

**EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y LA PERSPECTIVA
DE GÉNERO EN LA LEGISLACION URUGUAYA SOBRE
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA ATENCIÓN DE LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Tesis de Maestría en Género, Sociedad y Políticas Públicas
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO – Argentina)
Programa Regional de Formación de Género y Políticas Públicas.

Autor: Gustavo Sóiñora
Directora de Tesis: Verónica Undurraga
Año 2016.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	4
Abreviaturas.....	5
Capítulo 1 - Introducción e información general.....	6
Capítulo 2 - Marco conceptual.....	10
Título 2.1 – Antecedentes.....	10
Título 2.2 - Fundamentación teórica.....	10
Título 2.3 - Alcance de los términos y conceptos más relevantes.....	12
2.3.1- Salud sexual y salud reproductiva.....	13
2.3.2- Violencia contra la mujer.....	13
2.3.3- Violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	13
2.3.4- Perspectiva de género.....	13
Título 2.4 - Manifestaciones o formas de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	14
2.4.1- Violencia contra la mujer en la atención ginecológica obstétrica.....	16
2.4.2- Violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas.....	21
2.4.3- Atención integral en salud que deben recibir las mujeres en los casos de violencia sexual o reproductiva ocurrido fuera del sistema de salud.....	21
Título 2.5 - Marco institucional uruguayo relacionado con la violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	23
- Formulario para la “detección de violencia hacia la mujer en la Consulta Clínica”, Meta Prestacional N° 1 - Historia Clínica.....	26
- Esquema básico del funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	27
Título 2.6 - Catastro de la normativa uruguayo relevante sobre derecho a la salud y de violencia contra la mujer en la atención de salud sexual y reproductiva.....	28
Capítulo 3 - Objetivo general y objetivos específicos.....	34
Capítulo 4 - Hipótesis.....	35
Capítulo 5 - Pregunta general y preguntas específicas.....	35
Título 5.1-Pregunta general.....	35
Título 5.2-Preguntas específicas.....	35
Capítulo 6- Plan de trabajo y metodología.....	36
Capítulo 7- Estándares de derechos humanos referidos a la violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	39
-Mapa conceptual para cotejar la normativa uruguayo con los estándares de derechos humanos.....	41
Título 7.1 - Construcción de los estándares de derechos humanos y de los indicadores de de resultado para el cotejo normativo.....	42
Título 7.2 - Estándar 1: Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud en casos de violencia contra la mujer en la salud sexual o reproductiva.....	42

- Espacio/escenario: violencia contra la mujer en la atención ginecológica obstétrica.....	46
-Espacio/escenario: violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas.....	59
- Espacio/escenario: atención integral en salud que deben recibir las mujeres en casos de violencia sexual o reproductiva ocurridos fuera del sistema de salud.....	73
Título 7.3 - Estándar 2: Proteger y asegurar el derecho a recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	87
- Espacio/escenario: violencia en la atención ginecológica obstétrica.....	91
- Espacio/escenario: violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas.....	108
- Espacio/escenario: atención integral en salud que deben recibir las mujeres en casos de violencia sexual o reproductiva ocurridos fuera del sistema de salud.....	120
Capítulo 8- Análisis de la información relevada y recomendaciones.....	134
Título - 8.1 - El enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género en la normativa analizada.....	135
8.1.1- Las lagunas normativas en las manifestaciones de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	135
8.1.2- La coherencia regulatoria y conceptual respecto de las acepciones y manifestaciones más relevantes de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.....	137
Título 8.2- La estructura de la legislación y el poder regulatorio de las autoridades de aplicación para una incorporación adecuada del enfoque de derechos humanos y de la perspectiva de género.....	141
8.2.1- ¿Ley o Reglamento?	141
8.2.2- Evaluación sensible al género en el texto de la ley incluyendo la participación de la sociedad civil organizada.....	145
8.2.3- La violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva en la Meta Prestacional N° 1.....	149
8.2.4 – Sistema de denuncia fácil a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.....	150
Capítulo 9 – Conclusiones.....	153
Capítulo 10 - Lista de referencias.....	155
Capítulo 11 - Bibliografía.....	160

Agradecimientos

Deseo expresar mi reconocimiento:

- a José Luis Castro por su permanente apoyo, sensibilidad y calidez humana; a Mirta Molinari por la confianza que siempre ha depositado en mí y a la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión).
- a Verónica Undurraga, mi directora de tesis quien tuvo la paciencia y el talento para guiarme a lo largo de todo el proceso, y a Oscar Cabrera, querido compañero por articular el encuentro con ella.
- a Wanda Cabella, por su interés en apoyarme y presentarme a valiosas personas con significativas experiencias en este tema, con las que me encontré, las escuché y recibí sus aportes.
- a mi familia: Ana, Catalina y Clara. Sin ellas nada sería posible.

Y a todas las personas e instituciones que han colaborado para que esta tesis sea posible quiero expresarles mi más sincero agradecimiento.

ABREVIATURAS

BELEM DO PARA	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Convención.
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño.
CEDM	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
DDRR	Derechos Reproductivos
DDSS	Derechos Sexuales
DDSSyRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ETS/ITS	Enfermedad de Transmisión Sexual /Infección Transmisión Sexual
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OG	Observación General
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
RG	Recomendación General
RRGG	Recomendaciones Generales
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SR	Salud Reproductiva
SS	Salud Sexual
SSyR	Salud Sexual y Reproductiva
VBG	Violencia Basada en Género
VCM	Violencia contra la Mujer

Capítulo 1

Introducción e información general

El marco regulatorio uruguayo para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (VCM) está conformado por normativa de diverso rango jerárquico tales como leyes, reglamentos, resoluciones o instructivos. Este espacio conjunto se ha ido estructurando con el paso del tiempo como respuesta básicamente a dos factores: las demandas sociales y las obligaciones internacionales asumidas por Uruguay en materia de derechos humanos (DDHH).

El Estado uruguayo comenzó un proceso de aprobación de normas para combatir la VCM a partir de mojones que impulsaron un cambio de paradigma tales como fueron las ratificaciones de la “Convención de Belem do Pará” dentro del sistema interamericano así como también de la “Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer” (CEDAW) y del “Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (PIDESC), en el sistema universal. En un sentido más específico pueden señalarse a las Recomendaciones Generales (RRGG) N° 19 y 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CDEM), así como a la Observación N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC).

Pero hubo que esperar hasta el nacimiento del Siglo XXI para tener la primera ley especial para la “prevención, detección temprana, atención y erradicación” de la violencia doméstica (Ley 17.514, 2002). Fue a partir de esta ley que se asignaron responsabilidades y competencias en distintos niveles conformándose una nueva institucionalidad.

Este primer estadio regulatorio estuvo casi exclusivamente referido a la violencia doméstica. Luego, a través de un desarrollo conceptual se logró profundizar en la conexión entre la violencia doméstica con los DDHH y en particular con la protección del derecho a la salud lo que sirvió como línea de base para otros avances, según se verá. En efecto, la VCM basada en su género menoscaba y anula el goce de sus DDHH y libertades fundamentales como son el derecho a la vida, libertad, integridad y seguridad personal, honra, igualdad ante la ley así como el derecho de alcanzar al más alto nivel posible de salud física y mental.

Por un lado entonces, se tiene el factor dado por la conexión entre la violencia doméstica con el derecho a la salud, y por otro lado, se le debe sumar el hecho que los movimientos sociales se ocuparon de desarrollar y de mantener el tema vigente en las agendas pública y política; ambos factores fueron determinantes para dar una mayor visibilidad a otras formas de VCM y generaron el espacio propicio hacia un segundo estadio regulatorio.

En este otro momento regulatorio, se observa que de una forma gradual y de transición, comenzó a ser aprobada normativa que abordó el problema hacia otras manifestaciones no domésticas de VCM, aunque de un modo tangencial. Pueden mencionarse aquí a modo de ejemplos, a la Ley de acoso sexual (Ley 18.561, 2009) y a la reglamentación de la Ley de acompañamiento en el trabajo de parto y de nacimiento (Ley 17.386, 2001 y decreto reglamentario 67/006). En los hechos, estos avances están enseñando que todavía es insuficiente la regulación pero por sobre todo, que está subyacente una raíz mucho más compleja y profunda. En el año 2008 otro paso clave es dado cuando se aprobó la Ley integral que reglamentó de forma específica la defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (Ley 18.246, 2008). A partir de esta ley, los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) son reconocidos como DDHH.

Voy hacer aquí una breve digresión para mencionar que esta ley tenía un capítulo destinado a reglamentar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que fue vetado por el entonces Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez según el Art. 137 de la Constitución de la República. El 30/10/2012 se aprobó una nueva Ley de IVE (Ley 18.987, 2012), que aunque con un texto diferente a la versión original vetada, según dice en su Art 1 se regirá por los principios de la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Es así entonces, que regresando a mi propuesta de investigación, la que se inserta dentro de este espacio regulatorio y que consiste en aplicar el enfoque de DDHH junto con la teoría de género para el análisis de la normativa uruguaya sobre VCM en la atención de la salud sexual y reproductiva (SSyR). Ambas perspectivas consideradas conjuntamente demostrarán la adecuación o inadecuación entre la normativa uruguaya con los estándares de DDHH seleccionados que serán los modelos de referencia hacia donde debería conducirse la política legislativa del Estado. Luego de este cotejo, se analizará la información obtenida para formular recomendaciones.

Antes de finalizar el capítulo introductorio haré dos puntualizaciones. La primera es para indicar que las menciones a VCM en la atención de la SSyR refieren al concepto de violencia basado en su género (VBG). Estuve analizando los fundamentos para decidir si referirme a violencia de género o a VCM indistintamente dado que en algunos casos ambas expresiones han sido utilizadas como sinónimos ya que presentan puntos en común. Sin embargo, en esencia no son lo mismo y dependiendo del concepto de género en el cual se basen, las diferencias podrán ser mayores o menores. Según expresa Joan W. Scott, para buscar el núcleo de una definición de género pueden emplearse dos proposiciones interconectadas: el género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos” y el género como una “forma primaria de relaciones significantes de poder” (1986, p. 23), o sea que según esta definición mi duda seguía sin resolverse. Pero finalmente encontré más apropiado con el objetivo de la tesis referirme únicamente a la VCM antes que violencia de género, porque mencionado de este modo se centra mejor la discusión de las agendas políticas y públicas sobre esta forma particular de violencia, dándole más y mejor visibilidad. En este sentido se expresó Susana Rostagnol al decir que “la violencia de género...no solo es contra las mujeres, porque...está basada en la hetero-normatividad” y por consecuencia puede serlo además contra la colectividad LGTBI por su identidad de género, o contra todas aquellas personas que no cumplen con el rol de género construido por una sociedad en un momento y lugar específico. Por tanto, dice la autora, si el objetivo es debatir en la agenda pública el tema de la violencia que sufren las mujeres, es mejor llamarla “violencia contra la mujer y no de género” (2011, p. 11).

La segunda puntualización tiene relación con el análisis de las responsabilidades atribuidas a las instituciones o personas con competencia en el tema de estudio. En este sentido, se hará foco particular en el Estado. Tal decisión está justificada porque es en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley N° 18.211, 2007) el espacio donde son ofrecidos los servicios de SSyR, en tanto por mandato legal es el Ministerio de Salud Pública (MSP) la institución responsable de su implementación, fiscalización, principal referente y garante. También puede verse que la responsabilidad del Estado se deriva de fuentes internacionales. En la RG 19 del CDEM se exige a los Estados que asuman una obligación de hacer a través de la adopción expedita de medidas apropiadas y eficaces “en el ámbito de la salud sexual y reproductiva” (Párrafo 24 a, 1992). También en la Declaración de Naciones Unidas 48/104 (1994) sobre VCM cuando indica que la responsabilidad comprende a los actos “perpetrados o tolerados por el

Estado donde quiera que ocurran (Art. 2 c). Y en el mismo sentido, cuando el CDESC (Observación N° 14, 2000, Párrafo 47) establece que:

Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones.

En suma, la responsabilidad del Estado podrá ser por acto propio y por acción, en su rol derivado de la provisión directa y apropiada de los servicios de SSyR a través del sistema público de salud así como por su obligación de promover la normativa regulatoria. Pero también lo será por actos de terceros y por omisión, cuando los servicios de SSyR sean ofrecidos por instituciones privadas y no les fiscalice adecuadamente o porque no regula de forma eficaz la tutela de estos derechos según el principio de debida diligencia. Por todo lo expuesto, el deber de los Estados de actuar con la debida diligencia para combatir la VCM no admite un umbral mínimo de tolerancia para los casos de incumplimiento.

Capítulo 2

Marco conceptual

Título 2.1- Antecedentes

El presente capítulo comienza con la fundamentación teórica que justifica la investigación para luego explicar el uso de los términos y conceptos más relevantes empleados en este trabajo. A continuación, se mencionan las manifestaciones o formas más comunes de VCM en la atención de la SSyR. Y al finalizar, se describe en forma resumida el funcionamiento del SNIS en aquello que guarde conexión con el tema de estudio.

Título 2.2- Fundamentación teórica

La fundamentación teórica del tema bajo investigación radica en encontrar el sentido específico que tiene el concepto del derecho de todas las personas de alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental¹ en el campo de la VCM en la atención de la SSyR. ¿En función de cuáles indicadores puede sostenerse que la legislación de un Estado está efectivamente dirigiéndose a alcanzar el estándar del más alto nivel posible de salud física y mental en el tratamiento de la VCM en la atención de la SSyR²?

En consideración a que el derecho a la salud ya no es únicamente la ausencia de enfermedad sino que es un estado completo de bienestar físico, mental y social es que para su protección, el Estado se ve determinado a adoptar un comportamiento singular que se logra mediante la previsión de planes y programas en normas objetivas, regido por el principio de desarrollo progresivo³ y por la triple obligación de respetar, proteger y cumplir (Courtis, C. y Abrahmovich, V, 2001)⁴.

1 CDN, Art. 24 “reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”; PIDESC, Art. 12 “reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; CEDAW, Art. 12, “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Art. 25 de la Convención de las Personas con Discapacidad reconoce “El derecho a gozar del más alto nivel posible de salud” incluye el derecho a la atención de la salud sobre la base del consentimiento libre e informado.

2 Facio A, “Los derechos reproductivos son derechos humanos”, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, UNFPA-ASDI, “El más alto nivel posible de salud incluye: el derecho de la mujer a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”, p.26 27.

3 CDESC - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación N° 14 Párrafo 31: “...la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y

En consecuencia, el derecho a la salud desde una óptica general puede definirse como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos y se caracteriza por ser inclusivo, dinámico y de naturaleza inherentemente expansiva en términos éticos y económicos (Yamin, E. y Siri Gloppen A, 2013, p. 6 y 7). Por tanto y motivado en el deseo de encontrar respuestas a lo planteado, he elaborado una propuesta para analizar la normativa jurídica de VCM en la atención de la SSyR con un enfoque de DDHH y con base en la teoría de género.

A través del enfoque de DDHH podré valorar si el Estado está cumpliendo de forma idónea con sus obligaciones internacionales en tanto son los presupuestos básicos vinculantes, destinados a garantizar la dignidad y la igualdad de todas las personas en mérito a sus notas de “universalidad, incondicionalidad e inalienabilidad” dice Santiago Nino según es citado por Quintana Roldán, C. y Sabido Peniche (2009, p.22).

Con la aplicación de la teoría de género en el análisis podré ver dentro de los DDHH cuáles son las respuestas que corresponden a las necesidades e intereses propios de la mujer (RG 24 1999, párrafo 12 y Art. 12 CEDAW), “que antes de la utilización de la perspectiva de género para analizar las violaciones a los derechos humanos, estaban excluidas de su protección” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008, p. 18). Asimismo y tal cómo expresan las autoras Cook y Undurraga, ese enfoque ayuda a diferenciar las dimensiones de sexo y género: en tanto el sexo está relacionado con las necesidades biológicas específicas, y el género, referido con la construcción social de mujer, sus roles sociales y la capacidad de adoptar sus propias decisiones para el cuidado de su salud. Esto es un aspecto fundamental porque las prácticas sociales de subordinación de género, exacerbaban los múltiples factores de riesgo en la salud de la mujer a lo largo de su vida (2012, p. 316).

Por tanto, con estos abordajes espero:

- a) visibilizar las debilidades normativas que podrían aparejar violaciones a los DDHH que de otro modo no serían identificadas;

eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12”. CADH, Capítulo “Derechos económicos, sociales y culturales”, Art. 26 “Desarrollo Progresivo”.

4 “Las obligaciones de proteger consisten en impedir que terceros interfieran, obstaculicen o impidan el acceso a esos bienes”, “las obligaciones de proteger, asegurar y promover involucran un mayor activismo estatal”, “las obligaciones de promover se caracterizan por el deber de desarrollar condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien”.

- b) ofrecer una visión integral respecto a las necesidades de erradicación de la violencia en materia de salud relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Título 2.3- Alcance de los términos y conceptos más relevantes.

En la normativa uruguaya seleccionada para su estudio no ha sido establecido un glosario de términos y conceptos que de modo general abarquen las situaciones relacionadas a la VCM en la atención de la SSyR. Por tanto y con la finalidad de tener unidad de criterio para el análisis planteado voy a ofrecer conceptos de los siguientes términos:

- Salud sexual y salud reproductiva
- Violencia contra la mujer
- Violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva
- Perspectiva de género.

2.3.1- Salud sexual y salud reproductiva: La definición tanto de salud sexual y de salud reproductiva fueron ubicadas en los “considerandos” del Reglamento de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Reglamento 293, 2010). Es de destacar que tal definición reglamentaria ha seguido las directivas de la Resolución ONU 48/104 (1994, párrafo 7.2), y por tanto son apropiadas a estos efectos:

Salud sexual

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia, en un marco de respeto a los derechos sexuales de todas las personas en tanto derechos humanos.

Salud reproductiva

Salud reproductiva es una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuando y con qué frecuencia, el derecho de la mujeres y hombres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz en forma segura.

2.3.2- Violencia contra la mujer: Veamos a continuación una definición general de VCM. Si bien existe un concepto en la ley de violencia doméstica (Ley 17.514, 2002) que podría ser inferido y asimilado para el presente estudio, no lo he considerado adecuado. En efecto, dado que una de las notas características de la violencia doméstica contra la mujer radica en el presupuesto de la relación afectiva o de parentesco, este elemento estaría marcando un límite importante de acuerdo con el objetivo de la tesis. Por tal fundamento, he considerado como una mejor opción utilizar la definición de la “Convención Belem do Pará” (Art. 1) para la violencia contra la mujer⁵. Este concepto reconoce a la desigualdad de género en la raíz del problema y que la violencia puede encontrarse tanto en el ámbito público como en el privado.

Violencia contra la mujer

Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

2.3.3- Violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva:

Visto entonces un concepto general de violencia contra la mujer se hace necesario ahora conducirse hacia otro alcance más específico, es decir, disponer de una definición que comprenda a la violencia contra la mujer *pero* en el ámbito de la atención de la SSyR. El concepto fue construido a partir de dos fuentes, el texto sobre “Violencia Obstétrica” de la Asociación Civil Grupo de Información en Reproducción Elegida - Gire (Capítulo 4, 2012, p. 21) y en las RRRG N° 19 y N° 24 del CDEM.

Violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva

La violencia contra la mujer en la salud sexual y reproductiva incluyen todas aquellas acciones u omisiones, que ocurran en el contexto de ingreso a un centro de salud, tratamiento de salud sexual y/o reproductiva o denegación de éste, seguimiento o término de ese tratamiento, que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, basado en su género, e impiden que goce de sus derechos y libertades.

2.3.4- Perspectiva de género: Para finalizar, resta definir qué expresión emplear para la “perspectiva de género”¹. Podría inicialmente preguntarse si es necesario contar con una definición sobre este concepto en la ley o si sería suficiente con disponer de principios generales rectores que posibiliten al intérprete adecuarlo al caso concreto. Si bien sobre

⁵ Puede verse también la aplicación de esta norma en Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Capítulo I “La violencia contra la mujer en el presente caso”

este punto se abundará al tiempo de las conclusiones, parece necesario tener un concepto que sirva de apoyo para este trabajo. Tal expresión es mencionada en la normativa uruguaya aunque sin una definición atribuida, por ejemplo en la Ley de aprobación de la rendición de cuentas (Ley 18.362 de 2008, Art. 472) se destina una partida de dinero para incorporar la *perspectiva de género* al presupuesto nacional; en la Ley de “Afrodescendientes” (Ley 19.122 de 2013 Art. 2 y su decreto reglamentario 144/14) donde se aplica la *perspectiva de género* en las becas y apoyos estudiantiles y también en la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (Ley 18.246, 2008, Art. 2 b) y su decreto reglamentario 293/10) donde piden incorporar la “*perspectiva de género*” en sus políticas.

La definición que encuentro más apropiada de acuerdo con el objetivo de la tesis está prevista en la Ley General de Acceso a las Mujeres Libre de Violencia de México.

Perspectiva de género

Es una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

Título 2.4- Manifestaciones o formas de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Así entonces, una vez establecidos en la sección precedente las cuestiones referidas a las delimitaciones conceptuales de los términos más relevantes, continuaré ahora con las formas o manifestaciones de VCM en la atención de la SSyR que han sido identificadas. Para ello en primer lugar he investigado cual es la evidencia científica disponible en Uruguay respecto a la incidencia y la prevalencia de las diversas manifestaciones en este ámbito. En ese sentido la “Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones” si bien estableció indicadores y porcentajes de violencia sexual no encontré allí una respuesta a mi búsqueda dado que uno de sus objetivos fue el “cuantificar los distintos tipos de violencia (psicológica, física, patrimonial y sexual) así como la frecuencia de los mismos” (Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA., 2013, p. 9). Es decir, tiene información de carácter general aunque no específica o desglosada en cuanto a modalidades de violencia y su incidencia.

Por otro parte, a través de un pedido de “acceso a la información” generado entre MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) y CAINFO (Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública) fue que solicitaron a la Administración de Servicios Públicos del Estado (ASSE) información “acerca del diseño institucional para la prestación de servicios de anticoncepción; ITS y VIH...violencia basada en género; aborto y atención en embarazo y parto”. Veamos según la narración de MYSU cual fue la respuesta obtenida de la autoridad estatal:

Llegó mucho más tarde de los tiempos que estipula la ley y aunque fue considerablemente extensa, fue incompleta. La información más completa fue la que refiere aborto, embarazo y parto, y anticoncepción, mientras que datos sobre ITS y VIH, diversidad sexual o violencia basada en género no fueron brindados...el énfasis en los aspectos netamente reproductivos de la atención en SSR podría estar dando cuenta de dos problemas importantes. En primer lugar, resulta preocupante que no haya registros oficiales (o que éstos sean mínimos) en materia de ITS y VIH o violencia basada en género, cuestiones sensibles y que forman parte de las prioridades en materia de SSR establecidas por la propia Ley N° 18.426. En segundo lugar, los registros disponibles (o que fueron brindados) se remiten a los aspectos netamente reproductivos de la SSR, lo que da cuenta del desfase entre el cambio de modelo de atención y la información que se colecta (2015, p. 17).

En consecuencia y debido a la escasa información uruguaya sobre la incidencia o modos de VCM en la atención de la SSyR en el sentido indicado, he acudido a la información internacional existente como un apoyo extra para identificarlas.

Las fuentes de información internacional relevadas se basan fundamentalmente en reportes de la OMS, en el derecho comparado que regulan algunas de las manifestaciones de violencia, en las RRGG N° 19 y 24 del CEDM y en literatura diversa que incluyen análisis e investigaciones con el estudio específico de algunos países.

Dentro de este contexto ha sido expresado que la VCM en la atención de la SSyR responde a una compleja interconexión de factores que enseñan una dificultad para individualizar a sus diferentes formas. La dificultad es incluso mayor en las manifestaciones de violencia en la SS porque si bien pueden ser diferentes a las encontradas en la SR, en muchos casos son similares. Respecto a los factores que inciden en la violencia, alguno de ellos guardan relación con la violencia en un sentido general (por ejemplo en las calles o en el hogar), otros están relacionados con el ambiente o entorno en donde los trabajadores de salud desarrollan sus labores (por ejemplo largas extensiones horarias o ausencia de comodidad adecuada para su labor) y

otros, con aspectos relacionados a tradición o a prácticas culturales. (De Oliveira, L. Grilo D. y Schraiber, B., 2015).

En consecuencia, para poder visualizar mejor las formas de VCM que pueden ocurrir en la atención de la SSyR, lo formularé a través de tres espacios/escenarios de riesgo de violencia.

2.4.1- Espacio/escenario 1: Violencia contra la mujer en la atención ginecológica obstétrica

El primer espacio/escenario se relaciona con la violencia ginecológica obstétrica que ocurre al tiempo de la atención en el embarazo, parto o puerperio, dentro del ámbito del sistema de salud, incluyendo a la violencia institucional por acción u omisión (CDESC, Observación N° 14, 2000, párrafos 20 y 47). Una de las afectaciones más graves en la salud de la mujer y en este espacio, es la morbi - mortalidad materna en el momento del parto por razones tanto de violencia estructural como personal. Esto es más común en países de bajos y medianos ingresos y sus causas pueden ubicarse tanto en la ineficacia de los servicios o en otras motivos, como por ejemplo en los abortos clandestinos. Sin embargo en Uruguay las tasas de mortalidad materna vienen descendiendo y “se alcanzó un indicador de salud y mortalidad materna, que nos coloca como líderes de América Latina y segundo en todo el continente después de Canadá” (Lustemberg Cristina, 2015).

Así entonces que pasaré hacia otras variantes de violencia donde las investigaciones internacionales señalan a la violencia obstétrica como una de las formas más comunes de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Si bien no hay una definición local de violencia obstétrica, se ha señalado que es producto de un “entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género” (Asociación Civil Grupo de Información en Reproducción Elegida - Gire, Capítulo 4, 2012, p. 2). Más adelante en este título, voy a mencionar el concepto de violencia obstétrica de la ley argentina y su conexión con el modelo de parto humanizado, pero ahora y para ilustrar veamos un concepto de violencia institucional contra las mujeres, la que es definida como aquella:

Realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil (Ley 26.485, Argentina 2009, Protección Integral a las mujeres).

Por tanto, la violencia obstétrica presenta dos componentes: uno “físico” que se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico” y otro “psicológico” que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto” (Medina, Graciela, 2009, p. 4). Algunos ejemplos que son citados por la diversa literatura como formas de violencia obstétrica son el rasurado del vello púbico, dar enemas, la rutina de la episiotomía o la inducción al trabajo de parto.

Además de los ejemplos anteriores, hay dos prácticas médicas derivadas de la violencia obstétrica que voy a ver con más detalle y que son: la esterilización forzada y el nacimiento por cesárea cuando no está médicamente indicado. En el caso de la esterilización sin el consentimiento informado de la mujer es una forma de violencia y de violación a sus derechos humanos a la salud, a la no discriminación, a la integridad personal y a la dignidad (Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José. Arts. 1, 4, 5 y 24). En la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) fue considerado un caso de esterilización forzada a una mujer por la “aplicación de una política gubernamental de carácter masivo, compulsivo y sistemático... como método para modificar rápidamente el comportamiento reproductivo de la población, especialmente de mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales” violando el libre consentimiento de la mujer y que además terminó muriendo a causa del procedimiento quirúrgico de esterilización (Caso 12.191: “María Mamérita Mestanza Chavez”, párrafo 9). En otro caso, el CEDM declaró responsable al Estado de Hungría por no haber respetado el derecho a la información de la mujer para otorgar un consentimiento con pleno conocimiento de causa (Comunicación N°4/2004. Decisión del 14/8/2006) “A.S.vs. Hungría”). Ello resultó en una contravención de los Arts. 10 lit. h), 12 y 16.1 e) de la CEDAW. Dentro de las recomendaciones formuladas por el CEDM a Hungría se destaca que el Estado debe de asegurar que el personal de la salud conozca las disposiciones de la CEDAW y los párrafos de las RRGG 19, 21 y 24 relativos a los derechos y salud reproductiva de la mujer. También debe de revisar la legislación nacional relativa al principio del consentimiento con conocimiento de causa

en los casos de esterilización y asegurarse que sea de conformidad con los derechos humanos y normas médicas internacionales. Finalmente Hungría debe de hacer un seguimiento de los centros sanitarios públicos y privados, incluidos los hospitales y las clínicas, en que se practiquen esterilizaciones, para asegurarse de que los pacientes dan su consentimiento con pleno conocimiento de causa antes de que se lleve a cabo la intervención de esterilización, e imponer las debidas sanciones en caso de que no sea así. Para finalizar voy a mencionar otro de los casos, donde se examinó el de una mujer rural portadora de VIH quien alegó que se le practicó una esterilización forzada no consentida (CIDH, Informe No. 52/14, Admisibilidad, Petición 112-09, F.S., Chile, 21 de julio de 2014). Aquí la Comisión “estimó que la alegada ausencia de consentimiento informado obtenido previamente a la práctica del procedimiento de esterilización podría caracterizar una violación al derecho de acceso a la información protegido por el artículo 13.1 de la Convención, aspecto que deberá ser analizado durante la etapa de fondo” (CIDH – “Acceso a la información, violencia contra las mujeres y administración de justicia”, 2015, p. 54 y 55).

Por tanto, para esta primera variante de violencia obstétrica voy a estar analizando al momento de las recomendaciones el modo en que la normativa uruguaya trata la esterilización, el consentimiento informado y el acceso a la información por parte de la mujer así como las consecuencias previstas por el ordenamiento para los casos de incumplimiento.

En cuanto a los nacimientos por cesárea y con respecto a este acto médico, Uruguay presenta aspectos verdaderamente dramáticos dado que la “tasa aceptable de cesáreas del 15%” según la OMS, se excede largamente, llegando en algunas instituciones al 55% y en otras al 70% según es indicado en el estudio “Cesáreas en el Uruguay”.

Las causas que pueden conducir a una tasa tan elevada de cesáreas en Uruguay son analizadas por el estudio citado, y en tal sentido deseo llamar la atención de un párrafo donde se hace mención a los casos en donde las mujeres piden cesáreas *sin* justificación médica, allí el autor dice:

Muchos ginecólogos hablan de presiones por parte de las mujeres embarazadas, pero lo cierto es que cuando se les pregunta a ellas, una cuarta parte de las madres que tuvieron cesáreas informan que habían experimentado presión desde el profesional de la salud para que se le practique una cesárea; no tenemos estudios en ese sentido en nuestro país. (Cóppola, 2015, p.9)

Del párrafo transcrito surgen algunos elementos muy interesantes a ser desatacados: el primer aspecto tiene referencia, según lo menciona el título, con acceder por parte del

médico a realizar una cesárea sin justificación médica y por el solo pedido de la mujer: ¿es adecuado con las reglas de las prácticas médicas hacer una cesárea sin justificación?. El segundo aspecto está mencionado al tiempo que el autor desarrolla esa causal cuando dice que la cuarta parte de las madres que tuvieron cesárea alegan presión del médico para su realización. Por tanto, en un mismo párrafo hay dos posiciones que aparentan ser contradictorias: por un lado habría un pedido de la mujer para una cesárea sin justificación médica, a la cual accede el médico, pero sin embargo y por otro lado, la madre a quien se le practicó una cesárea luego manifestó que fue sometida a presión del profesional para su realización. A modo de reflexión sobre este párrafo que acabo de señalar, me permite valorar la trascendencia y relevancia que adquiere el consentimiento previo e informado de la mujer con acceso a toda la información de forma clara y adecuada. Así como también la importancia de destacar y profundizar en el concepto de parto humanizado como una forma de desestimular las cesáreas injustificadas en tanto constituyen una forma de violencia. Esa conexión entre el modelo de parto humanizado como una barrera de protección para prevenir y erradicar la violencia obstétrica puede verse en la región latinoamericana en la normativa argentina (Ley 26.485 de Argentina, 2009 de Protección Integral a las mujeres, Art. 6):

Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Aquí vemos como la ley argentina al definir a la violencia obstétrica hace un reenvío a la ley denominada de “parto humanizado” (Ley 25.929 de Argentina, 2004, de Parto Humanizado), en donde se establecen los derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto (Art 2). Entre ellos se destacan el derecho a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado durante todo el proceso asistencial teniendo en consideración sus pautas culturales. También es un derecho el parto natural con respeto de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificadas por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

Esto también ha sido expresamente indicado en la literatura relevada en cuanto a que la violencia obstétrica y sus formas derivadas, podrían tener un escudo

protector en el denominado modelo de parto humanizado. Según es citado por la Asociación Civil Grupo de Información en Reproducción Elegida - GIRE, ya en el año 1985 la OMS había sugerido guías para que los Estados adopten con el objetivo de promover una atención en la salud obstétrica basada en evidencia controlando el uso abusivo de la tecnología al momento del nacimiento. La organización mexicana dice:

Entre las prácticas recomendadas destacan, entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir no hacer episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, máximo entre 10 y 15% de los nacimientos. (Capítulo 4, 2012, p. 20)

En el año 1996 se adoptó la Declaración de Fortaleza y se integraron las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, con el objetivo de humanizar el parto, desalentando el uso indiscriminado de tecnologías y el deber de fomentar “una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto” (“Aplicación de las recomendaciones”, p.2), así como por ejemplo la formación del personal de la salud en técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias. Más adelante en el tiempo, en el año 2015, fue también la OMS quien elaboró una posición para prevenir y eliminar la falta de respeto y el abuso durante el embarazo, parto y puerperio denominada “*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*” así como las guías para la conducción del trabajo en el parto donde se establece como un principio guía “la importancia de respetar los derechos de las mujeres y su dignidad como beneficiarias de atención, y la necesidad de mantener altos estándares éticos y de seguridad en la práctica clínica” (“Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo en el parto”, 2015, p. 9). Por lo tanto y ya para finalizar voy a mencionar algunos de los principios, alguno de ellos recogidos también de los documentos mencionados anteriormente, y que conectan con el modelo de parto humanizado. Allí se destaca como uno de sus componentes esenciales el concepto de una atención con calidad en la salud materna que se construye a través de la promoción de prácticas basadas en un sistema de transparencia y rendición de cuentas involucrando a todas las partes interesadas. Para ello los Estados tienen que fomentar la incorporación de la atención respetuosa y el derecho que tienen todas las mujeres a un trato digno a

través de todo el período de embarazo y parto, los que estarán regidos por el respeto a la dignidad humana y por el derecho a la libertad de decidir sobre dónde y con quien estar acompañada al momento de parir. Otro componente esencial es que los Estados deben de desarrollar investigación y evidencia científica, tanto en el sector público como en el privado para relevar, conocer y sistematizar adecuadamente la información sobre los casos de falta de respeto y abuso, y si no contaran con recursos para cumplir con esas investigaciones, deben intentar procurarlos. Estos lineamientos, basados en el derecho a la dignidad y al respeto, constituyen un conjunto de principios normativos de base para convertirse en acciones positivas que deban adoptar los Estados durante todo el proceso de atención la salud sexual y reproductiva.

2.4.2 - Espacio/escenario 2: Violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas.

Ahora voy a pasar a ver el segundo espacio/escenario, el cual está vinculado con la violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas. Tal cómo mencioné al comienzo de esta sección, las formas de violencia en la atención de la salud sexual o reproductiva presentan rasgos comunes y fronteras difusas. Pese a esta dificultad, pueden señalarse aquí los casos de violencia verbal y física que si bien fueron mencionados dentro de la atención obstétrica, en este espacio no obstétrico, pueden vincularse a otras causales. En efecto, son hechos que podrían tener más relación, por ejemplo, con casos de consultas por solicitud de anticoncepción o por ITS y que como consecuencia de una rutina mal aplicada por parte del personal de la salud deriva en esa clase de violencia. También ha sido mencionado dentro de este escenario los casos de violencia sexual, como una forma no usual aunque vigente, identificados en mujeres sometidas a anestesia o también de casos vinculados al acoso sexual en la consulta médica o entre los propios trabajadores de la salud (Pires, A., D'Oliveira, L., Grilo Diniz, S. y Blima Schraiber L, 2002, p. 1681-1683).

