por el artículo 15 de la ley 18.381 la información requerida en el presente escrito. Saluda a usted atte.,

Santiago Puyol

Observatorio Nacional en Salud Sexual y Reproductiva

MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Teléfonos: 2410 3981 - 2410 4619

Dirección de correo electrónico: observatorio@mysu.org.uy

ANEXO IV

Montevideo, 01 de setiembre de 2020

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA MINISTERIO DEL INTERIOR - MI

SR. MINISTRO JORGE LARRAÑAGA

De nuestra mayor consideración:

MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU) (número de personería 10091, folio 192, libro 18, 26/10/2005) con domicilio en la calle Salto 1267, ciudad de Montevideo, se dirige a esta Oficina a los efectos de realizar la siguiente petición:

La ley 18.381 establece en su artículo 3 el derecho –sin necesidad de justificación alguna– de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, estatales o no estatales. Asimismo, en sus artículos 13 y siguientes establece un procedimiento preciso por el cual la administración se encuentra obligada a entregar la información requerida en el plazo de 20 días hábiles.

En este marco, y con el cometido de dar seguimiento al funcionamiento de los servicios violencia basada en género y de atención a mujeres en situación de trata, en contexto de la emergencia sanitaria por COVID19 a través de nuestro programa institucional del Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, MYSU solicita se haga entrega de la siguiente información en formato digital, con datos desglosados por año correspondientes al período de 2013-2019 y el primer semestre (enero-julio) de 2020:

RESPECTO A LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (Ley 19.580 y Decreto 339/19):

1. Número de denuncias por violencia por edad de la mujer, por etnia/raza, con o sin discapacidades físicas o mentales, por departamento, por tipo de violencia (sexual, contra orientación sexual o identidad de género, obstétrica, y acoso sexual callejero) y por quien la cometió.

En virtud de lo expuesto, y de acuerdo a lo dictado en la normativa citada, PEDIMOS: se entregue, por la dirección a su cargo, en el plazo establecido por el artículo 15 de la ley 18.381 la información requerida en el presente escrito. Saluda a usted atte.,

Santiago Puyol

Observatorio Nacional en Salud Sexual y Reproductiva

MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Teléfonos: 2410 3981 - 2410 4619

Dirección de correo electrónico: observatorio@mysu.org.uy

ANEXO V

MONITOREO DE POLÍTICAS DE SSR EN EL MARCO DE LAS RESPUESTA AL BROTE DE COVID-19

Pauta de entrevista para prestadores de salud

2. ¿Cuáles servicios de salud sexual y reproductiva de los indicados abajo hay en esta unidad?
 - () controles de embarazo y atención prenatal.
 - () consultas por interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
 - () asesoramiento y provisión de anticoncepción.
 - () asesoramiento en ITS/VIH.
 - () asesoramiento en otras dimensiones de la salud sexual y reproductiva.
 - () Ninguno de los anteriores.
3. ¿Ha existido algún tipo de restricción o adaptación al funcionamiento habitual de los mismos en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19? ¿Cuáles restricciones y/o adaptaciones?
4. ¿Cómo se ha difundido información a los/las profesionales de la salud sobre las restricciones y/o adaptaciones de la atención de la SSR? ¿Y a las usuarias?
5. En el contexto de la emergencia sanitaria, ¿ha oído hablar de alguna usuaria que no haya podido acceder a algún de los servicios de SSR? Si es así, ¿puede decirme qué pasó?
6. ¿Se han realizado capacitaciones en telemedicina para la prestación de servicios en SSR? En caso afirmativo, ¿qué tipo de capacitación se llevó a cabo?

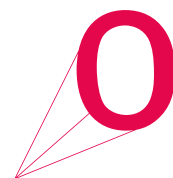
7. ¿Hubo algún obstáculo para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva durante la emergencia sanitaria? ¿Qué dificultades encontraron los/las profesionales de la salud y/o las usuarias?
8. Después de declarada la emergencia sanitaria, ¿ha existido algún tipo de formato de atención prenatal para la prevención del contagio? En caso afirmativo, ¿qué modalidades se adoptaron y cómo se reguló?
9. Desde que se decretó la emergencia sanitaria, ¿ha existido algún tipo de cambio (disminución, suspensión o restricción) en la prestación de los servicios de IVE? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio se ha producido y cuáles fueron las justificaciones para cambiar los protocolos?
10. ¿Se han modificado los tiempos de espera promedio para acceder a una IVE en situación de emergencia sanitaria? ¿Aumentó o disminuyó el tiempo de espera? En caso de existir algún cambio, ¿por qué ocurrió esto?
11. ¿Hay profesionales objetores de conciencia para hacer el procedimiento de la IVE? En caso que sí, ¿cómo hacen para garantizar el derecho de la mujer que desea interrumpir el embarazo?

**Monitoreo de políticas
de salud reproductiva en
el marco de las respuestas
al brote de covid-19
y acciones de incidencia
a nivel nacional para
fortalecer el acceso
a servicios esenciales
de salud reproductiva
a nivel nacional**



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



**OBSERVATORIO
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY