

Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud.

Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay.¹

Susana Rostagnol²

Mariana Viera³

Introducción

Nos proponemos indagar y analizar distintas instancias y formas en que se actualizan los derechos humanos en el proceso de atención en salud sexual y reproductiva en el Hospital de la Mujer (Centro Hospitalario Pereira Rossell)⁴.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, constitutivos de los derechos humanos, exige, por una parte, la existencia de mecanismos habilitantes que garanticen su ejercicio, y por otra, la consideración de las personas como sujetos morales a fin de que puedan ser titulares de derechos.

Los interrogantes que guían nuestra indagatoria giran en torno a la consideración de las usuarias como sujetas morales por parte de los proveedores de salud y de ellas mismas; y el análisis de las condiciones habilitantes brindadas por los servicios de salud y exigidas por las usuarias.

Con frecuencia la inexistencia de mecanismos habilitantes y el no reconocimiento del carácter de sujetas morales de las usuarias encubren prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural, no visible para los actores involucrados –tanto proveedores como usuarias, aunque estas últimas reciban los efectos-.

Las policlínicas ginecológicas del Centro Hospitalario Pereira Rossell

¹ Este trabajo se enmarca en la línea de investigación sobre derechos y salud sexual y reproductiva que viene desarrollando el Programa Género, Cuerpo y Sexualidad, Instituto de Ciencias Antropológicas, FHCE, Universidad de la República, Uruguay. Este trabajo será publicado en " Realidades y Coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad" (en prensa), compilado por Susana Checa y publicado por Paidós, en abril del 2006.

² Antropóloga feminista, Coordinadora del Programa Género, Cuerpo y Sexualidad, Instituto de Antropología (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación FHUCE/UDELAR), integrante de la Red Uruguaya de Autonomías. Consultora, investigadora y activista. Contacto: susanar@internet.com.uy

³ Antropóloga, Docente e investigadora del Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, FHUCE-Udelar) Integrante del Programa "Género, cuerpo y sexualidad" del Instituto de Antropología (FHUCE). Contacto: marianaviera@yahoo.com

⁴ Constituye el mayor hospital pediátrico y de la mujer del Uruguay. Se trata de un hospital público, y universitario, coexistiendo áreas dependientes del Ministerio de Salud Pública y otras de la Universidad. Es un centro de referencia, por lo que allí sucede tiene amplia repercusión.

En este estudio hemos trabajado sobre información relevada entre abril del 2003 y julio 2005 en el Hospital de la Mujer del CHPR⁵. Se realizó trabajo de campo, consistente en observación y entrevistas a usuarias de los servicios de la Policlínica Ginecológica (2003-2004) y la Policlínica de Asesoramiento (fines del 2004 y 2005), observación y grabación de consultas ginecológicas, entrevistas individuales y grupales a ginecólogos, participación en ateneos médicos. También hemos considerado el material proveniente del curso “Mirada antropológica al proceso de atención en salud sexual y reproductiva” realizado en el marco del Postgrado de Ginecotocología.

Los servicios que brinda la Policlínica Ginecológica dependen de la Facultad de Medicina (Universidad de la República), y son supervisadas por docentes. En ellas realizan sus prácticas los residentes de ginecotocología⁶ de los grados 1 y 2. Durante el primer año y medio de investigación trabajamos en los servicios que están bajo la órbita de las policlínicas ginecológicas generales, dejando fuera de nuestro análisis las que asisten a adolescentes, las de climaterio –que comparten la misma ala del edificio con las primeras-, las que se dedican exclusivamente a planificación familiar y las obstétricas.

La Policlínica de Asesoramiento, por su parte, comenzó a funcionar como tal en agosto del 2004 para implementar la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública (ver anexo 2), y está en manos de docentes universitarios y personal del Ministerio de Salud Pública.

La línea de investigación desarrollada por el Programa “Género, cuerpo y sexualidad” en el CHPR se inicia con el objetivo de llevar adelante el seguimiento y monitoreo de la implementación de la Normativa de Atención Pre y Post Aborto desarrollada por un grupo de docentes de las Clínicas A y C de Ginecotocología de la Facultad de Medicina, reunidos en “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” (ver anexo 1). Se intentó implementar el protocolo de atención pre y post aborto en las Policlínicas Ginecológicas a partir de mayo del 2003. Durante el año y medio previo a la Ordenanza, el servicio se enfrentó a dificultades de diversa índole, provenientes muchas de la misma inercia institucional (ver Rostagnol y Montealegre, 2004; Dos Santos et al. 2003)

Los derechos sexuales y reproductivos constitutivos de los derechos humanos

⁵ Han participado Ivonne Dos Santos, Valeria Grabino, Serrana Mesa y Natalia Montealegre, además de las autoras del presente trabajo.

⁶ El residentado es obligatorio para realizar el postgrado de ginecotocología. Se ingresa mediante un examen, insume tres años en los cuales los residentes se dedican tiempo completo. Implica prácticas de atención en policlínicas, sala, prácticas quirúrgicas; guardias semanales; cursos regulares y ateneos.

“El foco de tensión fundamental (...) en relación con el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos, se ha centrado reveladoramente en torno al campo de la sexualidad y la reproducción” (Tamayo, 2001:73). Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. Estos son indivisibles, interdependientes y se formulan y aplican en pie de igualdad. El Estado debe garantizar las condiciones habilitantes para ejercer efectivamente los derechos y libertades fundamentales, lo cual significa que los gobiernos, no sólo deben encargarse de la formulación de los derechos, sino también de su implementación a través de políticas públicas, programas gubernamentales y servicios públicos. Paralelamente, los ciudadanos y las ciudadanas particularmente en este caso, están en condiciones de exigir que se implementen mecanismos habilitantes. Se configura entonces un punto de tensión entre quienes brindan (condiciones habilitantes, status de sujeto moral) y quienes exigen.

Los derechos humanos son “un conjunto de procesos (normativos, institucionales y sociales) que abren y consolidan espacios de lucha por la dignidad humana” (Tamayo, 2001:19), de modo que forman parte de las prácticas cotidianas, encarnándose en las experiencias vitales de las personas, formando parte de confrontaciones cotidianas por su ejercicio. Se trata de garantizar el derecho a tener derechos.

En nuestras sociedades es posible observar la ausencia o precariedad de poder por parte de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, esto hace a la no titularidad de derechos. El reconocimiento de derechos no necesariamente va de la mano del reconocimiento de sujetos titulares de los mismos. En distintas circunstancias aquellos sectores que detentan poder se han arrogado para sí la decisión de a quiénes considerar titulares de derechos; generalmente interponiendo la noción de ciertas carencias en las personas que las inhabilitaría para la titularidad de los mismos (discapacidades, minoridad, falta de conocimientos, etc.). Este es un punto especialmente importante a la hora de analizar la interacción entre los efectores de salud y las usuarias. Con frecuencia de manera más o menos velada se observan personas que sostienen posturas que niegan el reconocimiento de los seres humanos como sujetos morales, es decir con derecho a tomar sus propias decisiones, cuestión que *“es percibida como una amenaza al poder de ciertas jerarquías políticas y religiosas en la interpretación y determinación de los valores dentro de una sociedad”* (Tamayo, 2001:22). Existen algunas zonas dentro del “poder médico” donde preservar para sí la prerrogativa de decidir sobre aspectos relacionados a la salud de las usuarias es aceptado tanto por efectores de salud como por usuarias. Desde una perspectiva de género resulta central el análisis del control

continuo de la sexualidad y la reproducción. Tamayo (2002:24) señala que *“la histórica y sistemática oposición de las jerarquías en el poder al reconocimiento de derechos y libertades en las esferas de la sexualidad y la reproducción, puede ser observada en las más diversas realidades”*. Nos hacemos eco de las palabras de Tamayo y nos abocamos a analizar esa oposición, en los servicios de salud, al reconocimiento de los derechos y libertades de las mujeres para tomar las decisiones que consideren más beneficiosas para sí mismas.

a. El hospital público y sus usuarias: los mecanismos habilitantes para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos

A partir de las indagaciones realizadas en los servicios de policlínica ginecológica durante el 2003 y 2004 y en la Policlínica de Asesoramiento en el 2004 y 2005 hemos podido analizar una serie de mecanismos inhabilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que concurren el CHPR.

Las usuarias atraviesan, en sus recorridos burocráticos hasta ser atendidas, múltiples violencias de distinto grado y con características disímiles. A modo de ejemplo, letreros en las puertas de las policlínicas como aquel que señala: “No se atienden pacientes sin número, no insista”.

Entendemos la violencia institucional como aquella que *“(...) comprende daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos. Entre los ejemplos figuran largas esperas para recibir tratamientos, lo cual puede contribuir en traumas psicológicos y daños físicos, a la intimidación, al maltrato verbal, a amenazas, a la falta de medicamentos y a costos excesivos por los servicios”* (De Bruyn, 2005:s/p) Entendemos esta definición como un caso agudo de violencia institucional. En nuestra investigación hemos podido evidenciar otras formas de violencia más sutiles algunas, las cuales, en oportunidades su reiteración en diferentes ámbitos la invisibiliza a los ojos de las usuarias. Por su parte, otras violencias detectadas por las usuarias no son visibles para los efectores de salud.

Existen obstáculos tanto materiales como inmateriales, que dificultan la calidad de la atención y que obligan a las usuarias a elaborar estrategias para alcanzar los resultados que se proponen. Algunos de estos obstáculos están en el plano simbólico y se vincula, por ejemplo, con las interpelaciones que en ocasiones sienten las usuarias respecto a su identidad de género, cuando deben “descuidar” hijos (dejarlos, no prepararles la comida, etc.) para ir al médico (ver Dos Santos et al.)

La violencia de la espacialidad

Como han señalado Rostagnol y Montealegre (2004), la propia estructura edilicia actúa de un modo expulsivo. Los mismos médicos residentes refirieron a las salas de espera como lugares inadecuados: “Esas no son salas de espera, son pasillos” (residente)

El Hospital aparece como un laberinto en el cual es imposible no perderse. La señalización consistía hasta el 2004 en carteles con grandes planos del centro hospitalario. La población que allí se atiende presenta un nivel bajo de escolaridad, habiendo incluso analfabetos por desuso, por lo que la mayoría no lograba leer los planos. En el último año se agregó nueva cartelería utilizando flechas para señalar las distintas áreas del centro hospitalario.

La violencia de la “no intimidad”

Por otra parte, los espacios públicos y privados aparecen indiferenciados. “Yo atravesé salas con filas de camas a ambos lados donde las mujeres esperan ser atendidas. Las salas daban todas a ese corredor central, donde está el archivo, y por donde las mujeres llegan a las policlínicas. En el extremo donde hay menos movimiento, las mujeres en camisón también salían al pasillo. Estas mujeres son vistas y tocadas (para revisión) por los médicos y sus estudiantes” (Diario de campo, Susana Rostagnol, 2003). La privacidad de la usuaria es así violentada, tanto en el uso del espacio como exponiéndola a situaciones de “vergüenza”. Una usuaria nos relató una situación de este tipo “*Yo le dije a la doctora que quería operarme (sufría de prolapso), porque yo quería mucho a mi marido, que disfrutaba tener relaciones sexuales con él, y no podía ser que él no pudiera ser feliz por mi culpa. Ah, la doctora empezó, ¿vengan a escuchar lo que dice esta señora (me lo cuenta jocosamente, se ríe) y allá vinieron todos los médicos, yo me moría de vergüenza, ¿que le encanta tener relaciones sexuales con su marido. Hay que operarla ya*”. (Diario de Campo, Mariana Viera, 2003).

La violencia del manejo del tiempo

Una de las quejas permanentes de las usuarias es el tiempo que les insume concurrir a ver un médico. Coincidimos en la apreciación de Ferrero, quien señala que “[E]n el Centro de Salud, los “encuentros” entre los trabajadores y la población están mediatizados por el tiempo, fundamentalmente por el tiempo de espera de los pacientes, por el registro de los turnos y por las formas de responder a la demanda de atención de la población. El procedimiento de asignación de los turnos para la atención de los usuarios del Centro es visto como un patrón regular y manifiestamente formalizado, cuya función –más allá de los fines técnicos reconocidos por los propios

actores -es organizar la interacción social de acuerdo con las pautas normativas de la institución” (Ferrero, 2004). Las demoras en la atención conducen a una “cultura de la espera” (Ferrero, 2004) en la cual el tiempo individual queda sometido al de la institución; en las instituciones médicas el tiempo es el recurso por excelencia para convertir a la usuaria en paciente. La lógica institucional limita por esta vía la autonomía de la persona imponiéndole sus ritmos. No es de extrañar que las usuarias se refieran a este tiempo como un tiempo perdido. Vale resaltar que el mecanismo de asignación de turnos en las Policlínicas se realiza prácticamente sobre una base diaria, mientras que en las policlínicas del sistema mutual, generalmente se debe obtener el turno con días e incluso semanas de anticipación. De modo que no se trata de una característica de los servicios públicos, sino que más bien, podríamos aventurar a pensar que las usuarias de los servicios públicos de salud tienen un manejo temporal con lógicas que las alejan del manejo de las lógicas institucionales en mayor medida que quienes asisten a los servicios del sistema mutual.

La disposición del tiempo de la usuaria por parte de la institución, a través de las enfermeras -que actúan como “porteras” del consultorio permitiendo o no la entrada de las usuarias y dificultando, las más de las veces, el acceso a la información-, se erige así en una manifestación más del poder institucional.

“A las 10:30 salió la enfermera a decir a las pacientes que esperaban que el médico no iba a atender más porque se tenía que ir. Ante las protestas la enfermera contestó:

- “Vayan y quéjense abajo, porque el médico pidió que no dieran muchos números porque se tenía que ir a un curso”.
- “¡Pero me tiene que ver él, estoy sangrando y él me hizo el legrado” (casi gritando)
- “Ya le dije, que se fue al curso. Si quiere esperarlo él me dijo que a las doce volvía”.
- “Entonces lo espero, ¿a las doce, dijo?”
- “Sí, doce, doce y media. Dijo que volvía pero no es seguro.
- “Y puedo volver mañana”.
- “El número sirve solo para hoy”

(Diario de Campo, Mariana Viera)

La violencia de la palabra.

También existen las agresiones verbales por parte del personal de salud hacia las usuarias. Obligar a las mujeres que ingresan a emergencia con una clara situación de aborto en curso a que confiese lo hecho es una práctica común amparada en la

supuesta “necesidad” del/la médico/a de tener esta información para realizar el tratamiento (Sanseviero, 2003)

En la sala de espera existen múltiples violencias en el trato: la infantilización de la usuaria, el grito o el reto.

- “¡Ceferina Alvarez!- llamó la enfermera más fuerte que de costumbre”

- Se acerca una señora mayor: “¿Sí?”.

- En el medio del pasillo, y retándola como a un niño: “¿Qué dice acá? ¿Usted no escuchó que yo pregunté por su nombre hace un rato? ¿Qué dice acá? ¡Cualquier cosa!” (Diario de Campo, Mariana Viera, 2003)

La violencia del “castigo”

Con frecuencia hemos escuchado a las mujeres dirigiéndose al ginecólogo, disculpándose por no haber seguido el tratamiento de manera estricta o por no haber regresado en la fecha indicada por el proveedor de salud; y éste, regañándolas cuando no siguieron sus instrucciones de manera adecuada. El lugar dedicado a la salud se torna entonces un “espacio de castigo” (Sanseviero, 2003), se culpa a la mujer por no tomar las medicinas, por no recurrir a tiempo a la consulta, por no escuchar cuando se la llama, por no asistir con pollera a la consulta, por no seguir los consejos del/la médico/a.

Hemos dado cuenta de una serie de violencias que desde la institución pública de salud no habilita el ejercicio de derechos. De ella participan tanto quienes toman decisiones sobre las políticas y programas de salud, como quienes forman a los proveedores de salud, todo el personal del servicio, y también las usuarias. No es poco frecuente que usuarias asuman su lugar de subordinación y esperen que “el médico” o “la doctora” les diga qué hacer, propiciando actitudes paternalistas por parte de éste, o colocándolo en un lugar por encima del resto; en otros casos la actitud es de temor. Es usual que las usuarias busquen formas de adecuarse a las circunstancias, siendo menos común que reclamen y exijan modificaciones. El tema del manejo del tiempo es el que más malestar les provoca.

b. La consulta ginecológica: ¿dos sujetos morales dialogando?

Como dijimos anteriormente, se considera sujeto moral aquel que toma decisiones sobre sí mismo. Las personas se constituyen en sujetos morales en la interacción social, la consulta ginecológica es un lugar privilegiado para observar esos procesos.

Los encuentros sociales suponen un intercambio cara a cara, “(...) *en la situación cara a cara la subjetividad del otro me es accesible mediante un máximo de síntomas* (Berger y Luckmann, 1982:47). Las personas, si bien responden a un cierto lugar en la estructura social y de roles, se nos presentan en una situación única donde todos esos elementos estructurales se problematizan, actualizan o redefinen. Es en estas situaciones en las que el sí mismo se problematiza a partir de la actitud de ese/a otro/a, y en las que los cuestionamientos habilitan a la pérdida de poder sobre la situación y sobre los presupuestos. “*Puedo mantener mi auto identificación como hombre importante solamente en un ambiente que confirme esta identidad (...) La ruptura del diálogo significativo con los mediadores de las estructuras de plausibilidad respectivas amenaza las realidades subjetivas de que se trata*” (Berger y Luckmann, 1972:194).

En este encuentro cara a cara tanto el o la ginecólogo/a como la usuaria se presentan a sí mismos y producen, continuando con la terminología de Berger y Luckmann, las tipificaciones de uno por parte de la otra y vice-versa. Sin embargo el problema a considerar es si el/la médico/a se enfrenta realmente con “una” persona, en particular, o con “la paciente”, en términos genéricos. “*Nuestra organización clínica canibaliza perniciosamente el fuerte potencial de fuerza curativa que reside en la intersubjetividad de paciente y curandero.*” (Taussig, 1995:132) Este último escenario nos lleva a una relación que no se plantea en los términos de Berger y Luckmann, como un encuentro cara a cara, sino a una situación en la que el margen para negociar roles se estrecha.

Así quien a priori posee el poder (en tanto saber) es el/la médico/a y el consultorio es el ámbito privilegiado para ejercerlo. En Uruguay la profesión médica goza de gran prestigio social, y además ha sido responsable de llevar adelante parte del proyecto modernizador, fundamentalmente a través del disciplinamiento y medicalización del cuerpo.

Ocupan los ginecólogos, además, un lugar central en relación a los discursos sobre la sexualidad y la reproducción, son “guardianes de los cuerpos sexuados de las mujeres”. Uruguay, asimismo, es un país donde por sus características demotopográficas permite pensar en ciertas homogeneidades, entre ellas la alta medicalización de la salud en general, y de la salud reproductiva en particular. A modo de ejemplo, el 98% de los partos son institucionalizados. Los abortos clandestinos, también tienen una alta proporción, el 80% de medicalizados⁷ para el período 2000-2002. (Sanseviero, 2003)

⁷ Nos referimos a abortos realizados por un profesional de salud.

Estos aspectos son constitutivos de la sociedad y están en la base de los elementos con que proveedores de salud y usuarias se tipifican mutuamente.

Como señala Cob (2003) existe en los centros de salud una forma de funcionar sistemática, que desconoce la individualidad. A todas y todos se les aplica la misma tecnología. Esto tiene que ver con los tiempos disponibles, con los recursos materiales y con la formación médica.

Sin embargo, las dos instancias de atención que consideramos en este trabajo, Policlínica Ginecológica y Policlínica de Asesoramiento, presentan marcadas diferencias.

La policlínica Ginecológica.

A partir de las observaciones realizadas durante las consultas en policlínica y del análisis de las mismas, nos atrevemos a señalar que esta instancia la mujer no es vista como sujeta moral, como persona capaz de tomar sus propias decisiones. Acorde con esto la institución tampoco les ofrece opciones porque, si bien los proveedores de salud reconocen los derechos sexuales y reproductivos en abstracto, no conciben en la práctica la titularidad de los mismos en “sus pacientes”.

“-Hace dos meses que no me viene la menstruación, y estoy con vómitos, mareos.

-Segura.?

- Sí.

- ¿Estabas buscando quedar embarazada?

- Noooooo.

- ¿Tenés uno?

- Tengo dos, dos.

- Bueno, ahora viene el tercero.” (Mesa y Viera, 2004)

Entre los médicos que actuaban cotidianamente en las policlínicas no aparecía explícito el planteo de la búsqueda de autonomía por parte de la mujer para no tener que someter sus decisiones o sus acciones a las que el/la médico/a le determina. Y esto, en palabras de una residente, se justifica porque, en definitiva “ellas no saben nada, no entienden” “La próxima vez, si sé que no me va a hacer caso y a tomar los anticonceptivos, no me mato explicándole” (Residente). Aparentemente, las características de las mujeres –no saber nada- permite que no se les reconozca la titularidad de sus derechos. La responsabilidad de que las mujeres “no sepan”, no les corresponde a los médicos –de acuerdo a información relevada en las entrevistas- señalan que es un asunto que le incumbe al Ministerio de Educación y Cultura; de

modo que lo que ellos dicen poder hacer es cumplir con su responsabilidad de mantener el buen estado de salud de la usuaria.

El intercambio médico/a usuaria se convierte de este modo en unidireccional y su finalidad se reduce a escuchar la información que la usuaria pueda brindar para que el profesional elabore su diagnóstico. Se trata de llenar un cuadro predeterminado que permite un número limitado de variantes, todo lo demás –sentimientos, padecimientos, placeres, gustos- queda automáticamente excluido. Este supone actuar, en palabras de Taussig (1995) siguiendo el “modelo de enfermedad”.

Mesa y Viera (2004) señalaron el control que se ejerce por parte del/la médico/a del intercambio lingüístico en la situación de consulta: *“La competencia [lingüística] funciona diferencialmente y hay monopolios, tanto en el mercado de los bienes lingüísticos como en el de los bienes económicos”* (Bourdieu 1995:105; en Mesa y Viera, 2004)

El médico impone el ritmo y la modalidad del discurso, ciñéndolo a un metalenguaje médico que no tolera las ambigüedades (Mesa y Viera, 2004) Pero la imposibilidad de lidiar con lo ambiguo se evidencia aún más en una serie de supuestos que el/la médico/a maneja acerca de la usuaria (su heterosexualidad, su deseo de maternidad, el ser sexualmente activas y de “manera tradicional” y fieles a la pareja constituida) y sobre los cuales, según el análisis de la consulta médica, no se problematiza. De esta manera el/la médico se enfrenta con una “usuaria tipo”, frente a la cual esgrime un abanico de estrategias previas y estandarizadas, que le permiten lidiar con las situaciones que se le presentan.

Lo paradójico en estos casos es que los ginecólogos/as no eran concientes del proceder que seguían. Dada la situación de explicitación de la modalidad seguida durante el curso al que referimos, su primer reacción fue la de “atrincherarse” en sus lugares, defendiendo sus procederes, de las intervenciones “foráneas”⁸. En un segundo momento, varios lograron dar los primeros pasos hacia la problematización de la situación.

Sin embargo, aún aquellos que sí reconocen lo que puede implicar su manera de accionar, no consideran el proceso de especificación⁹, es decir, reparar en aquellas diferencias relevantes en términos de condiciones que imponen experiencias vitales específicas, como por ejemplo la maternidad para las mujeres.

⁸ Estamos haciendo referencia a instancias del curso ofrecido en el marco del Postgrado de Ginecología.

⁹ Norberto Bobbio, junto a otros teóricos advierten cuatro procesos o tendencias en el desarrollo de los derechos humanos: positivación, generalización, internacionalización y especificación. (Tamayo, 2001:45)

Policlínica de Asesoramiento

En este ámbito la interacción entre el personal de salud y las usuarias es diferente. Aunque aún no hemos realizado observación en consultorio, sí pudimos efectuar numerosas entrevistas a usuarias y ginecólogos/as, lo cual nos permite señalar que en esta instancia, en la mayoría de los casos, se trata de sujetos que se reconocen en su otredad, y que dan cuenta de sus especificidades. Las mujeres acuden a solicitar asesoramiento e información para interrumpir su embarazo. Los ginecólogos y ginecólogas que atienden en esta policlínica han elegido hacerlo, algunos incluso lo realizan *ad honorem*. Este grupo de proveedores de salud comparte la convicción –con distintos grados de compromiso- de que están llevando adelante una forma más humanizada de practicar la medicina y más centrada en la mujer.

En este sentido, podemos avanzar algunos resultados muy parciales aún, que indican que, especialmente para las ginecólogas mujeres, la práctica en la Policlínica de Asesoramiento les resulta interpelante y movilizadora, encuentran “muchísima gratificación a partir de las relaciones con las mujeres, son personas, ya no sólo pacientes” (entrevista colectiva a dos ginecólogas del servicio). Quienes comparten esta actividad sufren más stress que los que trabajan en las policlínicas generales. Esto se debe, de acuerdo a sus palabras “a la carga de los problemas de las mujeres”. Opinan que las usuarias deben contar con un espacio en el cual poder hablar y decir lo que piensan y sienten. En este momento están buscando formas de mejorar el servicio a pesar de los pocos recursos con que cuentan.

Esta experiencia demuestra que un cambio en la calidad de atención que habilite el ejercicio de derechos y la consideración de la usuaria como sujeta moral, implica una modificación en la actitud de los proveedores de salud. Los programas de salud son necesarios pero insuficientes.

c. Salud y enfermedad. Dos posiciones, dos saberes. El eje jerárquico del “poder médico”.

En el Hospital se evidencia un triple eje de asimetría entre los proveedores¹⁰ y las usuarias: asimetrías de procedencia socioeconómica, de género y de saberes. De estas asimetrías participan tanto los proveedores de salud como las usuarias. Cada uno parece aceptar su lugar en estas relaciones. La asimetría a partir de una condición

¹⁰autoatribuido: proveer salud a quien carece de ella.

económica se visualiza en toda su amplitud. Las usuarias dependen del personal médico para acceder a los métodos anticonceptivos y deben sufrir las largas esperas a las que ya referimos por tratarse de un centro de salud público. Además las mujeres que se atienden allí “no saben” o “tienen relaciones promiscuas”, “un hijo con uno, otro hijo con otro”, según los/las residentes, porque forman parte de determinado grupo social en el cual la falta de poder económico es un elemento definitorio determinante.

Aquí nos interesa focalizar en el eje de asimetría correspondiente a los saberes. Taussig (1995) hace una interesante comparación entre la plusvalía que surge de la producción de la mercancía y de la que se enriquece el empresario, con el poder que surge de la atención médica, una mercancía de la cual el/la médico/a se apropia y que toma parte de su valor del sometimiento de la usuaria. En la situación de atención clínica en la cual se produce la relación médico/a-usuaria, el discurso médico toma el “modelo de enfermedad”: un modelo que busca la exactitud. Este modelo se contrapone con el “modelo del malestar” (Taussig, 1995), modo a partir del cual el enfermo enfrenta su situación modelada por una serie de dolencias que pueden o no responder directamente al “lugar” de la enfermedad. El estudio de ciertas dolencias crónicas ha permitido a la medicina concebir a la enfermedad como algo más que un padecimiento concreto que se manifiesta a través de síntomas. La salud supone más que la falta de dolencias, un completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Sin embargo la medicina occidental, en tanto ciencia que busca la exactitud le es difícil lidiar con la incertidumbre. *“Hablar del cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas significa referirse al saber anátomo-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna”* (Le Breton, 1995:83) Se trata de ordenar en base al modelo médico un conocimiento del cuerpo que, desde quien lo vive, se presenta, en palabras de Le Breton (1995) como un traje de arlequín, con zonas oscuras, más o menos precisas, y otras de mayor relieve. Siguiendo esta lógica el cuerpo pierde su valor moral, se ve alejado de los posibles sentidos otorgados por la persona en una referenciación que no se restringe a lo físico y más se incrementa el valor técnico y comercial; consecuentemente, más poder tiene aquel que “sabe” manejar la técnica y se apropia del plusvalor de su uso. Difícilmente sea un poder al que los/las médicos/as quieran renunciar.

“La asimilación del cuerpo al mecanismo choca con un residuo al que se ve obligada a dejar de lado, so pena de invalidarse a sí misma: el hombre. La complejidad infinita de la condición humana vinculada con la dimensión simbólica, es un límite con el que se enfrenta la analogía corriente entre el cuerpo (...) y la máquina” (Le Breton, 1995:81)

Esto conduce a la imposibilidad del/la médico/a de manejar otros acontecimientos que escapan a lo que sería la lógica del campo de la salud; sobre este punto Arroba (2003) señala la incomodidad que sienten los/as médicos/as frente a las reacciones emocionales de las usuarias. Dentro de este esquema del “modelo de enfermedad” y de búsqueda de certidumbres, también se entiende quitarle carácter social a la entrevista médica, algo que en un centro de salud como el CHPR público y centralizado (no barrial, ya que en estos ámbitos quizás existe un conocimiento mayor de la usuaria) se hace todavía más visible.

Finalmente, en relación a los saberes, Giulia Tamayo señala que “[E]n el discurso y las prácticas sociales y políticas impulsadas por el feminismo, la salud no se trata de un objeto reservado al saber técnico-medicalizado, constituye una experiencia atravesada por relaciones sociales y de poder, donde los sujetos adquieren, pierden, potencian o reducen capacidades” (Tamayo, 2001:88). Las feministas tienen serias dificultades en lograr un acercamiento y diálogo con los proveedores de salud a partir de esta concepción de salud.

Conclusiones

Reconocer el derecho de las mujeres a su cuerpo, lleva, como señala Tamayo, “a establecer límites a la acción patrimonialista sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción, ambas radicadas en la corporeidad de las mujeres” (Tamayo, 2001:76)

Vemos, a partir de nuestras investigaciones en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que las posibilidades de autonomía que se le plantean a las mujeres se restringen en gran medida, debido a dependencia creada en función de las asimetrías económicas y de saber con respecto al personal médico, y por un “habitus asistencial” que en la práctica no las reconoce como individuos capacitadas para poder decidir más allá del dictamen científico médico. También es posible percibir el intento por transformar ciertas actitudes que hacen a esta falta de autonomía y por tanto a la violencia en la atención, más allá de las múltiples violencias de la propia institución y de un Estado que empobrece, en términos de asistencia, a los más pobres. En este sentido la misma existencia de la Policlínica de Asesoramiento y la forma de trabajar en ella, el pedido de asesoramiento a un equipo que se dedica a la investigación social, ciertas actitudes –todavía pocas- de autocuestionamiento por parte de los residentes en los cursos, aparecen como un cambio cualitativo altamente significativo.

Bibliografía.

- Arroba, Ana, (2003) “La medicalización del cuerpo en la era de la globalización”. EN: Hacia la soberanía del cuerpo y la salud de las Mujeres. Revista Mujer y Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Enero.

- Berger, Peter; Luckmann, Thomas, “La construcción social de la realidad”. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Cob, Gabriela, (2003) “Humillación y maltrato en el parto hospitalario”. EN: Hacia la soberanía del cuerpo y la salud de las Mujeres. Revista Mujer y Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Enero.
- De Bruyn, María, (2005) “La violencia, el embarazo no deseado y el aborto”. Disponible en Internet: www.ipas.org
- Dos Santos, Ivonne; Grabino, Valeria; Montealegre, Natalia; Viera, Mariana (2003) “El poder sobre los cuerpos: barreras y estrategias frente a la atención médica” En I Jornadas de Jóvenes Investigadores. Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras (UBA) Buenos Aires, 2-3 de octubre 2003
- Ferrero, 2004, “Tiempo y ritual en la atención médica: la etnografía de un centro de salud”. EN: VII Congreso Argentino de Antropología Social. Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.
- Le Breton, David, (1995) Antropología del cuerpo y modernidad. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Mesa, Serrana; Viera, Mariana, (2004) “Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica”. En: VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.
- Rostagnol, Susana; Montealegre, Natalia “El hospital como laberinto mudo”. (2004) En: VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba.
- Sanseviero, Rafael (2003) Condena, tolerancia, negación. El aborto en Uruguay. Ed. Frontera, Montevideo.
- Tamayo, Giulia (2001) Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos. Flora Tristan, Lima
- Taussig, Michael, (1995) Un gigante en convulsiones. Editorial Gedisa, Barcelona.

ANEXO 1

NORMATIVA DE ATENCIÓN SANITARIA. MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO¹¹

¹¹ Aprobada por unanimidad por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Comisión Directiva de la Sociedad de Ginecología del Uruguay

Prof. Dr. José Enrique Pons, Prof. Dr. José C. Cuadro, Prof. Dr. Guido Berro Rovira, Prof. Adj. Dr. Leonel Briozzo, Prof. Adj. Dr. Hugo Godoy, Prof. Adj. Dr. Hugo Rodríguez Almada, Dra. Beatriz Vidarte, Dr. Gonzalo Vidiella, Dr. Gustavo Ferreiro

CONTENIDO DE LA PROPUESTA PARA CONSIDERAR SU RESOLUCIÓN:

TOMANDO EN CUENTA QUE:

1- La necesidad de promover la salud como base y fundamento es la misión del Ministerio de Salud Pública, desarrollando así las funciones de una asistencia Integral, Universal, Accesible, Continua, Oportuna, Eficiente, Económica, Humana y Adaptable.

2- Que lo anterior se expresa en el área de la salud materna mediante medidas aprobadas oportunamente por la Organización Mundial de la Salud a las que nuestro país suscribe. Las mismas incluyen:

2.1- Educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo.

2.2- Cuidado prenatal y consejería, incluyendo la promoción de la nutrición materna.

2.3- Asistencia capacitada durante el parto.

2.4- Atención para complicaciones obstétricas incluyendo casos de emergencia.

2.5- Cuidados postparto.

2.6- Manejo de complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrupciones del embarazo seguras, donde la ley lo permita.

2.7- Asesoría, información y servicios sobre planificación familiar.

2.8- Educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes.

3- Que en la legislación vigente en nuestro país el aborto provocado, salvo excepciones, está penado.

Y CONSIDERANDO QUE:

1- Que la primera causa de la mortalidad materna en nuestro país son las complicaciones provocadas por el aborto provocado en condiciones de riesgo.

2- Que, por el contrario, Uruguay presenta aceptables resultados sanitarios en cuanto a salud materna (es decir, durante el embarazo, parto y puerperio, tanto en el subsector privado como en el público).

3- Que como consecuencia de la diferencia marcada entre los hechos arriba señalados, Uruguay se sitúa en uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.

4- Que dadas las consideraciones anteriores las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen el principal emergente sanitario en el área de la salud materna.

5- Que estas complicaciones mayores, que pueden costar la vida y provocar mutilaciones, son completamente evitables

PROPONEMOS QUE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CONSIDERE:

1- Aprobar la Normativa propuesta por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina titulada: "Asesoramiento para una maternidad segura", específicamente lo concerniente a las "MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO".

2- Difundir y controlar la aplicación de esta Normativa tanto a nivel del subsector público como a nivel del subsector privado.

3- Difundir la presente Normativa por intermedio de una campaña dirigida a la opinión pública. INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO. NORMATIVA: “ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA”

En el contexto de la atención materno infantil la Normativa “ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA” tiene como objetivo actualizar de manera permanente el conocimiento de la realidad epidemiológica nacional y enfatizar aquellas medidas destinadas a optimizar la atención específica. Valorando el problema emergente de la mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo, en la actual coyuntura epidemiológica de nuestro país y dentro de la NORMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL actualmente vigente, el ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA se dirige a normatizar la atención médica e institucional en el caso de que exista la posibilidad de desarrollo de un aborto provocado y/o la concreción de un

aborto provocado, máxime si éste se realiza en condiciones de riesgo. El conjunto de esta Normativa se denomina: MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.

Se describe a continuación los aspectos que comprenden la Normativa.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

La estrategia que orienta esta Normativa es la de reducción de riesgos y daños dentro del marco legal vigente. Por lo tanto, el fundamento de la propuesta es el de incluir en el marco del sistema sanitario aquellas usuarias que tienen mayor riesgo de, al ser excluidas, sufrir complicaciones graves y la muerte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Generar una instancia médica y psicosocial de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud para que éstas cuenten con toda la información para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados siempre respetando la decisión informada de la usuaria.

2. En los casos en que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto provocado, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones inmediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte materna.

GENERALIDADES

1. El aborto provocado no será promovido como método anticonceptivo. En la relación médico-paciente se respetará la decisión informada de la usuaria, independientemente que como criterio epidemiológico poblacional se desalentará la práctica del aborto provocado. En este sentido, se debe informar de los riesgos médicos y también legales existentes dada la condición actual de ilegalidad que la realización del aborto provocado tiene en nuestro país.

2. El aborto provocado es hoy la principal causa de muerte materna en nuestro país por lo que se debe tomar la iniciativa para prevenir el daño provocado por esta práctica. En este sentido el aborto como práctica ilegal no puede ser abordado por el médico, ni por el equipo de salud, ni por el sistema sanitario. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a la práctica del aborto a la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer en los aspectos bio-psico-

sociales). El Centro de la Normativa MEDIDAS DE PROTECCIÓN ATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES E RIESGO es desarrollar medidas sanitarias tendentes a disminuir el daño provocado por el aborto provocado, antes y después de su realización.

3. Para su aplicación sería recomendable un MARCO NORMATIVO aprobado, conocido y controlado por el MSP que incluya la atención integral mediante control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción de un aborto provocado. Este marco no es imprescindible, sin embargo, ya que el proyecto cumple con los requerimientos bioéticos y médico-legales exigidos a los profesionales de la salud.

4. Para su aplicación, la Normativa requiere de CAMBIOS DE CONDUCTAS tanto en el equipo de salud como en la paciente/ usuaria del servicio. A nivel del equipo de salud hace falta una formación específica de los recursos humanos, difusión y precisión en la Normativa a aplicar desde el punto de vista técnico y descentralización para una atención oportuna. A nivel de la potencial usuaria hace falta difusión de esta Normativa en la población y planes de educación para la salud. Generar confianza en el equipo de salud para promover una consulta precoz.

5. Para operativizar esta Normativa se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario constituido por ginecotocólogo, obstetra-partera, especialista en salud mental, asistente social, médico legista, sociólogo, entre otros.

6. El conjunto de esta Normativa se basa en generar un servicio accesible a toda mujer en todo momento y en todo el país. En este sentido el concepto principal es la atención de calidad y con total accesibilidad. Todo esto debe buscar condiciones para una consulta precoz.

7. El equipo de salud y específicamente el médico ginecotocólogo tiene la obligación de bregar por la salud de la paciente. Es así que se deberá informar asesorando desde el punto de vista médico y también legal a toda paciente que exprese su voluntad de interrumpir el embarazo.

8. Se deben plantear, proponer y buscar alternativas a la realización del aborto provocado.

9. Para asesorar correctamente se debe partir de un correcto diagnóstico de la situación del embarazo y de la salud materna. El mismo deberá ser realizado por el médico ginecotocólogo como corresponde a un primer control de embarazo normal.

10. En ningún caso, fuera de las excepciones establecidas en la ley, se podrá asesorar sobre un lugar o profesional específico donde realizarse el aborto.

11. En los casos contemplados por la ley, el procedimiento deberá ser desarrollado en una institución capacitada para hacerlo y aprobada por la usuaria. La imposibilidad de cumplir con esta disposición ya por objeción de conciencia del profesional, ya por incapacidad institucional, se deberá analizar desde el ámbito legal.

12. Los técnicos se atenderán a las normas éticas y legales que rigen la relación equipo de salud-paciente. En función de eso se respetará el principio de confidencialidad sin perjuicio de comunicar al MSP, en la forma que indica la ley (antes de las 48 horas y sin revelación del nombre de la paciente) cuando intervengan en el tratamiento de las complicaciones de un aborto provocado (artículo 3 Ley 9.763).

CONSULTA INICIAL (CONSULTA PREABORTO)

OBJETIVO:

1. Preservación y control de embarazo.
2. Información, prevención y asesoramiento de riesgo y daño.
3. Análisis de las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de realizarse un aborto provocado.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA:

1. Información sobre las características y connotaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, enfatizando los riesgos inherentes a esta práctica en la situación sanitaria actual de nuestro país.

2. Desestimular la práctica del aborto como método sucedáneo de los métodos anticonceptivos. Desde este momento y en el contexto de esta situación crítica siempre se deberá realizar educación sobre los métodos anticonceptivos y sobre la manera de acceder a ellos. Ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo. Información confiable de alternativas al aborto provocado como puede ser la de dar su hijo en adopción, por ejemplo.

3. En este sentido es clave el desarrollo de la formación continua del equipo multidisciplinario para abordar con eficacia y eficiencia esta tarea.

4. El equipo de salud multidisciplinario deberá ofrecer un apoyo social y un apoyo psicológico a las pacientes que manifiesten su voluntad de interrumpir el embarazo con el objetivo de garantizar que la usuaria cuente con toda la información para la toma de resolución informada, consciente y responsable.

5. Estudiar epidemiológicamente las causas que motivan a la realización del aborto provocado.

6. Se deberá realizar una evaluación clínica y paraclínica completa que incluya:
- Examen clínico general en búsqueda específicamente de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones en caso de realizarse un aborto provocado.
 - Análisis paraclínico para descartar patología y sobre todo enfermedades de transmisión sexual, en especial infección por HIV-SIDA, sífilis y hepatitis B.
 - Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional y de implantación.
 - Análisis morfológico del aparato genital interno para descartar malformaciones, sobre todo uterinas.
 - Descartar patología embrio-fetal: embarazo ectópico, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido. En este sentido también se debe evaluar y descartar la enfermedad trofoblástica.
 - Prestar especial atención a la inmunoprofilaxis en el caso de que la paciente sea Rh (D) negativo.

7. En caso de que el ginecólogo, en el marco del equipo de salud, perciba la posibilidad de que la usuaria no modifique su posición inicial de interrumpir su embarazo, le informará y dispondrá los cuidados de protección preaborto, que incluye la administración preventiva de antibióticos desde las 24 horas antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse el aborto. La antibioticoterapia se prolongará hasta pasado el período crítico de los diez días postaborto.

CONSULTA POSTABORTO

OBJETIVO

1. Detección precoz y prevención de complicaciones.
2. Rehabilitación integral.
3. Desarrollo de anticoncepción inmediata.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA

1. Profilaxis de complicaciones inmediatas, en particular la infección y la hemorragia.
 - 1.a- Profilaxis de la infección: se mantendrá tratamiento antibiótico durante diez días y se controlarán parámetros de infección tanto clínica como paraclínicamente. Se evaluará la vacuidad uterina mediante examen ginecológico y ecográfico.
 - 1.b- Profilaxis de la hemorragia: se controlará la subinvolución uterina mediante el examen clínico y de ser necesario se administrarán uteroconstrictores como los derivados de la metilergobasina a las dosis habituales.
2. Profilaxis del conflicto Rh (D) Neg. Mediante la administración de gamaglobulina anti D en los casos donde esté indicado.
3. Se realizará soporte emocional y psíquico en lo concerniente a la salud mental por un equipo idóneo.
4. Detección oportuna de complicaciones.
5. Consejo en provisión de anticoncepción inmediata postaborto.
6. Medidas de educación para la salud en el contexto de planes de maternidad y paternidad elegidos, sexualidad libre y responsable información sobre correcto control ginecológico periódico, realización de colpocitología oncológica y mamografía cuando así esté indicado. Todo esto busca la prevención y promoción de la salud en la paciente usuaria y en la comunidad que la rodea, haciendo revertir un hecho negativo y pasible de graves complicaciones hacia un hecho positivo para la salud de la usuaria y de la comunidad.
7. Se debe realizar un seguimiento reglado de estas pacientes. El mismo incluye una anticoncepción inmediata mediante anticonceptivos orales de alta dosis con el doble objetivo de regenerar el endometrio y controlar la evolución para pesquisar precozmente complicaciones. El seguimiento se debe desarrollar como mínimo hasta los tres meses postaborto y se incluirá el aspecto psicológico como parte sustancial del mismo.

ANEXO 2

Ordenanza N° 369

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 6 de agosto de 2004.

VISTO: el marco normativo sobre “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, formulado conjuntamente por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina;

RESULTANDO 1) que si bien nuestro país presenta resultados sanitarios aceptables - tanto en el nivel público como privado - en cuanto a la salud materna, las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo hace que el Uruguay ocupe uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo;

II) que la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, a través de sus técnicos han demostrado preocupación por llevar a la práctica las medidas que oportunamente fueran aprobadas por la Organización Mundial de la Salud y a las cuales adhiriera nuestro país, en el área de Salud Materna, arribando a un documento normativo consensuado;

CONSIDERANDO: 1) que el Ministerio de Salud Pública ha adoptado diversas medidas educativas en el mero de la política sanitaria nacional, procurando la prevención del aborto en condiciones de riesgo;

II) que no obstante ello, se registra un incremento marcado de la mortalidad por dicha causa, particularmente en el sub-sector público-, por lo que se estima pertinente incrementar la adopción de medidas tendientes a prevenir o minorizar los daños que dicha práctica provoca, mediante un control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción del aborto provocado, antes y después de su realización;

III) que en dicho marco se comparten las pautas normativas formuladas por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, por considerar que implica un avance en procurar el desarrollo de medidas sanitarias que cumplan con los requerimientos bioéticos y médico-legales exigidos a los profesionales de la salud en cuanto a la preservación y conservación del embarazo a la vez que procuran la información, prevención y asesoramiento del daño causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo; /

ATENTO : a lo precedentemente expuesto:

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

• Apruébase la normativa formulada en acuerdo por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina bajo la denominación “**Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo**”, la cual se anexa y forma parte de la presente Ordenanza.

- Créase una Comisión integrada por un representante del Ministerio de L Salud Pública, que la presidirá, un representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, un representante de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, un representante del Sindicato Médico del Uruguay y un representante de la Facultad de Medicina, con el cometido de elaborar el plan que ponga en práctica la normativa aprobada
- Establécese que la Comisión queda facultada a nombrar otros integrantes de la sociedad civil.
- Remítase Oficio a la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y Facultad de Medicina, solicitando la designación de sus representantes.
- Pase a sus efectos a la Dirección General de la Salud y Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Tome nota Comisiones M.S.P.-A.S.S.E.

Ord. N° 369

Dr. Conrado Bonilla

Datos de las autoras

Mariana Viera: Lic. en Antropología Social. Docente e investigadora del Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, FHUCE-UdelaR) Integrante del Programa "Género, cuerpo y sexualidad" del Instituto de Antropología (FHUCE) desde 2001. Su línea de investigación dentro del Programa es en salud y derechos sexuales y reproductivos.