2.4.3- Espacio/escenario 3: Atención integral en salud que deben recibir las mujeres en los casos de violencia sexual o reproductiva ocurrido fuera del sistema de salud.

Para el tercer espacio/escenario, se verán los casos relacionados con la atención en salud que deben recibir las mujeres en situaciones de violencia sexual o reproductiva que ocurren fuera del sistema de salud y que demandan las prestaciones

integrales de los servicios de salud que las reciben. Según establece el “Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual” del Ministerio de la Protección Social de Colombia (2011) los ejemplos más frecuentes relacionados con la violencia en la salud sexual o reproductiva ocurridos fuera del sistema de salud pueden agruparse dentro del abuso sexual, el asalto sexual, la explotación y abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Dentro de esos grupos se derivan los casos de prostitución forzada, los matrimonios precoces, los actos violentos contra la integridad sexual; el incesto; la violación; el manoseo; el embarazo o el aborto forzado, el contagio forzado de infecciones de transmisión sexual (ITS) o la desnudez forzada. (2011, p. 22).

En este escenario, es importante observar cual es la respuesta que el sistema de salud ofrece a la mujer para acceder al tratamiento adecuado con todas las garantías y prestaciones disponibles con independencia del horario, ubicación geográfica u orientación sexual. La respuesta de cada mujer o su entorno familiar es diferente y por lo tanto el personal de la salud debe de estar preparado, con conocimiento y disposición para un abordaje adecuado de este tipo de casos para evitar las victimizaciones secundarias. Asimismo ha sido mencionado que de no tener un criterio general sobre los pasos de rutina que debe de seguir el personal de salud podrían no ser identificados casos en que la mujer no exprese espontáneamente la causa de la violencia. Según expresa el Manual referido, “es generalmente una de las experiencias más retadoras para el personal de salud, debido a que no solo requiere de éste conocimientos técnicos específicos en el abordaje clínico del caso, sino también del despliegue de habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería y sobre todo ética, sensibilidad y solidaridad” (2011, p. 15).

Por lo tanto, contar con un protocolo o manual de actuación para el personal de la salud colabora en que por una parte la “víctima de violencia sexual” va a recibir una atención integral de calidad, libre de violencia, “que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad y que le ayude en su recuperación física y emocional” y por otra parte, colabora en la coordinación del trabajo sectorial e intersectorial” (2011, p. 15).

Conectado con esto es que se han indicado como algunas de las manifestaciones de VCM en la atención de su SSyR los casos de la negligencia en la atención médica, tanto porque no se le ofrecen cuando llega al sistema de salud todas las prestaciones que le corresponden por derecho o porque no le son indicados tratamientos justificados médicamente como forma de humillación, por ejemplo, negándole calmantes que

médicamente pueden corresponderle, o cuando se producen amenazas o gritos debido a la situación por la cual la mujer llega a pedir atención médica.

Según el reporte de la OMS denominado “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”, los casos de violencia sexual o reproductiva ocurridos fuera del sistema de salud son provocados en su mayoría por la pareja (violencia conyugal) o por otra persona distinta de la pareja (violencia no conyugal). En estos casos, según indica, se debe de garantizar la disponibilidad de servicios integrales de salud a una escala mucho mayor a la que es ofrecida actualmente (2013, p. 2).

Título 2.5- Marco institucional uruguayo relacionado con la violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Uruguay implementó en el año 2007 un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo específico de reglamentar el derecho a la protección de la salud “que tienen todos los habitantes residentes en el país”, siendo sus disposiciones de orden público e interés social. Por esta ley, se establecen las modalidades para el acceso a los servicios integrales de salud (Ley N° 18.211, 2007, Art. 1). Por lo tanto a continuación y de una forma resumida ofreceré un panorama del marco institucional del sistema de salud, en aquello que esté relacionado directamente con el tema de estudio.

Los servicios de salud de SSyR dentro del SNIS son ofrecidos por los denominados prestadores o efectores de salud, que son aquellas instituciones médicas, tanto del sub sector público como del sub sector privado, autorizadas y controladas por el MSP. La autoridad general de vigilancia y aplicación corresponderá por tanto al MSP, el cual por su ley orgánica (Ley 9.202, 1934) ya ejercía la policía sanitaria del país.

Es creado el Fondo Nacional de la Salud (FONASA) que administrará los recursos financieros que recibe de los aportes de trabajadores públicos, privados y del Estado, y que sirven para financiar el Seguro Nacional de Salud (SNS).

Los prestadores o efectores de salud financian sus servicios médicos a través del dinero que reciben del FONASA previa autorización de la Junta Nacional de Salud (JUNASA). La JUNASA es un organismo desconcentrado del MSP, que fue creado con la finalidad de administrar el SNIS.

Ese dinero que reciben los prestadores o efectores de salud, se establece en base a la cantidad de afiliados que tengan en su institución. Es decir, que por cada afiliado que tenga la institución médica en su registro, va a estar recibiendo una suma de dinero (cápita por afiliado) la cual se fija en función de parámetros tales como la edad o sexo del afiliado (Ley 18.211, 2007 y Ley 18.131, 2007, Art. 7).

Pero adicionalmente, los prestadores o efectores de salud van a recibir del FONASA una suma extra de dinero en el caso que alcancen las metas prestacionales (también denominadas metas asistenciales) de salud, de acuerdo con un compromiso de gestión que firman con la JUNASA quien además verifica el logro de la meta. Las metas prestacionales de salud son elaboradas por la JUNASA, y constituyen una herramienta de gestión que permite a través de incentivos económicos promover las buenas prácticas, dado que el prestador o efector de salud se verá motivado en alcanzar su cumplimiento para recibir una suma de dinero extra por sobre la cuota base que recibe por cada afiliado. Tanto las metas prestacionales como los compromisos de gestión son aprobados por decreto del Poder Ejecutivo, según lo autoriza la ley.

Con relación al tema objeto de la tesis, está vigente la Meta Prestacional N° 1 que se denomina “Metas del niño, niña y mujer”. Tiene dentro de sus objetivos el promover la salud de los niños, niñas y de la mujer profundizando los controles de salud, el estímulo de los sistemas de información clínicos y la pesquisa de los factores de riesgo de la población usuaria. En esa pesquisa, se ha señalado como uno de los factores de riesgo a ser controlados los relacionados con la violencia doméstica. Por lo tanto, quiere decir entonces, que si el prestador o efector de salud alcanza la Meta Prestacional N° 1, que incluye a la pesquisa de la violencia doméstica, estará recibiendo una suma de dinero extra como acabamos de ver.

Vamos a ver el caso con el siguiente ejemplo: para comprobar si de acuerdo con los instructivos se cumplió con el indicador relativo a la “pesquisa de violencia doméstica” correspondiente a la Meta Prestacional N° 1, el propio prestador selecciona una muestra de historias clínicas (ver el formulario en la siguiente hoja) y ellas serán auditadas por la autoridad para verificar su cumplimiento⁶:

6 Junto con las metas prestacionales o asistenciales, son elaborados “Instructivos” por el Equipo de Metas Asistenciales y Departamento Control de Prestadores Ministerio de Salud Pública para ofrecer los procedimientos para alcanzar la meta para la cual se establecen los indicadores de cumplimiento y establecer la forma de evaluación de los datos.

Meta 1 –Instructivo de Auditoría, Julio 2013 – Junio 2014⁷

Se seleccionará una muestra de Historias Clínicas de los listados enviados por la institución. El auditor basará la fiscalización del presente indicador en las siguientes pautas: Forma de registro: Historia Clínica. Deberá constar la realización de Pesquisa de Violencia Doméstica, con fecha, firma y aclaración de firma. Se validará también la constancia de realización de Pesquisa de la Hoja SIA o de la HCPB. El objetivo del presente indicador es continuar con la indagación de existencia de violencia doméstica como procedimiento de rutina en la práctica médica y de todos los profesionales de la salud en los diferentes ámbitos asistenciales.

Antes de finalizar, lo que me interesa destacar aquí y a modo de adelanto ya que este punto será analizado al final de la tesis en el capítulo de las recomendaciones, es que entendiendo la salud de la mujer con un sentido integral, podría tener relevancia el establecer dentro de esta Meta Prestacional N° 1, otros indicadores vinculados a manifestaciones de violencia no doméstica, como pueden ser los casos de VCM en la atención de la SSyR. De este modo se podría tener como contrapartida un mayor control y mejor prestación de servicios integrales de salud para esos casos.

⁷ Instructivo disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Instructivo_Meta_1_-_2013-2014.pdf

Meta Prestacional N° 1 “Niño, niña y mujer” – Historia Clínica: Formulario para la “detección de situaciones de violencia hacia la mujer en la Consulta Clínica”

Área de Violencia de Género - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género DIGESA – MSP

Detección de Situaciones de Violencia hacia la Mujer en la Consulta Clínica Introducción para el Personal de la Salud

Responsabilidades del sector salud en la atención a la VD (VD).

Incluir la violencia como un problema de salud pública. Facilitar su explicitación en la consulta. Evaluar su impacto en la salud. Promover formas de relación no violentas. Interactuar con otros sectores en la planificación e instrumentación de estrategias de abordaje integral.

Responsabilidades de las instituciones prestatarias de servicios.

Definir los roles y funciones adecuados para la atención a la VD. Capacitar al personal implicado. Asegurar el suministro de los insumos necesarios. Coordinar con los sectores relacionados.

Orientación para los Operadores - Para Leer antes de aplicar el cuestionario

¿Por qué preguntar?

La experiencia indica que muchas mujeres están dispuestas a hablar de la violencia que viven, pero se sienten inhibidas. Es necesario que el personal de salud formule las preguntas adecuadas. La aplicación de políticas y de protocolos sobre la VD facilita la identificación del problema.

¿Para qué un cuestionario?

La inclusión de un cuestionario estandarizado mejora la visibilidad del problema, facilita la detección de los casos particulares y es bien recibido por las usuarias.

¿Quiénes deben preguntar?

Todos los profesionales de la salud, (médic@s, enfermer@s, asistentes sociales, psicolog@s, parte@s) pueden integrar a su tarea habitual la encuesta sobre VD, según la planificación de cada institución. Los médicos deben integrar la estrategia de detección a la evaluación clínica.

¿A quienes preguntar?

A todas las mujeres, seleccionando el momento oportuno.

¿Cuándo preguntar?

- En el contexto de la evaluación de rutina, como un componente más de la salud de la mujer.
- Frente a la sospecha de existencia de maltrato.
- En las primeras consultas.
- En el caso de mujeres en atención por períodos prolongados, se debe reiterar la exploración cuando haya elementos que hagan sospechar la presencia del problema.

Se registrará la fecha de aplicación del cuestionario para evitar reiteraciones innecesarias.

¿Cómo plantear el problema?

Algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otros aproximaciones indirectas.

Se recomienda: a) introducir el tema mencionando que es de rutina preguntar acerca de las relaciones familiares y si existen situaciones de maltrato, por su alta frecuencia y su repercusión en la salud. b) preguntar en el marco de la indagación sobre condiciones generales de vida.

¿Cómo emplear el cuestionario?

Es una herramienta que debe ser adaptada a la modalidad del técnico y de la consultante. Es importante elegir el momento oportuno, aplicar el cuestionario de modo que el técnico se sienta cómodo, con cuidado de que su actitud y lenguaje corporal sean coherentes con los objetivos, y adecuar la aplicación a las características étnicas y culturales de la consultante.

¿Qué hacer frente a una respuesta afirmativa?

La primera respuesta incluye 4 componentes.

- Una escucha respetuosa y cálida, que habilite que el problema sea analizado con naturalidad.
- Devolver a la mujer una explicación sobre como la situación de violencia afecta su salud.
- Resaltar y afirmar sus recursos personales y sus derechos.
- Informar sobre recursos disponibles y eventualmente derivar.

Resultados esperados

Estas acciones no siempre producen resultados inmediatos, pero alivian el malestar, constituyen una respuesta inmediata al sufrimiento y pueden ser el inicio de un proceso hacia una mejor calidad de vida de esa persona.

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA

INSTITUCIÓN	Motivo de atención: _____						
TIPO ATENCIÓN	Antecedentes Médicos (marque con una cruz si o no en opción)						
SERVICIO	Tabaquismo	Abuso drogas	IAE	Ansios/fobias	Diabetes	HTA	
TÉCNICO PROFESIÓN	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	
FECHA							

REGISTRO HABITUAL EN LA HISTORIA CLINICA:

- NO REGISTRAR EN LA ZONA SOMBRREADA SALVO EN LAS ENCUESTAS
- EN LA PRIMER HOJA DE LA HISTORIA CLINICA. EN EL SELLO DE FECHA DE REALIZADO
- LAS RESPUESTAS POSITIVAS EMPLEANDO LOS CÓDIGOS DE LA CIE-10. JUNTO A LOS HALLAZGOS CLINICOS EN EL REGISTRO CORRESPONDIENTES A LA CONSULTA

CUESTIONARIO BREVE : INTRODUCCIÓN

El maltrato y la violencia son situaciones muy comunes en la vida de las mujeres, esto tiene distintas consecuencias. Como algunas de ellas pueden afectar el estado de salud, hemos comenzado a hacer estas preguntas durante la consulta médica general. Puede no responder si así lo prefiere, sin que esto altere la relación con su médica o médico.

1) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida?

(Por ej: por medio de alguna de las siguientes situaciones: insultos, maltrato a sus hijos, hacerla sentir avergonzada o humillada, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas, daño a mascotas, rechazo o desprecio, aislamiento de amigos o parientes, otras.)

¿Sucede actualmente?

Edad	<input type="checkbox"/>	marque <i>o</i> cruz <i>si</i> o <i>no</i> en opción	SI	NO
¿Tiene cónyuge o pareja?	<input type="checkbox"/>			
¿Conviven?	<input type="checkbox"/>			
N° Hijos	<input type="checkbox"/>	¿Tiene trabajo remunerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado civil	<input type="checkbox"/>	¿Cómo se definiría del punto de vista religioso? (no las opciones)	<input type="checkbox"/>
Divorciada/a	1	Católico	1
Casada/a	2	Cristiano no católico	2
Viuda/a	3	Judío	3
Soltera/a	4	Umbandista, otro afroamericano	4
¿Tipo de Unión?	<input type="checkbox"/>	Creyente en Dios sin confesión	5
Casamiento	1	Ateo o agnóstico	6
Unión libre	2	Otros	7

¿Cree tener ascendencia ? (marque <i>o</i> cruz <i>si</i> o <i>no</i> en opción)	<input type="checkbox"/>					
Afro o negra	Amarilla	Bianca	Indígena	Otro	No sabe	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI

SI	NO	NO DESEA CONTESTAR	¿Quién/es lo hizo?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niña Adolescente Juven Adulta Mayor 65a Embarazo/ postparto				
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

SI	NO	NO DESEA CONTESTAR	¿Quién/es lo hizo?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niña Adolescente Juven Adulta Mayor 65a Embarazo/ postparto				
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

SI	NO	NO DESEA CONTESTAR	¿Quién/es lo hizo?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niña Adolescente Juven Adulta Mayor 65a Embarazo/ postparto				
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

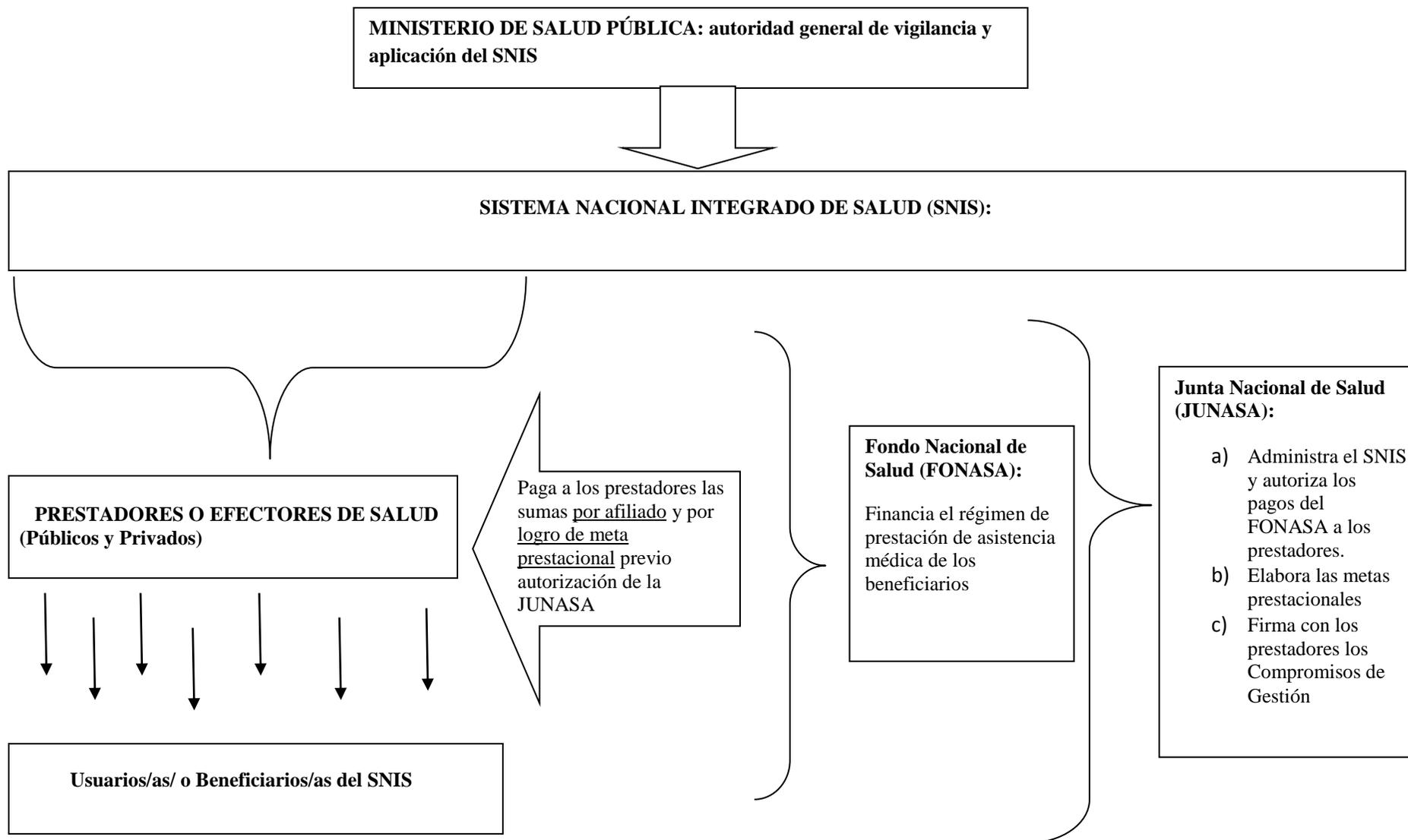
SI	NO	NO SABE	NO DESEA CONTESTAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA

Esquema básico del funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)



Título 2.6- Catastro de la normativa uruguaya relevante sobre derecho a la salud y de violencia contra la mujer en la atención de salud sexual y reproductiva.

❖ **Constitución de la República**

En los Arts. 7⁸, 72 y 332, se reconocen en forma general los derechos fundamentales de los habitantes, en particular el derecho a la vida así como los derechos, deberes y garantías inherentes a la personalidad humana o que se derivan de la forma republicana de gobierno. En tanto en el Art. 44 se establece el deber del Estado de legislar en cuestiones de salud e higiene públicas

- ❖ **Ley 17.386 del 30/08/2001, “Derecho de la mujer a estar acompañada en trabajo de parto y el momento del nacimiento”.** Por esta ley se estableció el derecho de toda mujer a estar acompañada en esos momentos por una persona de su confianza o según su libre elección por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Las instituciones de salud deben informarle de ese derecho a la mujer embarazada y estimulará esa práctica.

Decreto Reglamentario 67/2006 del 6/3/2006. La importancia de este decreto reglamentario radica en que se estableció que las instituciones de salud pública y privada dispongan de mecanismos que permitan a las mujeres usuarias, con suficiente antelación y en los diversos niveles de atención en salud, durante el transcurso del embarazo, el ejercicio efectivo del derecho a ser acompañadas durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento. Se establecen medidas para asegurar el cumplimiento, en tanto la omisión a cumplirlo, generará acciones por parte de las oficinas competentes del MSP. La Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, será quien reciba las denuncias ante el incumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto.

- ❖ **Ley N° 18.211 del 13/12/2007, se crea el “Sistema Nacional Integrado de Salud”.** La importancia de esta Ley es el reconocimiento de la protección de la salud como un

8 Art. 7: Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general.

Art. 44: El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Art. 72: La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno.

Art. 332: Los preceptos de la presente Constitución que reconocen derechos a los individuos, así como los que atribuyen facultades e imponen deberes a las autoridades públicas, no dejarán de aplicarse por falta de la reglamentación respectiva, sino que ésta será suplida, recurriendo a los fundamentos de leyes análogas, a los principios generales de derecho y a las doctrinas generalmente admitidas.

derecho de todos los habitantes residentes en el país y las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Tiene como uno de sus principios rectores la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios, así como el derecho a la decisión informada sobre su situación de salud.

Decreto reglamentario N° 2/008 del 11/01/2008. Según el cual entre otros detalles se establecen características de funcionamiento del SNIS, del FONASA y del SNS.

- ❖ **Ley N° 18.331 del 18/08/2008, “Protección de datos personales y hábeas data”.** Se establece que la protección de datos personales es inherente a la persona humana, está comprendido en el artículo 72 de la Constitución de la República y es un derecho humano.

Se le califica como dato sensible a aquellos datos personales que revelen origen racial y étnico, preferencias políticas, convicciones religiosas o morales, afiliación sindical e informaciones referentes a la salud o a la vida sexual.

Decreto reglamentario 414/2009 del 15/9/2009. Los datos que refieren con informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de una persona así como los referidos a su porcentaje de discapacidad o a su información genética se consideran datos relacionados con la salud y por lo tanto son datos personales protegidos.

- ❖ **Ley N° 18.335 del 15/08/2008, “Derechos y Obligaciones de los Usuarios y Pacientes de los Servicios de Salud”.** Se establece el consentimiento informado del paciente como todo procedimiento de atención médica que será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. También se establece el derecho de todo paciente a un trato respetuoso y digno, incluyéndose el derecho a que no le sean practicadas actos médicos contrarios a su integridad física o mental o que estén dirigidos a violar sus derechos como persona humana.

Decreto reglamentario 274/010 del 16/09/10. Se regula el procedimiento y el otorgamiento del consentimiento informado como un derecho del paciente y su obtención como un deber del profesional de la salud.

❖ **18.426 del 01/12/008 de “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”.**

La trascendencia de esta ley radica en que se crean servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Se establecen objetivos generales y específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Entre los primeros están aquellos lineamientos vinculados a universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, garantizar la confidencialidad de las prestaciones o el de asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. Entre los objetivos específicos de las políticas y programas de salud se puede destacar que se establece el consentimiento informado de la mujer y del hombre para algunas prácticas tales como la ligadura tubaria y la vasectomía respectivamente. También existe la promoción de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Se tiene como objetivo el fortalecimiento de las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias. Otro objetivo es la promoción de la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla. Hay que brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas. También se establece que debe procederse al dictado de normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital. Se tiene que ofrecer atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514, que es la ley de violencia doméstica y dentro del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual. Se tiene que detectar la

incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución y protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual. También se establece la universalidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular que formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población creándose servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

Decreto reglamentario 293/010 del 7/10/2010. Por este decreto se establece el abordaje de los servicios de salud sexual y reproductiva que formarán parte de los programas integrales de salud y que tienen que asegurar el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del SNIS que será amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna. Las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con énfasis en la disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas. En tanto las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos, observando al efecto lo dispuesto por la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, su reglamentación y demás normas aplicables. En cuanto a las mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal se promoverá la captación precoz. Se crearán condiciones para la humanización del parto institucional con información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas. Se trabajará para prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica. Respecto a la planificación y contenido de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención quedará en manos del Ministerio de Salud Pública.

- ❖ **Ley 18.987 del 30/10/2012 de Interrupción voluntaria del Embarazo.** Se establece como principio general que el Estado garantizará el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N° 18.426 que sobre defensa de la salud sexual y reproductiva. En tanto queda aclarado que la interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos. Se establece un procedimiento para proceder a la interrupción del embarazo el cual determina que a partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, la mujer dispondrá de un período de reflexión mínimo de cinco días, transcurrido el cual, si la mujer ratificara su voluntad de interrumpir su embarazo ante el médico ginecólogo tratante, se coordinará de inmediato el procedimiento, que en atención a la evidencia científica disponible, se oriente a la disminución de riesgos y daños. La ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, e incorporada a su historia clínica. Se establecen los deberes de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud a promover la formación permanente del equipo profesional interdisciplinario especializado en salud sexual y reproductiva para dar contención y apoyo a la decisión de la mujer respecto a la interrupción de su embarazo.

Decreto reglamentario 375/12 del 29/11/2012. Se indica el consentimiento informado como un requisito previo a toda decisión de acuerdo a lo establecido en el decreto 274/010. El consentimiento informado que prestará la paciente en marco de la aplicación de la Ley 18.987 será un consentimiento específico en el que se detallará la información recibida, el asesoramiento brindado, los derechos que le otorga la ley y las obligaciones que contrae así como los riesgos y beneficios de los procedimientos para llevar adelante la interrupción del embarazo. Además se establece el respeto a la autonomía de la voluntad de la mujer para lo cual se deberá promover el ejercicio de la misma de tal manera que la mujer pueda tomar decisiones personales libres, conscientes e informadas en todo proceso de atención.

- ❖ **Instructivo del 27/06/2013 del Equipo de Metas Asistenciales Departamento Control de Prestadores MSP:** El presente Instructivo es importante porque establece las pautas que deben seguir los prestadores públicos y privados del sistema nacional integrado de salud a los efectos de alcanzar el cumplimiento de la Meta Prestacional

Nº1 que se llama “*Metas del niño, niña y mujer*”. Fue elaborado para la detección de la violencia a nivel de la Salud, dirigido al personal de la Salud, por el Área de Violencia de Género – Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género- Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública.

Se establece que las embarazadas deben ser correctamente controladas de acuerdo a la normatización existente para minimizar las complicaciones del parto y del recién nacido. El concepto correctamente controlado incluye para este indicador tanto los controles obstétricos como el control odontológico.

Capítulo 3

Objetivo general y objetivos específicos

Título 3.1 - Objetivo general

Analizar la normativa jurídica uruguaya seleccionada sobre VCM en la atención de la SSyR aplicando el enfoque de DDHH junto con la teoría de género para formular recomendaciones.

Título 3.2 - Objetivos específicos

1. Identificar dentro la normativa uruguaya general aquella más relevante de acuerdo a su vinculación con la VCM en la atención de la SSyR con la finalidad de valorar su coherencia regulatoria y conceptual así como las lagunas normativas.
2. Valorar la congruencia de la normativa uruguaya seleccionada en función de los estándares normativos internacionales de DDHH sobre VCM en la atención de la SSyR y los indicadores de resultado seleccionados.
3. Indicar medidas para que la normativa sobre VCM en la atención de la SSyR se beneficie por la incorporación adecuada del enfoque de DDHH y de la perspectiva de género.

Capítulo 4

Hipótesis

El derecho positivo uruguayo sobre VCM en la atención de la SSyR no incorpora adecuadamente el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género.

Capítulo 5

Pregunta general y preguntas específicas

Título 5.1- Pregunta general

¿Cómo es incorporado el enfoque de DDHH y la perspectiva de género en el derecho positivo uruguayo sobre VCM en la atención de la SSyR?

Título 5.2 - Preguntas específicas

1. ¿Qué nivel de cumplimiento muestra la normativa jurídica uruguaya seleccionada con los estándares de DDHH sobre VCM en la atención de SSyR?
2. ¿Cuáles son los principales indicadores de resultado para poder valorar la incorporación adecuada del enfoque de DDHH en la normativa jurídica uruguaya seleccionada sobre VCM en la atención de la SSyR?
3. ¿Ha sido incorporado adecuadamente el enfoque de DDHH y la perspectiva de género en la normativa jurídica uruguaya seleccionada sobre VCM en la atención de la SSyR?
4. ¿Cuál es la coherencia regulatoria y conceptual de la normativa jurídica uruguaya seleccionada respecto de las acepciones y manifestaciones más relevantes de VCM en la atención de la SSyR?

Capítulo 6

Plan de trabajo y metodología

La metodología se conducirá por un criterio analítico – descriptivo justificando su elección en que el problema bajo investigación consiste en analizar la normativa uruguaya sobre VCM en la atención de la SSyR guiado por un enfoque de DDHH y con base en la teoría de género. Dentro de ese marco, las unidades de observación serán las normas jurídicas más relevantes, nacionales e internacionales, relacionadas con la VCM en la atención de la SSyR. Entonces y debido a que el objetivo general de la investigación es la de aplicar enfoques específicos a una normativa en particular para formular recomendaciones, toda la información relevada será interpretada siguiendo un criterio cualitativo.

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas se cumplirá con el siguiente plan de trabajo y las siguientes actividades:

- 1- Identificar dentro del catastro normativo uruguayo sobre derecho a la salud cual es la normativa uruguaya relevante por su relación con la VCM en la atención de SSyR. Dentro de esos cuerpos legales y reglamentarios, identificar específicamente qué normas son pertinentes al tema de VCM en la atención de SSyR.
- 2- Identificar la legislación internacional de DDHH relacionados con la VCM en la atención de la SSyR, incluida la perspectiva de género. Para esto serán considerados los siguientes textos:
 - a- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Convención (CEDAW);
 - b- Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 22/11/1969, Pacto de San José), ratificado en Uruguay por la Ley 15.737 del 8/3/1985 y su Protocolo Adicional (OEA, Protocolo de San Salvador), ratificado en Uruguay por Ley 16.519 del 22/7/1994
 - c- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

- d- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belem do Pará”;
 - e- Convención de los Derechos del Niño (CDN);
 - f- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;
 - g- Declaración de Beijing, 1995;
 - h- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC);
 - i- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 16/12/1966), ratificado en Uruguay por la Ley 13.751 del 11/7/1969;
 - j- Recomendaciones y Observaciones Generales formuladas por los órganos de supervisión de los Tratados, en especial las siguientes: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDM), R G N° 19 “Violencia contra la mujer” y N° 24 “La mujer y la Salud”. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), Observación N° 14. Comité de los Derechos del Niño, Observación N° 4. Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, RG N° 29 relativa a la discriminación basada en ascendencia, N° 30 sobre la discriminación contra los no ciudadanos y N° 34 sobre discriminación racial contra afrodescendientes y la Observación General N° 1 (2014) sobre el Art. N° 12: igual reconocimiento como persona ante la ley del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
 - k- Recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud en esta materia.
 - l- En forma no exhaustiva, también se harán alusiones a recomendaciones de otros órganos de DDHH, cuando corresponda.
- 3- A partir de la legislación internacional seleccionada construir estándares de DDHH sobre VCM en la SSyR;

- 4- Determinar indicadores de resultado dentro de cada estándar y crear tres espacios/escenarios de riesgo para situaciones de VCM en la atención de la SSyR.
- 5- Cotejar la normativa uruguaya seleccionada con los indicadores de resultado elegidos en cada uno de los escenarios;
- 6- Interpretar en qué medida la normativa uruguaya seleccionadas incorpora adecuadamente los estándares de DDHH internacionales;
- 7- Formular recomendaciones para que el Estado pueda cumplir adecuadamente con estos estándares.

Capítulo 7

Estándares de derechos humanos referidos a la violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.

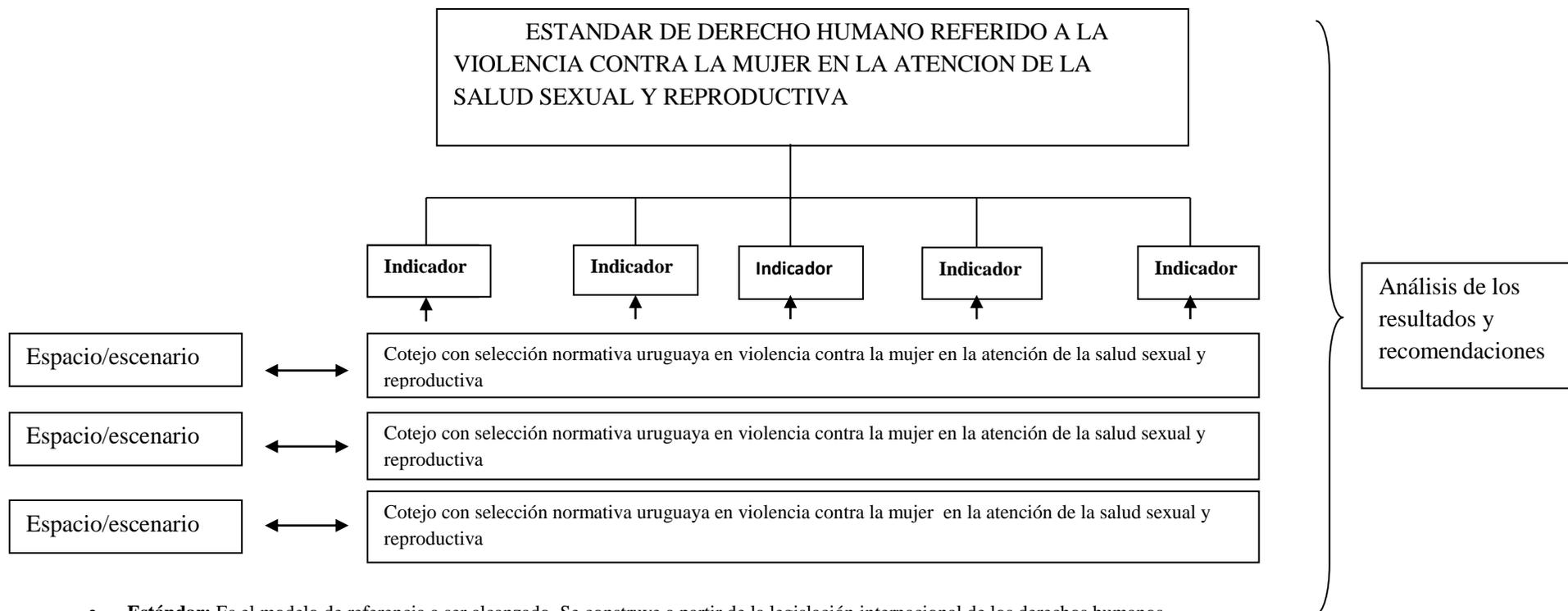
En el presente capítulo elaboré dos estándares de DDHH referidos a la VCM en la atención de la SSyR⁹ que representan el modelo de referencia a ser alcanzado por la legislación. Y también identifiqué once indicadores de resultado que conectan a la normativa uruguaya seleccionada con los estándares. La construcción de estándares y la identificación de los indicadores la hice basándome en la legislación internacional de los DDHH mencionada en el Capítulo 6 “Plan de trabajo y metodología” y ampliaré sus fundamentos en las secciones respectivas a continuación.

Del catastro normativo amplio indicado en el Título 2.6, voy a tomar una selección normativa específica porque es la que he considerado más relevante y con mayor relación directa con el tema a estudio. Esta muestra será utilizada para el cotejo con los indicadores y está conformada por la Ley 18.211 de creación del SNIS, la Ley 18.426 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva con su decreto reglamentario 293/10, la Ley 18.897 de interrupción voluntaria del embarazo y su decreto reglamentario 375/12, la Ley 18.335 de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud con su decreto reglamentario 274/10, la Guía del MSP para el Abordaje a la violencia doméstica en los servicios de salud y la Guía en Salud Sexual y reproductiva, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Capítulo Diversidad Sexual del Ministerio de Salud Pública.

El cotejo de la selección normativa uruguaya con los indicadores se hace dentro de tres espacios/escenarios que fueron desarrollados en el Título 2.4 denominado “Manifestaciones o formas de violencia que han sido identificadas en la atención de la salud sexual y reproductiva”.

⁹ Considerar aquí las definiciones ofrecidas sobre “salud sexual” y de “salud reproductiva” en el Capítulo denominado “Alcance de los términos y conceptos más relevantes”

Mapa conceptual para cotejar la normativa uruguaya con los estándares de derechos humanos



- **Estándar:** Es el modelo de referencia a ser alcanzado. Se construye a partir de la legislación internacional de los derechos humanos.
- **Indicadores:** A partir del estándar se derivan indicadores de resultado. Ellos servirán para evaluar el grado de avance actual y adecuación de la normativa para alcanzar el estándar.
- **Espacio o escenario:** Son áreas de riesgo para situaciones de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva
- **Selección normativa uruguaya:** Son las principales leyes, reglamentos y otras disposiciones conectadas con el tema a estudio que será cotejada entre el espacio/escenario y los indicadores
- **Análisis de los resultados y recomendaciones:** Al finalizar el ejercicio se analizarán los resultados y se formularán recomendaciones.

Título 7.1- Construcción de los estándares de derechos humanos y de los indicadores de resultado para el cotejo normativo

A continuación se verán las fuentes específicas que utilicé para la construcción de los estándares de DDHH y la identificación de los indicadores de resultado para entonces a continuación ofrecer las tablas con los cotejos correspondientes. Pero antes de eso, corresponde mencionar brevemente que cierta legislación internacional de DDHH es aplicable de modo general porque se conecta de un modo transversal con el concepto amplio de protección del derecho a la salud. Puedo ilustrar esto por ejemplo con la Observación N° 14 sobre el Art. 12 del PIDESC: cuando el Comité refiere a que es una obligación de los Estados *proteger* el derecho a la salud, esa obligación de protección deriva en una obligación positiva de hacer e impedir que terceros interfieran en el goce de ese derecho. Por tanto, proteger y garantizar el ejercicio del derecho a la salud es un concepto de alcance general. También para el caso de los factores que aumentan el riesgo de afectar el derecho a la salud se menciona en esta Observación a las determinantes de salud y a las diferencias basadas en el género (párrafos 10 y 16). Y otro caso está dado cuando en el Art. 2 de la CEDAW y la RG N° 24 (párrafos 6 y 18) del CDEM respecto del concepto de discriminación interseccional con el grupo de mujeres marginadas por su identidad, tales como niñas adolescentes, madres solteras, lesbianas, prostitutas, ancianas, indígenas, raza, rurales, migrantes o refugiadas.

Dicho esto, voy a pasar al detalle específico de cada uno de los estándares y de sus indicadores de resultado derivados:

Título 7.2 – Estándar 1

ESTANDAR 1

Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud en casos de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual o reproductiva.

INDICADORES DE RESULTADO

- ✓ Accesibilidad horaria, geográfica y financiera.
 - ✓ Accesibilidad fácil para niñas y adolescentes
-

-
- ✓ Accesibilidad a mujeres sin importar su orientación, identidad o diversidad sexual, raza, etnia, madres solteras, lesbianas, prostitutas, ancianas o embarazada
 - ✓ Accesibilidad para mujeres con discapacidad física o mental a servicios de variedad y calidad.
 - ✓ Accesibilidad para mujeres rurales, emigrantes, indígenas, desplazadas internas, de zonas no urbanas o de situación socio económica desfavorable
 - ✓ Accesibilidad a la información para niñas, adolescentes, mujeres con discapacidad física o mental y mujeres en general.
 - ✓ Existencia de un mecanismo de supervisión que garantice igualdad de acceso.
-

En un sentido amplio, el concepto de “garantizar el acceso a los servicios integrales de salud” puede afirmarse que responde a la obligación del Estado de garantizar un “acceso oportuno y asequible” como menciona la RG 24 del CDEM. En efecto, el párrafo 21 de la RG N° 24 de ese Comité, menciona los obstáculos principales con los que tropieza una mujer para acceder a las prestaciones del sistema de salud y que para removerlos es que los Estados deben adoptar medidas. A modo de ejemplo son mencionados “los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible”. En la misma RG se dice en el párrafo 6 que el estado de salud puede variar entre las propias mujeres y por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los “derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental”. Entre tanto en el párrafo 29 se menciona que los prestadores de salud deben cumplir con la obligación de “respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica”. El párrafo 31 literal d) pide la supervisión de la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención, es un aspecto relevante para tener transparencia y mejores controles.

El asegurar y garantizar a la mujer el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario son citadas también en los Arts. 12.1 y .2 así como en el 14.2 de

la CEDAW. Asimismo es mencionado que las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer y a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer podría ser considerado discriminatorio. La RG N° 19 del CDEM en el párrafo 24 pide especialmente a los Estados que se garantice que los servicios para víctimas de la violencia sean asequibles en las zonas rurales para las mujeres y que, de ser necesario, se presten servicios especiales a las comunidades aisladas. También avanza en ese sentido la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en el Art. 15 párrafo 2 que si bien se relaciona con la “capacidad jurídica” el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad, lo asimila para los casos en donde las mujeres con discapacidad deben dar su consentimiento para la adopción de decisiones relativa a su salud reproductiva (OG 12, párrafo 31). También puede señalarse el Art. 25 lit c) cuando establece la necesidad de tener prestaciones en salud accesibles en general pero en cuanto a la atención de salud sexual y reproductiva indica en el mismo artículo literal a), que se deberán proporcionar programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles con variedad y calidad. Por otro lado hace énfasis en su Art. 16 cuando pide especial regulación (administrativa o legislativa) para los casos de violencia “en los aspectos relacionados con el género”.

Por la “Convención Belem do Pará”, Art. 9, se indica que para asegurar la accesibilidad a los tratamientos médicos en la atención de la salud sexual y reproductiva y sin discriminación, se adoptarán todas las medidas necesarias cuando exista una situación de vulnerabilidad a la violencia en mujeres en función de factores biológicos o sociales tales como de orientación, identidad o diversidad sexual, raza, etnia, menor de edad, madres solteras, lesbianas, prostitutas, ancianas, embarazo, comunidades aisladas o situación económica desfavorable o asimismo por ubicación geográfica como por ejemplo, las zonas rurales.

También en la RG N° 34 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial se dice que se debe de “asegurar la igualdad de acceso de los afrodescendientes a la atención de la salud y los servicios de seguridad social” (párrafo 55) y que “hacer que los afrodescendientes participen en la concepción y aplicación de programas y proyectos de salud” (párrafo 56).

En la Convención para los Derechos del Niño, en particular la OG N° 4 referida al niño y salud en sus párrafos 40 y 41 se enfatiza en que se debe de garantizar para niñas y adolescentes, la disposición de servicios de salud de fácil acceso en especial con servicios adecuados en la salud sexual y reproductiva.

Ello se ve aún más claro en la Observación N° 14 sobre el Art. 12 del PIDESC en el párrafo 12 b) donde se indica que los Estados deben tener servicios de salud accesibles. Este concepto se compone de cuatro niveles superpuestos:

- 1- no discriminación,
- 2- accesibilidad física,
- 3- accesibilidad económica (asequibilidad) y
- 4- acceso a la información.

Las determinantes sociales también son detalladas en cuanto se consideran factores socioeconómicos que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. A modo de ejemplo pueden ser casos relacionados con las ITS, así como casos de HIV, de abortos forzados, anticoncepción o esterilización forzada, violaciones y otras.

ESTANDAR 1

Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud en casos de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual o reproductiva.

Espacio/escenario: violencia contra la mujer en la atención ginecológica obstétrica

NORMATIVA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	Accesibilidad horaria, geográfica y financiera.	Accesibilidad fácil para niñas y adolescentes	Accesibilidad a mujeres sin importar su orientación, identidad o diversidad sexual, raza, etnia, madres solteras, lesbianas, prostitutas, ancianas o embarazada	Accesibilidad para mujeres con discapacidad física o mental a servicios de variedad y calidad.	Accesibilidad para mujeres rurales, emigrantes, indígenas, desplazadas internas, de zonas no urbanas o de situación socio económica desfavorable	Accesibilidad a la información para niñas, adolescentes, mujeres con discapacidad física o mental y mujeres en general.	Existencia de un mecanismo de supervisión que garantice igualdad de acceso.
Ley 18.211 de creación del	* Arts. 2, 4d, 8, 45 - Principio de universalidad. - Asegurar el acceso a	* - Principio de universalidad. - Asegurar el acceso a servicios integrales de	* - Principio de universalidad. - Asegurar el acceso a servicios integrales de	* - Principio de universalidad. - Asegurar el acceso a servicios integrales de	* - Principio de universalidad. - Asegurar el acceso a servicios integrales de	* Arts, 3g, 51 A, Se debe respetar el derecho a una decisión informada	* Promover y coordinar <u>investigación científica en salud y</u>

SNIS.	servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país. - Organizar la prestación de los servicios y áreas territoriales. - Calidad integral de la atención en salud - El SNIS debe suministrar a la población usuaria todas las prestaciones integrales que apruebe el MSP.	salud a todos los habitantes residentes en el país. - Organizar la prestación de los servicios y áreas territoriales. - Calidad integral de la atención en salud - El SNIS debe suministrar a la población usuaria todas las prestaciones integrales que apruebe el MSP	salud a todos los habitantes residentes en el país. - Organizar la prestación de los servicios y áreas territoriales. - Calidad integral de la atención en salud - El SNIS debe suministrar a la población usuaria todas las prestaciones integrales que apruebe el MSP	salud a todos los habitantes residentes en el país. - Organizar la prestación de los servicios y áreas territoriales. - Calidad integral de la atención en salud - El SNIS debe suministrar a la población usuaria todas las prestaciones integrales que apruebe el MSP	salud a todos los habitantes residentes en el país. - Organizar la prestación de los servicios y áreas territoriales. - Calidad integral de la atención en salud - El SNIS debe suministrar a la población usuaria todas las prestaciones integrales que apruebe el MSP	Derecho a recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos	la <u>adopción</u> de medidas que <u>contribuyan</u> a mejorar la calidad de vida de la población.
Ley 18.426 de Defensa a la SSyR	* Arts. 1, 2 a, 3f, 3k, 4 b 1, 4 f 1, 5, 6 f -Universalizar el nivel primario de atención. - Oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura y el compromiso de los recursos humanos y sistema de información	* Arts. 3 a, 4 a 1, 7 -Deber de difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva; -Dictar normas específicas para la	* Art. 4 b 1 -Promover captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud.	* Art. 4 b 1 -Promover captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud	* Arts. 4 b 1, 4 i 2, -Promover captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud -Prevenir y evitar las ITS desde antes de la edad reproductiva -Ofrecer la información y los tratamientos	* Arts. 4 c, 7, - Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas. -Información y acceso a los servicios de	* Arts 2 f, 4.3, 6 f, -Coordinación interinstitucional; - Participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud. -Implementar acciones de vigilancia y control de la gestión

	<p>adecuados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables - Prevención y reducción del daño de las ITS. -Abordaje integral de los DDSSyRR como derechos humanos. 	<p>atención integral de la SSyR de niños, niñas y adolescentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes. -Derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud SS yR. 			<p>necesarios en situaciones de embarazo y parto</p>	<p>salud a todo niño, niña o adolescente a la salud SS yR.</p>	<p>sanitaria en SSyR en el nivel local y nacional;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSyR; -Universalidad de los servicios de salud SSyR. -Integración de equipos multidisciplinarios y la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales.
<p>Decreto Reglamentario 293/10 de la ley de defensa de la SSyR</p>	<p>*</p> <p>Art. 8, 9 y Considerando v)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se debe de garantizar los servicios de SSyR con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que 	<p>*</p> <p>Art. 3</p> <ul style="list-style-type: none"> -El SNIS deberá contar con servicios de SSyR de acceso universal -Garantizar integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las 	<p>*</p> <p>Art. 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer los servicios de SSyR con un abordaje inclusivo. -Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación -Calificado, tomando 		<p>*</p> <p>Art. 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer los servicios de SSyR con un abordaje inclusivo. -Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación -Calificado, tomando 	<p>*</p> <p>Arta. 2, 4, 5, 6 s m, 8,</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prevenir y asesorar sobre problemas relativos a la reproducción de forma ética. -Defender y promover el respeto por la autonomía de las personas 	<p>*</p> <p>Art. 3 f</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinación interinstitucional; - Participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud. -Implementar acciones de

	<p>corresponda realizar.</p> <p>-El SNIS deberá contar con servicios de SSyR de acceso universal</p> <p>-Garantizar integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones</p> <p>-Ofrecer servicios en otros territorios por convenio entre prestadores.</p>	<p>prestaciones</p> <p>-Ofrecer servicios en otros territorios por convenio entre prestadores.</p>	<p>en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual</p>		<p>en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual</p>	<p>-Brindar información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.</p> <p>-Confidencial,</p> <p>- Respetar la diversidad generacional</p> <p>-Las decisiones e intervenciones en materia de SSyR se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos.</p> <p>-Respeto a las</p>	<p>vigilancia y control de la gestión sanitaria en SSyR en el nivel local y nacional;</p> <p>-Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSyR;</p> <p>-Universalidad de los servicios de salud SSyR.</p> <p>-Integración de equipos multidisciplinarios y la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales.</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

						<p>opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.</p> <p>-Los servicios de SSyR contarán con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos.</p>	
<p>Ley 18.897 de IVE</p>		<p>*</p> <p>Art. 7</p> <p>-Recabar el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo de adolescentes menores de 18 años no habilitadas por el médico ginecólogo tratante. También aquí sería indispensable valorar y evaluar la eficacia de acuerdo a todos los grupos de niñas, adolescentes y</p>		<p>*</p> <p>Art. 8</p> <p>- En mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia.</p>		<p>*</p> <p>Arts. 3, 5, 7, 8,</p> <p>-Se puede interrumpir el embarazo fuera de los plazos previstos en la ley para casos excepcionales entre ellos, la violación.</p> <p>- Deber de la mujer de prestar consentimiento informado.</p> <p>- En adolescentes menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para</p>	

		mujeres.				realizar la IVE. -Deber de los profesionales del SNIS abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar o autorizar la IVE.	
Decreto Reglamentario 375/12 de la ley de IVE	* Arts 25, 27 -Deberán de celebrar convenios entre las instituciones autorizadas para que las usuarias que soliciten la IVE estén amparadas por la ley - Garantizar sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos.	* Art. 37 - Consentimiento (no dice informado) de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE - De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo		* Art. 4 -Deber de ofrecer los servicios de salud SyR con un abordaje igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas. -Calificado, tomando en cuenta las necesidades y	* Art. 3 -Acceder a la IVE inclusive los casos excepcionales entre los que está la violación - Derecho para las ciudadanas uruguayas naturales y legales, pueden acceder las mujeres extranjeras con más de un año de residencia circunstancia que pueden acreditar de diversas formas.	* Arts. 2, 12, 14. 37 -Los principios de confidencialidad, consentimiento informado y de respeto a la autonomía de la voluntad guiarán a prestadores de salud y personal médico. -Cuando la mujer tiene reunión con el equipo interdisciplinario para comenzar el proceso de IVE, el equipo dará el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la	

		<p>respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes”.</p> <p>-El médico o el equipo disciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.</p>		<p>expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad.</p> <p>-Deber de respetar la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.</p>		<p>imposición, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya explicitado en la primer consulta.</p> <p>- La madre puede pedir que el profesional de la salud entreviste al progenitor y deberá liberar al equipo del secreto profesional, sobre cuyos alcances será debidamente informada</p> <p>- Consentimiento (no dice informado) de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE</p> <p>- De acuerdo a la edad</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

						<p>de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes".</p> <p>-El médico o el equipo disciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.	
Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud	* Arts. 2, 5, 6 - Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios. - Define como usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiriera el derecho a utilizar bienes o servicios de	* Arts, 2, 6 - Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.	* Arts, 2, 6 - Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.	* Arts, 2, 6 - Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.	* Arts. 2, 6 - Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.	* Arts, 2, 6, 11, 22 - Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios. -Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información	

	<p>salud. Por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.</p> <p>-Derecho a acceder a una atención integral a toda persona tiene d que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la</p>					<p>adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. - El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.</p> <p>-Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad”</p>	
--	---	--	--	--	--	--	--

	salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.						
Decreto Reglamentario 274/10 de la Ley Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts 3, 8</p> <p>- Define atención integral de salud como aquella que incluye como mínimo los programas y prestaciones que se determinen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Nro. 18.211 de creación del SNIS.</p> <p>- Derecho de todo usuario o paciente a que se le facilite el acceso y uso de los servicios de salud, incluyendo las plantas físicas donde funcionen, contemplando sus</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 11, 18, 24, 31</p> <p>-Derecho al acceso de los servicios de salud, incluyendo la SSyR de todo niño, niña o adolescentes</p> <p>- Deber de respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerles las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.</p> <p>- Derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades para todo niño, niña o adolescente.</p>			<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 1, 11</p> <p>- El derecho a utilizar los servicios además de los usuarios y paciente alcanza a los habitantes residentes como las personas no residentes.</p> <p>- El derecho de usuarios y pacientes a conocer y hacer uso de sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, del servicio de salud correspondiente.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 11, 16, 17, 18, 25, 26</p> <p>- Deber de los profesionales de la salud de respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerles (a los niños, niñas y adolescentes) las mejores formas de atención y tratamiento.</p> <p>- Derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud el otorgamiento del consentimiento informado</p> <p>-Deber de ofrecer información adecuada, suficiente, continua y en</p>	

	<p>dificultades, discapacidades y necesidades.</p>	<p>-Derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez en todos los casos</p> <p>-De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.</p> <p>- Los adolescentes tienen derecho a que se guarde</p>				<p>lenguaje comprensible.</p> <p>- Derecho de todo niño, niña o adolescente a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades.</p> <p>-Derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez en todos los casos.</p> <p>-Pautas para el contenido de aquello que debe indicarse como información ofrecida por el médico tratante antes del consentimiento</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

		<p>confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional de la salud actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario o paciente o de terceros.</p>				<p>informado y están las características de cómo debe de quedar registrado. Según las notas señaladas en por estos decretos reglamentarios.</p>	
<p>Guía de abordaje a la violencia doméstica en servicios de salud – MSP.</p>					<p>*</p> <p>- “Es muy frecuente que la Violencia Doméstica se exprese en las relaciones sexuales e impidan a las mujeres controlar adecuadamente su fecundidad. El</p>		

					personal debe preguntar explícitamente acerca de las dificultades en el área de la sexualidad, y fortalecer los recursos de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para evitar embarazos no deseados.		
--	--	--	--	--	--	--	--

ESTANDAR 1

Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud en casos de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual o reproductiva.

Espacio/escenario: Violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas.

NORMATIVA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	<p>Accesibilidad horaria, geográfica y financiera.</p>	<p>Accesibilidad fácil para niñas y adolescentes</p>	<p>Accesibilidad a mujeres sin importar su orientación, identidad o diversidad sexual, raza, etnia, madres solteras, lesbianas, prostitutas, ancianas o embarazada</p>	<p>Accesibilidad para mujeres con discapacidad física o mental a servicios de variedad y calidad.</p>	<p>Accesibilidad para mujeres rurales, emigrantes, indígenas, desplazadas internas, de zonas no urbanas o de situación socio económica desfavorable</p>	<p>Accesibilidad a la información para niñas, adolescentes, mujeres con discapacidad física o mental y mujeres en general.</p>	<p>Existencia de un mecanismo de supervisión que garantice igualdad de acceso.</p>
<p>Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.</p>	<p>*</p> <p>Arts. 2, 4d, 8, 45</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principio de universalidad. - Asegurar el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país. - Organizar la prestación de los servicios y áreas territoriales. - Calidad integral de la atención en salud - El SNIS debe 					<p>*</p> <p>Arts. 3g), 51 A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe respetar el derecho a una decisión informada Derecho a recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos 	<p>*</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promover y coordinar investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

	suministrar a la población usuaria todas las prestaciones integrales que apruebe el MSP.						
Ley 18.426 de defensa a la SSyR	<p>*</p> <p>Arts. 1, 2 a, 3f, 3k, 4 b 1, 4 f 1, 5, 6 f</p> <p>-Universalizar el nivel primario de atención.</p> <p>- Oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura y el compromiso de los recursos humanos y sistema de información adecuados</p> <p>-Garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables - Prevención y reducción del daño de las ITS.</p> <p>-Abordaje integral de los DDSSyRR como</p>	<p>*</p> <p>Arts. 3 a, 4 a 1, 7</p> <p>-Deber de difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;</p> <p>-Dictar normas específicas para la atención integral de la SSyR de niños, niñas y adolescentes;</p> <p>-Capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p> <p>-Derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los</p>	<p>*</p> <p>Art. 1</p> <p>-Deber del Estado de garantizar las condiciones para el ejercicio pleno de los DDSSyRR de “<u>toda la población</u>”.</p>	<p>*</p> <p>Art. 4.b.1</p> <p>-Deber de promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud</p>	<p>*</p> <p>Arts. 2, 4 i 1,</p> <p>-Le comprende por los objetivos genéricos. y cuando de forma amplia pide que sean promovidos todos los servicios de SSyR en la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las ITS en todas las etapas etaria, también quedan comprendidos por este indicador.</p>	<p>*</p> <p>Arts. 4 c, 7,</p> <p>- Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.</p> <p>-Información y acceso a los servicios de salud a todo niño, niña o adolescente a la salud SS yR.</p>	<p>*</p> <p>Arts 2 f, 4.3, 6 f,</p> <p>-Coordinación interinstitucional;</p> <p>- Participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud.</p> <p>-Implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en SSyR en el nivel local y nacional;</p> <p>-Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSyR;</p> <p>-Universalidad de los servicios de salud SSyR.</p>

	derechos humanos.	referidos a la salud SSyR.					-Integración de equipos multidisciplinarios y la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales.
Decreto Reglamentario 293/10 de la ley de defensa de la SSyR	* Art. 8, 9 y Considerando v) -Se debe de garantizar los servicios de SSyR con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar. -El SNIS deberá contar con servicios de SSyR de acceso universal -Garantizar integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones	* Art. 3 -El SNIS deberá contar con servicios de SSyR de acceso universal -Garantizar integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones -Ofrecer servicios en otros territorios por convenio entre prestadores.	* Art. 3 c) - Ofrecer los servicios de SSyR con un abordaje inclusivo. -Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación -Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual	* Art. 3 d) -Ofrecer los servicios de SSyR con un abordaje inclusivo - Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes. Según esta última expresión de “capacidades diferentes” podría quedar comprendido en este escenario y por este indicador.	* Art. 3 c) - Ofrecer los servicios de SSyR con un abordaje inclusivo. -Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación -Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual	* Art. 2 -Las prestaciones en materia de salud sexual ofrecen consejería y cuidados relativos a las ITS. -Debe de ser ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, -Brindar información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el	* Las normas citadas en el escenario de violencia obstétrica pueden ser trasladadas aquí. Sin perjuicio de lo cual señalo en especial la siguiente disposición la que indica que los servicios de SSyR deberán ofrecerse con un abordaje <u>multidisciplinario</u> , mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen en forma <u>interdisciplinaria</u> y técnicas adecuadas a

	-Ofrecer servicios en otros territorios por convenio entre prestadores.			Los servicios de SSyR deberán ofrecerse con un abordaje inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente. Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.		marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención. También de ser confidencial, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención. -Las decisiones e intervenciones en materia de salud SSyR se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria de los servicios respectivos.	las prestaciones a brindar.
Ley 18.897 de		* Art. 4.i 1, 4 i 2		* Art. 8			

IVE		<p>-Deber de promover en todos los servicios de SSyR en la educación, <u>información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables</u> y los métodos eficaces de prevención de las ITS en todas las etapas etarias.</p> <p>-Deber de proporcionar a las mujeres <u>desde antes de la edad reproductiva</u> la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto.</p>		-Referencia al consentimiento			
Decreto Reglamentario 375/12 de la ley	<p>*</p> <p>Arts 25, 27</p> <p>-Deberán de celebrar convenios entre las</p>			<p>*</p> <p>Art. 4</p> <p>-Deber de ofrecer los servicios de salud</p>	<p>*</p> <p>Art. 3</p> <p>-Acceder a la IVE inclusive los casos</p>	<p>*</p> <p>Arts. 2, 12, 14. 37</p> <p>-Los principios de confidencialidad,</p>	

<p>de IVE</p>	<p>instituciones autorizadas para que las usuarias que soliciten la IVE estén amparadas por la ley</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos. 			<p>SyR con un abordaje igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad. -Deber de respetar la diversidad generacional y sin imposición por parte 	<p>excepcionales entre los que está la violación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derecho para las ciudadanas uruguayas naturales y legales, pueden acceder las mujeres extranjeras con más de un año de residencia circunstancia que pueden acreditar de diversas formas. 	<p>consentimiento informado y de respeto a la autonomía de la voluntad guiarán a prestadores de salud y personal médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuando la mujer tiene reunión con el equipo interdisciplinario para comenzar el proceso de IVE, el equipo dará el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la imposición, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya 	
----------------------	---	--	--	--	---	--	--

				del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.		<p>explicitado en la primer consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La madre puede pedir que el profesional de la salud entreviste al progenitor y deberá liberar al equipo del secreto profesional, sobre cuyos alcances será debidamente informada - Consentimiento (no dice informado) de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE - De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de 	
--	--	--	--	--	--	---	--

						<p>confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes”.</p> <p>-El médico o el equipo disciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.</p>	
<p>Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los</p>	<p>*</p> <p>Arts. 2, 5, 6</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea</p>	<p>*</p> <p>Arts, 2, 6</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea</p>	<p>*</p> <p>Arts, 2, 6</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea</p>	<p>*</p> <p>Arts, 2, 6</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea</p>	<p>*</p> <p>Arts. 2, 6</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea</p>	<p>*</p> <p>Arts, 2, 6, 11, 22</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea</p>	<p>*</p> <p>Arts, 2, 6</p> <p>- Derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por</p>

servicios de salud	<p>de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p> <p>- Define como usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella.</p> <p>En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y</p>	<p>de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p>	<p>de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p>	<p>de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p>	<p>de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p>	<p>de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p> <p>-Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. - El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en</p>	<p>ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica para todos los pacientes y usuarios.</p>
---------------------------	---	--	--	--	--	---	---

	<p>de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.</p> <p>-Derecho a acceder a una atención integral a toda persona tiene d que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p>					<p>cualquier momento.</p> <p>-Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad”</p>	
<p>Decreto Reglamentario 274/10 de la Ley Derechos y Obligaciones de pacientes y</p>	<p>*</p> <p>Arts. 3, 8</p> <p>-Se define la <u>tención integral de salud</u> como aquella que incluya como mínimo los programas y</p>	<p>*</p> <p>Arts. 11, 18, 24, 31</p> <p>-El derecho de todo niño, niña o adolescente t al acceso a los servicios de salud, incluyendo los referidos a la</p>			<p>*</p> <p>Art. 1, 11</p> <p>-Se definen a los usuarios y pacientes: habitantes residentes como personas no residentes en el mismo que adquieran</p>	<p>*</p> <p>Arts. 11, 16, 17, 18, 25 y 26</p> <p>-Deber de los profesionales de la salud de respetar la confidencialidad de la consulta y</p>	

usuarios de los servicios de salud	prestaciones que se determinen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Nro. 18.211 de creación del SNIS. -Define que todo usuario o paciente tiene derecho a que se le facilite el acceso y uso de los servicios de salud, incluyendo las plantas físicas donde funcionen, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades.	SSyR -Derecho de todo niño, niña o adolescente a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez - En niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. De acuerdo a la edad del niño, niña o			el derecho a utilizar dichos servicios. -Derecho de los usuarios y pacientes a conocer y hacer uso de sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, del servicio de salud correspondiente.	ofrecerles (a los niños, niñas y adolescentes) las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. -Es un derecho del paciente el otorgamiento del consentimiento informado y su obtención un deber del profesional de la salud. -Se establecen las condiciones de la información que debe ser adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible. -El derecho de todo niño, niña o adolescente a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y	
---	--	--	--	--	--	--	--

		<p>adolescente, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.</p> <p>-Derecho de los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional de la</p>				<p>a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez.</p> <p>-Se establece aquello que debe indicarse como información ofrecida por el médico tratante antes del consentimiento informado y están las características de cómo debe de quedar registrado.</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

		salud actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario o paciente o de terceros.					
<p>Guía de abordaje a la violencia doméstica en servicios de salud – MSP.</p>					<p>Aquí se menciona que “es muy frecuente que la Violencia Doméstica se exprese en las relaciones sexuales e impidan a las mujeres controlar adecuadamente su fecundidad. El personal debe preguntar explícitamente acerca de las dificultades en el área de la sexualidad, y fortalecer los recursos de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para evitar embarazos no deseados.</p>		

ESTANDAR 1

Garantizar el acceso a los servicios integrales de salud en casos de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual o reproductiva.

Espacio/escenario: Atención integral en salud que deben recibir las mujeres en casos de violencia sexual o reproductiva ocurridos fuera del sistema de salud

NORMATIVA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	Accesibilidad horaria, geográfica y financiera.	Accesibilidad fácil para niñas y adolescentes	Accesibilidad a mujeres sin importar su orientación, identidad o diversidad sexual, raza, etnia, madres solteras, lesbianas, prostitutas, ancianas o embarazada	Accesibilidad para mujeres con discapacidad física o mental a servicios de variedad y calidad.	Accesibilidad para mujeres rurales, emigrantes, indígenas, desplazadas internas, de zonas no urbanas o de situación socio económica desfavorable	Accesibilidad a la información para niñas, adolescentes, mujeres con discapacidad física o mental y mujeres en general.	Existencia de un mecanismo de supervisión que garantice igualdad de acceso.
Ley 18211 de creación del	*	*	*	*	*	*	*
	Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de defensa a la	Tanto esta ley como la ley de defensa de la SSyR, conjuntamente consideradas son	Tanto esta ley como la ley de defensa de la SSyR, conjuntamente consideradas son	Tanto esta ley como la ley de defensa de la SSyR, conjuntamente consideradas son	Tanto esta ley como la ley de defensa de la SSyR, conjuntamente consideradas son	Tanto esta ley como la ley de defensa de la SSyR, conjuntamente consideradas son	Tanto esta ley como la ley de defensa de la SSyR, conjuntamente

Sistema Nacional Integrado de Salud.	SSyR conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema	aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema	aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema	aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema	aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema	aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema	consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema
Ley 18.426 de defensa a la SSyR	* Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de creación del SNIS conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad,	* Arts. 3, 4 a 1, 7 Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de defensa a la SSyR conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de	* Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de creación del SNIS conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad,	* Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de creación del SNIS conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad,	* Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de creación del SNIS conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad,	* Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de creación del SNIS conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de universalidad, gratuidad, derecho a	* Las disposiciones, objetivos y principios de esta ley como la ley de creación del SNIS conjuntamente consideradas son aplicables a este indicador en lo pertinente, dado que las notas de

	<p>gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p>	<p>universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p> <p>-Deber de difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de SSyR;</p> <p>-Se deben dictar normas específicas para la atención integral de la SSyR de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p> <p>-El derecho de todo niño, niña o</p>	<p>gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p>	<p>gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p>	<p>gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p>	<p>recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p>	<p>universalidad, gratuidad, derecho a recibir prestaciones integrales, cercanía geográfica, son derechos de las usuarias del SNIS independientemente si ocurren dentro o fuera del sistema</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

		adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud SS y R					
Decreto Reglamentario 293/10 de la ley de defensa de la SSyR	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts.6 r, 8, 9 y Considerando v) -Se debe de garantizar los servicios de SSyR con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar. -El SNIS deberá contar con servicios de SSyR de acceso universal -Garantizar integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 3, 4 a 1, 6 r, 7 -Deber de difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva; -Dictar normas específicas para la atención integral de la SSyR de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 6 lit r) -Deber de prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 6 lit r) -Deber de prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 6 lit r) -Deber de prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 6 lit r) -Deber de prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 6 lit r) -Deber de prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica.</p>

	<p>privacidad de las prestaciones</p> <p>-Ofrecer servicios en otros territorios por convenio entre prestadores.</p> <p>- Prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica</p>	<p>- Deber de prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley 17.514 y su reglamentación que es la ley de violencia doméstica.</p> <p>-Derecho de todo niño, niña o adolescente a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud SSy R</p>					
<p>Ley 18.897, IVE</p>	<p>*</p> <p>Art. 6</p> <p>-Facultad de no respetar plazos para interrumpir el embarazo cuando se</p>	<p>*</p> <p>Art. 6</p> <p>-Facultad de no respetar plazos para interrumpir el embarazo cuando se</p>	<p>*</p> <p>Art. 6</p> <p>-Facultad de no respetar plazos para interrumpir el embarazo cuando se</p>	<p>*</p> <p>Art. 6</p> <p>-Facultad de no respetar plazos para interrumpir el embarazo cuando se</p>	<p>*</p> <p>Art 6</p> <p>- Facultad de no respetar los plazos para IVE cuando se pruebe con constancia</p>		

	pruebe con constancia de denuncia judicial que sobrevino por violación. En este caso, presumiblemente sería por una violencia ocurrida fuera del sistema y que llega al sistema recibir las prestaciones integrales.	pruebe con constancia de denuncia judicial que sobrevino por violación. En este caso, presumiblemente sería por una violencia ocurrida fuera del sistema y que llega al sistema recibir las prestaciones integrales.	pruebe con constancia de denuncia judicial que sobrevino por violación. En este caso, presumiblemente sería por una violencia ocurrida fuera del sistema y que llega al sistema recibir las prestaciones integrales.	pruebe con constancia de denuncia judicial que sobrevino por violación. En este caso, presumiblemente sería por una violencia ocurrida fuera del sistema y que llega al sistema recibir las prestaciones integrales.	de denuncia judicial que sobrevino por violación. En este caso, presumiblemente sería por una violencia ocurrida fuera del sistema y que llega al sistema recibir las prestaciones integrales.		
Decreto Reglamentario 375/12 de la ley de IVE	* Arts 18, 25 y 27 -Características de acreditación si la IVE es producto de una violación a través de la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica,	* Art. 37 -Se establece características del consentimiento de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE, el médico recabará su consentimiento (no dice informado). De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo		* Art. 4 -Deber de ofrecer los servicios de SSyR con un abordaje igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes,	* Art. 3 -Establece las mujeres que podrán acceder a la IVE inclusive los casos excepcionales entre los que está la violación. - Pueden acceder al IVE ciudadanas uruguayas naturales y legales, las mujeres extranjeras con nunca menos de un año de residencia y se dejará	* Art. 2, 13 c, 18, 37 -Deber de los prestadores de salud y personal médico de guiarse por principios y normas de actuación regidos por los principios de confidencialidad, consentimiento informado y de respeto a la autonomía de la voluntad haciendo referencias a la Ley de	

	<p>incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito.</p> <p>-Deber de las instituciones autorizadas de celebrar convenios y contratos para que las usuarias que soliciten la IVE tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos. Cuando la usuaria solicite la interrupción del embarazo frente a una de las instituciones amparadas por el inciso segundo del artículo 10 de la Ley 18.987 la institución deberá realizar todos</p>	<p>interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes. El médico o el equipo disciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.</p>		<p>convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas. Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad. Respetar la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas lo cual podría atraerse al presente indicador por cuanto algunas veces la discapacidad física está vinculada a la diversidad</p>	<p>constancia en la historia clínica de la forma en que la mujer acreditó las condiciones mencionadas.</p>	<p>SSyR.</p> <p>- El personal de la salud debe de garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo.</p> <p>- Características de acreditación si la IVE es producto de una violación a través de la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo</p>	
--	---	---	--	--	--	---	--

	<p>los procedimientos previos al acto médico que implica la interrupción del embarazo. En este caso la Institución deberá derivar a la usuaria a otra institución que preste el servicio a efectos de la interrupción.</p>			<p>generacional</p>		<p>prestar su consentimiento informado por escrito. -Se establece características del consentimiento de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE, el médico recabará su consentimiento (no dice informado). De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes. El médico o el equipo disciplinario</p>	
--	--	--	--	---------------------	--	---	--

						consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.	
Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud	* Arts. 2 y 6 -Derecho de los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación	* Arts. 2 y 6 -Derecho de los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación	* Arts. 2 y 6 -Derecho de los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación	* Arts. 2 y 6 -Derecho de los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación	* Arts. 2 y 6 -Derecho de los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación	* Arts. 2, 6, 11, 22 -Derecho de los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.	

	<p>sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Derecho de toda persona de acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p>	<p>sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Derecho de toda persona de acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p>	<p>sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Derecho de toda persona de acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p>	<p>sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Derecho de toda persona de acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p>	<p>sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Derecho de toda persona de acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p>	<p>-Derecho de toda persona de acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el MSP.</p> <p>- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en</p>	
--	---	---	---	---	---	--	--

						<p>forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.</p> <p>-En consonancia con el Art. 44 de la Constitución Nacional se establece que toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad” Es un punto clave que para una persona cuide de su salud esté debidamente informada</p>	
<p>Decreto Reglamentario 274/10 de la Ley Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de</p>	<p>*</p> <p>Arts. 3 y 8</p> <p>-Se define atención integral de salud: aquella que incluya como mínimo los programas y prestaciones que se determinen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley</p>	<p>*</p> <p>Arts. 11, 18 , 24, 31</p> <p>-Derecho de todo niño, niña o adolescente al acceso a los servicios de salud, incluyendo los referidos a la SSyR</p> <p>-Derecho de todo niño, niña o adolescente a que se le brinde información</p>			<p>*</p> <p>Arts. 1, 11</p> <p>-Además de los usuarios y paciente definidos en la Ley, se incluyen a los habitantes residentes como las personas no residentes en el mismo que adquieran el derecho a utilizar dichos servicios.</p>	<p>*</p> <p>Arts 11, 16, 17, 18, 25 y 26</p> <p>-Deber de los profesionales de la salud actuantes de respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerles (a los niños, niñas y adolescentes) las mejores formas de</p>	

<p>salud</p>	<p>Nro. 18.211 de creación del SNIS. -Derecho de todo usuario o paciente a que se le facilite el acceso y uso de los servicios de salud, incluyendo las plantas físicas donde funcionan, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades.</p>	<p>sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez. En niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud</p>			<p>-Derecho de los usuarios y pacientes a conocer y hacer uso de sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, del servicio de salud correspondiente.</p>	<p>atención y tratamiento cuando corresponda. - Derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud del otorgamiento del consentimiento informado -Se establecen las condiciones de la información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible. -Derecho de todo niño, niña o adolescente a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en</p>	
---------------------	---	---	--	--	--	--	--

		<p>sexual, se adopten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.</p> <p>-Derecho de los adolescentes a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional de la salud actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario o paciente o de terceros.</p>				<p>cuenta en función de su edad y madurez” Se realizan iguales comentarios respecto a que debería controlarse que la información cumpla con lo pedido por esta norma.</p> <p>- Se establecen pautas para el contenido de aquello que debe indicarse como información ofrecida por el médico tratante antes del consentimiento informado y están las características de cómo debe de quedar registrado.</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--

<p>Guía de abordaje a la violencia doméstica en servicios de salud – MSP.</p>					<p>Aquí se menciona que “es muy frecuente que la Violencia Doméstica se exprese en las relaciones sexuales e impidan a las mujeres controlar adecuadamente su fecundidad. El personal debe preguntar explícitamente acerca de las dificultades en el área de la sexualidad, y fortalecer los recursos de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para evitar embarazos no deseados.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

Título 7.3 – Estándar 2

ESTANDAR 2

Proteger y asegurar el derecho de la mujer a recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.

INDICADORES DE RESULTADO

- ✓ Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, de respeto y protección a sus derechos humanos a través de programas de capacitación del personal de los servicios de salud
 - ✓ Asegurar que la objeción de conciencia no genere una denegatoria del ejercicio de los derechos a la atención de la salud reproductiva a la mujer, ni su discriminación por no proveer la prestación de determinados servicios
 - ✓ Asegurar la confidencialidad del consentimiento informado previo de la mujer y el pleno conocimiento de causa a través de un acceso transparente a la información de modo: claro, entendible, con difusión pública y apropiada
 - ✓ Disponer protocolos de actuación en el personal de la salud, de información sistematizada y practicar evaluaciones de las políticas para casos de violencia sexual o reproductiva.
-

En este caso, el estándar está relacionado con la obligación del Estado de proteger y asegurar los derechos a la autonomía, privacidad y a la necesidad de tomar decisiones informadas. Para que la mujer pueda adoptar decisiones informadas se destaca la importancia de tener al personal de la salud debidamente actualizado y capacitado con respecto a las diversas formas de identificar la violencia contra la mujer así como de prevenirla y es muy claro que se establece una conexión entre ambos con el objetivo de promover la elevación de conciencia sobre la protección de los derechos.

Por tanto, la necesidad de diseñar y mantener programas para fomentar la capacitación y educación del personal que trabaja en los servicios de salud con el objetivo de “fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de

violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos.”, así como para la “la aplicación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra la mujer” está indicado en la “Convención Belem do Pará”, Art. 8 a) y c).

En la RG N° 24 párrafo 30 del CDEM se señala que es urgente capacitar en VBG indicando que los Estados deben de “velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género”. Es importante que la mujer conozca de manera fehaciente sus derechos y como ejercerlos. Para ello se dispone que el Estado debe de asegurar el acceso transparente a la información sobre la disponibilidad de los servicios y como emplearlos, ello surge de la RG N° 24, Art. 12 párrafo 14. Se derivan grandes líneas para la acción para asegurar el acceso transparente a la información que debe ser:

- 1- clara
- 2- entendible
- 3- con difusión pública
- 4- apropiada.

En efecto, no será posible propender un adecuado ejercicio de los derechos, sobre todo en situación de vulnerabilidad, si no se dispone de información accesible y asequible. El Estado debe ofrecer y asegurar por todos los medios disponibles a las beneficiarias de los bienes y servicios del sistema de salud, todas las vías posibles para eliminar las barreras producidas por la asimetría que pudieran existir en el acceso a la información. En el párrafo 15 indica que la violencia por razones de género es una “cuestión de salud de importancia crítica para la mujer” y que para “detectar y tratar” las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género y que por tanto, para asegurar el ejercicio de derecho a una salud sexual y reproductiva libre de violencia, se debe capacitar al personal de salud. También el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad asimila el Art. 15 párrafo 2 de la CEDAW que si bien está relacionado con la “capacidad jurídica”, lo emplea aquí para los casos en donde las mujeres con discapacidad deben dar su consentimiento para la adopción de decisiones relativa a su salud reproductiva por ejemplo cuando señala que las mujeres con discapacidad sufren tasas elevadas de esterilización forzada y con frecuencia se les niega el control de su

salud reproductiva y la adopción de decisiones al respecto, al dar por sentado que no son capaces de otorgar su consentimiento para las relaciones sexuales” y por ello dice el Comité, “importante reafirmar que la capacidad jurídica de las mujeres con discapacidad debe ser reconocida en igualdad de condiciones con las demás. (OG sobre el Art. 12, párrafo 31).

Otro aspecto importante es asegurar la confidencialidad del consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa para garantizar la aceptabilidad mínima de un servicio de salud, también señalado en esta RG, párrafo 22. El mismo sentido refiere el párrafo 12 en su literal d) cuando expresa que la falta de respeto al carácter confidencial de la información “puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar”, por lo que debe asegurarse la confidencialidad de la información así como reprimirse su incumplimiento. La negación por parte del servicio médico de ofrecer servicios de salud basados en objeciones de conciencia está establecido por el párrafo 11 de esta RG y conectado con el párrafo anterior puede dar espacio a la discriminación contra la mujer; en efecto, para aquellos caso en donde los profesionales de la salud se niegan a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer “por razones de conciencia” se deberá garantizar que tales razones de conciencia no se vinculen a situaciones que expresa o tácitamente coadyuven en casos de violencia en la atención de la salud sexual y reproductiva. En la misma RG N° 24 párrafos 15 a) y b) se indica un punto desde mi perspectiva muy importante al establecer que la capacitación del personal de la salud es tan importante como lo es el disponer de protocolos de actuación y evaluar las políticas. Y ello es luego, desde mi punto de vista, reforzado por la RG N° 28, párrafo 28 donde se fomenta el registro de datos consistentes debidamente registrados que permitan evaluar los avances de las políticas. En efecto, para que las políticas se orienten hacia la acción y al resultado deberían “prever mecanismos para reunir datos pertinentes desglosados por sexo, permitir el seguimiento efectivo, facilitar la evaluación permanente y posibilitar la revisión o complementación de las medidas vigentes y la determinación de toda nueva medida que pueda ser apropiada”.

Para ello se requiere por lo menos de disponer información sistematizada y evidencia científica sobre:

a) investigaciones y acciones sobre maltrato, falta de respeto;

b) prácticas respetuosas e irrespetuosas;

c) existencia de sistemas de responsabilidad con acceso universal y fácil, que significa el disponer y mejorar los procedimientos para quejas y denuncias tanto dentro como fuera del sistema de salud para las mujeres en los casos de violencia en la atención de la SSyR, que incluya un fácil acceso, transparencia y seguimiento.

Para finalizar, citar como referencia la “Declaración para la prevención y falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” de la OMS que en sus enunciados pide que los gobiernos y socios en el desarrollo, den más apoyo en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto. Así como es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso (2014, p. 1-4)

ESTANDAR 2

Proteger y asegurar el derecho de la mujer a recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Espacio/escenario: violencia contra la mujer en la atención ginecológica obstétrica

NORMATIVA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	<p>Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, de respeto y protección a sus derechos humanos a través de programas de capacitación del personal de los servicios de salud.</p>	<p>Asegurar que la objeción de conciencia no genere una denegatoria del ejercicio de los derechos a la atención de la salud reproductiva a la mujer, ni su discriminación por no proveer la prestación de determinados servicios</p>	<p>Asegurar la confidencialidad del consentimiento informado previo de la mujer y el pleno conocimiento de causa a través de un acceso transparente a la información de modo: claro, entendible, con difusión pública y apropiado</p>	<p>Disponer protocolos de actuación en el personal de la salud, de información sistematizada y practicar evaluaciones de las políticas para casos de violencia sexual o reproductiva</p>	<p>Existencia de sistemas de responsabilidad con acceso universal y fácil.</p>
<p>Ley 18211 de creación del</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 4 f , 5 e, 9, 51 -Objetivo de promover el desarrollo profesional</p>			<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 3 f), 5 f y g -Principio rector del SNIS la calidad integral de la</p>	

<p>Sistema Nacional Integrado de Salud.</p>	<p>continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica para lo cual deben existir capacitaciones en el tema de la tesis.</p> <p>- El MSP debe aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que brindarán a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el SNIS, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.</p> <p>-El MSP tiene que coordinar con otros organismos competentes, promover y evaluar el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el SNIS para responder a los principios rectores del mismo.</p> <p>- Derecho de los usuarios</p>			<p>atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.</p> <p>- El MSP debe de instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.</p> <p>-Debe de regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.</p>	
--	--	--	--	---	--

	del SNIS el respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.				
Ley 18.426 de defensa a la SSyR	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art 2 b) y d),3 f), 4 a 1 y 4.2</p> <p>-Garantizar la formación adecuada de recursos humanos de la salud, habilidades comunicación y trato.</p> <p>-Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;</p> <p>-Corresponde al MSP dictar las normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y</p>		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 2, 3 d) y g), 4 c, 4 i 2, 7</p> <p>-Objetivo de las políticas y programas de SSyR de garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones.</p> <p>- Consentimiento informado de la mujer ligadura tubaria.</p> <p>- Deber de promover el desarrollo de programas asistenciales desde un abordaje sanitario comprometido con los DDSSyRR como DDHH.</p> <p>-Deber de brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 3 b) y c), 4 a 5, 4 a 6, 4 b 3, 4 b 4, 4 f 3, 4 f 4, 4 i 4</p> <p>-Prevenir la morbi mortalidad materna y sus causas.</p> <p>-Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados</p> <p>-Promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con</p>	

	<p>adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p> <p>-Fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los DDSSyR, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias.</p> <p>-Corresponde al MSP impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los DDSSyR y dictar normas específicas para la atención integral de la SSyR de niños, niñas y adolescentes y <u>capacitar</u> los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p>		<p>si existieran distintas alternativas.</p> <p>- Proporcionar a las mujeres antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto.</p> <p>-Modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia y agrega el derecho a la información, el acceso a los servicios de salud y tratamiento en niños, niñas y adolescentes así como autonomía progresiva de adolescentes.</p>	<p>los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.</p> <p>- Corresponde al MSP fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la SSyR de la población.</p> <p>-Promover la investigación en SSyR como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.</p> <p>- Deber de dictar normas que incluyan el enfoque de DDSSyRR para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal.</p> <p>-Promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.</p> <p>-Protocolizar la atención a víctimas de violencia física,</p>	
--	--	--	---	---	--

				<p>sicológica y sexual.</p> <p>- Incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, sicológica o sexual.</p> <p>Investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de auto cuidado específicas.</p>	
<p>Decreto Reglamentario 293/10 de la Ley de SSyR</p>	<p>*</p> <p>Art. 10</p> <p>- El MSP definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la</p>		<p>*</p> <p>Art. 5</p> <p>-Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos.</p>	<p>*</p> <p>Arts. 3, 4, 6 k, 6 r</p> <p>- Los servicios de SSyR deberán brindarse con un abordaje <u>calificado</u> observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.</p>	

	<p>calidad de la atención. En el marco de lo dispuesto por la Ley N° 18.426, el Ministerio de Salud Pública definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.</p>			<p>-Las prestaciones en materia de SSyR se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.</p> <p>- Se deben crear las condiciones para la humanización del parto institucional.</p> <p>-Prevenir la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.</p> <p>- El MSP definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los</p>	
--	---	--	--	--	--

				profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.	
Ley 18.897 de IVE		<p>*</p> <p>Art. 11</p> <p>-Deber para médico ginecólogo y el personal de salud de seguir el procedimiento cuando tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos previstos en la Ley.</p>	<p>*</p> <p>Arts. 3 E), 7, 8</p> <p>-Garantizar por las instituciones del SNIS la confidencialidad de la identidad de la mujer y de todo lo manifestado en las consultas previstas. El médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo la mujer prestar consentimiento informado. Del mismo modo de asegurar la confidencialidad debería seguirse en los casos de adolescentes e incapaces mencionados a continuación.</p>	<p>*</p> <p>Art. 3 y 12</p> <p>-Deber del MSP de llevar registro estadístico de los abortos que se realicen y en particular con aquellos que son realizados de acuerdo con las excepciones del Art. 3 que incluyen a la violación. Además de las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.</p>	

			<p>-En los casos de IVE pero de adolescentes menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo. Si se tratara de una mujer declarada incapaz judicialmente, se requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente del domicilio de la incapaz que –previa vista al Ministerio Público- evaluará la conveniencia del otorgamiento de la misma, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia</p>		
<p>Decreto Reglamentario 375/12 de la ley</p>					

de IVE		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Capítulo VIII, Arts 25, 27 y 29</p> <p>-Reglamenta la objeción de conciencia con la finalidad de asegurar a la paciente asegurar la continuidad de la atención inmediata.</p> <p>-Las instituciones autorizadas de acuerdo a este capítulo deberán celebrar convenios y contratos para que las usuarias que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo amparadas por la ley que se reglamenta tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos.</p> <p>Cuando la usuaria solicite la interrupción del embarazo frente a una de las instituciones amparadas por el inciso segundo del artículo 10 de la Ley 18.987 la institución deberá realizar todos los procedimientos previos al</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 12, 14, 18, 37</p> <p>-Cuando la mujer tiene reunión con el equipo interdisciplinario para comenzar el proceso de IVE, el equipo dará el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la imposición, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya explicitado en la primer consulta.</p> <p>- La madre puede pedir que el profesional de la salud entreviste al progenitor, en dicho caso el consentimiento para la entrevista con el progenitor lo dará la mujer expresamente y deberá liberar al equipo del</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 12, 13 c</p> <p>-Cuando la mujer tiene reunión con el equipo interdisciplinario para comenzar el proceso de IVE, el equipo dará el asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgo y daño, sin la imposición, de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, por lo que deberán abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante y de revisar el motivo de dicha decisión ya explicitado en la primer consulta</p> <p>-El personal de la salud debe de <u>garantizar</u>, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer <u>permanezca exento de presiones de terceros</u>, sea para continuar o interrumpir el embarazo. Se entiende por presiones de terceros, el que se encuentren presentes al</p>	
---------------	--	---	---	--	--

		<p>acto médico que implica la interrupción del embarazo. En este caso la Institución deberá derivar a la usuaria a otra institución que preste el servicio a efectos de la interrupción.-</p> <p>- Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico. El ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma.</p>	<p>secreto profesional, sobre cuyos alcances será debidamente informada.</p> <p>-En los casos donde la IVE fuera producto de una violación, bastará para acreditar ese extremo la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito. Tal consentimiento debe otorgarse con pleno conocimiento de acuerdo a las menciones que presenta este indicador.</p> <p>- Consentimiento de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE, el médico recabará su</p>	<p>momento de la entrevista personas ajenas al equipo, así como la permanencia en los lugares de espera o adyacentes, siempre que se encuentren dentro del ámbito institucional, de personas que quieran manifestarse a favor o contra de la interrupción.</p> <p>Tampoco se permitirá dentro de la institución la existencia de folletería o publicidad a favor o en contra de la Ley 18.987. No está comprendida en esta disposición la folletería o documentación informativa elaborada por el Ministerio de Salud Pública.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>consentimiento (no dice informado). Luego dice que “de acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes”. Luego agrega que el médico o el equipo disciplinario consideran que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.</p>		
--	--	--	--	--	--

<p>Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud</p>	<p>*</p> <p>Arts. 2, 4, 5, 7</p> <p>- Derecho de todos los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>- Se define al personal de la salud toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.</p> <p>- Se definen los usuarios y pacientes de los servicios de salud. Usuario de un servicio de salud: toda</p>		<p>*</p> <p>Arts. 5, 11</p> <p>-El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa.</p> <p>- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.</p>	<p>*</p> <p>Arts. 4, 7, 17 f</p> <p>- Se define al personal de la salud toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no</p> <p>- Los pacientes y usuarios de los servicios de salud e tienen el derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados.</p> <p>- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno, que incluye que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.</p>	<p>*</p> <p>Art. 25</p> <p>-Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación.</p>
--	--	--	---	---	--

	<p>persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.</p> <p>- Derecho de todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados.</p>				
<p>Decreto Reglamentario 274/10 de la Ley Derechos y Obligaciones de</p>	<p>*</p> <p>Arts. 9, 10</p> <p>-Derecho de todo usuario o paciente a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.</p>		<p>*</p> <p>Capítulo VI de “Consentimiento informado”, Arts 16, 17, 18, 23, 24, 25 , 26</p> <p>-Es un derecho del paciente y un deber del profesional de la salud. Debe se comprendido</p>	<p>*</p> <p>Arts. 5, 9, 10, 17</p> <p>-Los servicios de salud desarrollarán su actividad conforme al principio de <u>calidad integral de la atención en salud</u> que, de</p>	<p>*</p> <p>-Derecho a que la usuaria o paciente se agoten todas las etapas del procedimiento para tener una decisión en caso de haber formulado una sugerencia, iniciativa,</p>

<p>pacientes y usuarios de los servicios de salud</p>	<p>- El derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes, incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.</p>		<p>por niños, niñas y adolescentes priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.</p> <p>- Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.</p> <p>-Se establecen las condiciones de la información “adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible”</p> <p>- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención</p>	<p>acuerdo a normas técnicas y <u>protocolos de actuación</u>, respete los principios de la Bioética y los derechos humanos de los usuarios y pacientes. El control de la calidad integral de la atención en salud estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien tomará en cuenta el respeto a tales principios y derechos, aplicables también a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.</p> <p>-Todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.</p> <p>-Derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes, incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.</p> <p>-Todo procedimiento de</p>	<p>consulta, petición o reclamo, así como a confidencialidad de todo el proceso, salvo consentimiento expreso o cuando por mandato legal o reglamentario deba darse conocimiento a las autoridades competentes.</p> <p>- Todos los datos personales serán protegidos en los términos de las disposiciones vigentes. Asimismo, todo usuario o paciente podrá poner en conocimiento de las gestiones a que refiere el presente artículo, a sus representantes en el órgano de dirección de la institución o cuando corresponda en el Consejo Consultivo y Asesor del servicio de salud, a los efectos de la competencia que otorga al mismo el Decreto Nro. 269/008 de 2 de junio de 2008.</p> <p>-Los servicios de salud deberán elaborar e implementar la aplicación de los documentos que sean necesarios para cumplir con lo</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez”</p> <p>- El consentimiento informado deberá ser recabado por el profesional de la salud que indica el procedimiento o por el que vaya a practicarlo, según lo determine el respectivo servicio de salud, priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.</p> <p>-En niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se</p>	<p>atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En la presente norma se establecen las condiciones de la información “adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible”</p>	<p>dispuesto por los Artículos 25 y 26 del presente Decreto, dentro de los 120 días a contar desde la vigencia del mismo.</p>
--	--	--	---	--	---

		<p>propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.</p> <p>- Los arts. 25 y 26 establecen pautas para el contenido de aquello que debe indicarse como información ofrecida por el médico tratante antes del consentimiento informado y están las características de cómo debe de quedar registrado.</p> <p>- Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos</p>		
--	--	---	--	--

			<p>relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional de la salud actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario o paciente o de terceros.</p>		
<p>Guía de abordaje a la violencia doméstica en servicios de salud – MSP.</p>					<p>Aquí se menciona que “es muy frecuente que la Violencia Doméstica se exprese en las relaciones sexuales e impidan a las mujeres controlar adecuadamente su fecundidad. El personal debe preguntar explícitamente acerca de las dificultades en el área de la sexualidad, y fortalecer los recursos de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para evitar embarazos no deseados, apoyando el uso de métodos</p>

					anticonceptivos no supeditados al control de la pareja.
--	--	--	--	--	---

ESTANDAR 2

Proteger y asegurar el derecho de la mujer a recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Espacio/escenario: Violencia contra la mujer en la atención ginecológica que no incluye prestaciones obstétricas.

NORMATIVA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, de respeto y protección a sus derechos humanos a través de programas de capacitación del personal de los servicios de salud.	Asegurar que la objeción de conciencia no genere una denegatoria del ejercicio de los derechos a la atención de la salud reproductiva a la mujer, ni su discriminación por no proveer la prestación de determinados servicios	Asegurar la confidencialidad del consentimiento informado previo de la mujer y el pleno conocimiento de causa a través de un acceso transparente a la información de modo: claro, entendible, con difusión pública y apropiado	Disponer protocolos de actuación en el personal de la salud, de información sistematizada y practicar evaluaciones de las políticas para casos de violencia sexual o reproductiva	Existencia de sistemas de responsabilidad con acceso universal y fácil.

<p>Ley 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 4, 5 e, 9, 51</p> <p>-Tiene en sus objetivos promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica para lo cual deben existir capacitaciones en el tema de la tesis.</p> <p>-Corresponde al MSP aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el SNIS, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.</p> <p>- Promover y evaluar por MSP en coordinación con otros organismos competentes el desarrollo profesional continuo de los</p>			<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 3 f), 5 f y g</p> <p>-Uno de los principios del SNIS es la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.</p> <p>- El MSP debe de instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud. La forma en la cual se registre los casos de violencia adquiere relevancia. En tanto debe de regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación para lo cual debería contar con respaldo que justifique los actos médicos en la mujer relacionado con la SSy R</p>	
--	--	--	--	---	--

	<p>recursos humanos de las entidades que integren el SNIS para responder a los principios rectores del mismo.</p> <p>- Derecho de los usuarios del SNIS el respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.</p>				
<p>Ley 18.426 de defensa a la SSyR</p>	<p>*</p> <p>Arts 2 b) y d), 3 f), 4 a 1, 4.2</p> <p>- Garantizar la formación adecuada de recursos humanos de la salud, habilidades comunicación y trato.</p> <p>-Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;</p> <p>-Corresponde al MSP dictar</p>		<p>*</p> <p>Art. 2, 3 d) y g), 4 i 2, 7</p> <p>- Las políticas y programas de SSyR tendrán como objetivos generales: garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones.</p> <p>- Establece que para la ligadura tubaria se debe hacer con consentimiento informado de la mujer. Asimismo que se deberá de promover el desarrollo de programas asistenciales desde un abordaje sanitario comprometido con los DDSSyRR derechos sexuales y reproductivos</p>	<p>*</p> <p>Art. 4b4, 6, 4f3 y 4, 4i4</p> <p>-Promover la investigación en SSyR como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.</p> <p>- Promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.</p> <p>-Protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual e incorporar a la historia</p>	

	<p>las normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p> <p>-Fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los DDSSyRR, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias.</p> <p>-Corresponde al MSP: impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los DDSSyRR.</p>		<p>como DDHH.</p> <p>- Proporcionar a las mujeres antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto.</p> <p>- Se modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia y agrega el derecho a la información, el acceso a los servicios de salud y tratamiento en niños, niñas y adolescentes así como autonomía progresiva de adolescentes.</p>	<p>clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.</p> <p>-Investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de auto cuidado específicas.</p>	
<p>Decreto Reglamentario 293/10 de la ley de defensa de la SSyR</p>	<p>*</p> <p>Art. 10</p> <p>-El MSP definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren</p>		<p>*</p> <p>Art. 5</p> <p>-Las decisiones e intervenciones en materia de SSyR se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de</p>	<p>*</p> <p>Art. 3, 4, 6</p> <p>-Los servicios de SSyR deberán brindarse con un abordaje calificado observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de</p>	

	<p>los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.</p>		<p>los servicios respectivos.</p>	<p>satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.</p> <p>-Las prestaciones en materia de SSyR se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.</p> <p>-Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.</p>	

Ley 18.897, IVE					
Decreto Reglamentario 375/12 de la ley de IVE					
Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 2, 4, 5, 7</p> <p>-Derecho de todos los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Define al personal de la salud como toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de</p>		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 5, 11</p> <p>- El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa.</p> <p>-Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 4, 7, 17 f</p> <p>-Define al personal de la salud como toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3º de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.</p> <p>-Derecho de todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 25</p> <p>-Todas las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del MSP, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación.</p>

	<p>salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3º de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.</p> <p>-Define a los usuarios y pacientes de los servicios de salud. Se define como usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.</p>		<p>informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.</p>	<p>capacitados.</p> <p>- El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud.</p> <p>- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno y que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.</p>	
				*	*

<p>Decreto Reglamentario 274/10 de la Ley Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 9, 10, 39</p> <p>-Todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.</p> <p>-Derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes, incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.</p> <p>-Las Comisiones de Bioética deben aprobación, programas y acciones de difusión y capacitación en los temas de Bioética y calidad integral de la atención dirigidos a trabajadores de la salud, usuarios y pacientes</p>		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Capítulo VI de “Consentimiento informado”, Arts 16, 17, 18, 23, 24, 25 , 26</p> <p>-Es un derecho del paciente y un deber del profesional de la salud. Debe ser comprendido por niños, niñas y adolescentes priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.</p> <p>- Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.</p> <p>-Se establecen las condiciones de la información “adecuada,</p>	<p>Arts. 5, 9, 10, 17</p> <p>-Los servicios de salud desarrollarán su actividad conforme al principio de calidad integral de la atención en salud que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la Bioética y los derechos humanos de los usuarios y pacientes. El control de la calidad integral de la atención en salud estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien tomará en cuenta el respeto a tales principios y derechos, aplicables también a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.</p> <p>-Todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.</p> <p>-Derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes,</p>	<p>-Derecho a que la usuaria o paciente se agoten todas las etapas del procedimiento para tener una decisión en caso de haber formulado una sugerencia, iniciativa, consulta, petición o reclamo, así como a confidencialidad de todo el proceso, salvo consentimiento expreso o cuando por mandato legal o reglamentario deba darse conocimiento a las autoridades competentes.</p> <p>- Todos los datos personales serán protegidos en los términos de las disposiciones vigentes. Asimismo, todo usuario o paciente podrá poner en conocimiento de las gestiones a que refiere el presente artículo, a sus representantes en el órgano de dirección de la institución o cuando corresponda en el Consejo Consultivo y Asesor del servicio de salud, a los efectos de la competencia que otorga al mismo el Decreto Nro. 269/008 de 2 de junio de 2008.</p> <p>-Los servicios de salud deberán elaborar e implementar la</p>
--	---	--	--	---	--

			<p>suficiente, continua y en lenguaje comprensible”</p> <p>- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez”</p> <p>- El consentimiento informado deberá ser recabado por el profesional de la salud que indica el procedimiento o por el que vaya a practicarlo, según lo determine el respectivo servicio de salud, priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.</p>	<p>incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.</p> <p>-Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En la presente norma se establecen las condiciones de la información “adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible”</p>	<p>aplicación de los documentos que sean necesarios para cumplir con lo dispuesto por los Artículos 25 y 26 del presente Decreto, dentro de los 120 días a contar desde la vigencia del mismo.</p>
--	--	--	---	---	--

		<p>-En niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.</p> <p>- Los arts. 25 y 26 establecen pautas para el contenido de aquello que debe indicarse como información ofrecida por el médico tratante antes del consentimiento informado y están las características de cómo debe de quedar registrado.</p>		
--	--	--	--	--

			<p>– Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional de la salud actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario o paciente o de terceros.</p>		
Guía de abordaje a la violencia doméstica en servicios de salud – MSP					
Guía en Salud	Menciona como recomendación la de capacitar a los efectores				

Sexual y reproductiva, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Capítulo Diversidad Sexual del Ministerio de Salud Pública	de salud para “mejorar el acceso y eliminar la discriminación y que todos los servicios del SNIS y los equipos de salud (personal técnico y administrativo) sean sensibilizados y capacitados para brindar una adecuada atención a las personas con orientación e identidad sexual diversa desde una perspectiva de derechos humanos y de género.				
---	---	--	--	--	--

ESTANDAR 2

Proteger y asegurar el derecho de la mujer a recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Espacio/escenario: Atención integral en salud que deben recibir las mujeres en casos de violencia sexual o reproductiva ocurridos fuera del sistema de salud

NORMATIVA	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, de respeto y protección a sus derechos humanos a través de programas de capacitación del personal de los servicios de salud.	Asegurar que la objeción de conciencia no genere una denegatoria del ejercicio de los derechos a la atención de la salud reproductiva a la mujer, ni su discriminación por no proveer la prestación de determinados servicios	Asegurar la confidencialidad del consentimiento informado previo de la mujer y el pleno conocimiento de causa a través de un acceso transparente a la información de modo: claro, entendible, con difusión pública y apropiado	Disponer protocolos de actuación en el personal de la salud, de información sistematizada y practicar evaluaciones de las políticas para casos de violencia sexual o reproductiva	Existencia de sistemas de responsabilidad con acceso universal y fácil.

<p>Ley 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 4, 5 e, 9, 51</p> <p>-Tiene en sus objetivos promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica para lo cual deben existir capacitaciones en el tema de la tesis.</p> <p>-Corresponde al MSP aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el SNIS, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.</p> <p>- Promover y evaluar por MSP en coordinación con otros organismos competentes el desarrollo profesional continuo de los</p>			<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 3 f), 5 f y g</p> <p>-Uno de los principios del SNIS es la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.</p> <p>- El MSP debe de instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud. La forma en la cual se registre los casos de violencia adquiere relevancia. En tanto debe de regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación para lo cual debería contar con respaldo que justifique los actos médicos en la mujer relacionado con la SSy R</p>	
--	--	--	--	---	--

	<p>recursos humanos de las entidades que integren el SNIS para responder a los principios rectores del mismo.</p> <p>- Derecho de los usuarios del SNIS el respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.</p>				
<p>Ley 18.426 de defensa a la SSyR</p>	<p>*</p> <p>Arts 2 b) y d), 3 f), 4 a 1, 4.2</p> <p>- Garantizar la formación adecuada de recursos humanos de la salud, habilidades comunicación y trato.</p> <p>-Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;</p>		<p>*</p> <p>Art. 2, 3 d) y g), 4 i 2, 7</p> <p>- Las políticas y programas de SSyR tendrán como objetivos generales: garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones.</p> <p>- Establece que para la ligadura tubaria se debe hacer con consentimiento informado de la mujer. Asimismo que se deberá de promover el desarrollo de programas asistenciales desde un abordaje sanitario comprometido con los DDSSyRR derechos</p>	<p>*</p> <p>Art. 4b4, 6, 4f3 y 4, 4i4</p> <p>-Promover la investigación en SSyR como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.</p> <p>- Promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.</p> <p>-Protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual e incorporar a la historia</p>	

	<p>-Corresponde al MSP dictar las normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes.</p> <p>-Fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los DDSSyRR, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias.</p> <p>-Corresponde al MSP: impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los DDSSyRR.</p>		<p>sexuales y reproductivos como DDHH.</p> <p>- Proporcionar a las mujeres antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto.</p> <p>- Se modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia y agrega el derecho a la información, el acceso a los servicios de salud y tratamiento en niños, niñas y adolescentes así como autonomía progresiva de adolescentes.</p>	<p>clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.</p> <p>-Investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de auto cuidado específicas.</p>	
<p>Decreto Reglamentario 293/10 de la ley de defensa a la SSyR</p>	<p>*</p> <p>Art. 10</p> <p>-El MSP definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los</p>		<p>*</p> <p>Art. 5</p> <p>-Las decisiones e intervenciones en materia de SSyR se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado</p>	<p>*</p> <p>Art. 3, 4, 6</p> <p>-Los servicios de SSyR deberán brindarse con un abordaje <u>calificado</u> observando indicadores básicos y evaluando</p>	

	<p>profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.</p>		<p>de la usuaria o usuario de los servicios respectivos.</p>	<p>periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad. -Las prestaciones en materia de SSyR se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas. -Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.</p>	
<p>Ley 18.897de</p>	<p>* Art. 3</p>			<p>* Art. 12, 13 c),</p>	

IVE	<p>-Se indican que las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.</p>			<p>-El MSP deberá llevar un registro estadístico de los abortos que se realicen y en particular con aquellos que son realizados de acuerdo con las excepciones del Art. 3 que incluyen a la violación.</p> <p>-El personal de la salud debe de garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros, sea para continuar o interrumpir el embarazo. Se entiende por presiones de terceros, el que se encuentren presentes al momento de la entrevista personas ajenas al equipo, así como la permanencia en los lugares de espera o adyacentes, siempre que se encuentren dentro del ámbito institucional, de personas que quieran manifestarse a favor o contra de la interrupción.</p> <p>Tampoco se permitirá dentro de la institución la existencia de folletería o publicidad a favor o en contra de la Ley</p>	
------------	--	--	--	--	--

				18.987. No está comprendida en esta disposición la folletería o documentación informativa elaborada por el Ministerio de Salud Pública.	
Decreto Reglamentario 375/12 de la Ley de IVE	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 18</p> <p>-En los casos donde la IVE fuera producto de una violación bastará para acreditar ese extremo la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Arts. 25 y 27, 29</p> <p>-Las instituciones autorizadas deberán celebrar convenios y contratos para que las usuarias que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo amparadas por la ley que se reglamenta tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos.- Cuando la usuaria solicite la interrupción del embarazo frente a una de las instituciones amparadas por el inciso segundo del artículo 10 de la Ley 18.987 la institución deberá realizar todos los procedimientos previos al</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 18 y 37</p> <p>-En los casos donde la IVE fuera producto de una violación bastará para acreditar ese extremo la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito.</p> <p>-El consentimiento de la menor de 18 años no habilitada en caso de IVE,</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 18</p> <p>-En los casos donde la IVE fuera producto de una violación bastará para acreditar ese extremo la exhibición de la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante, el que dejará constancia de la exhibición de la denuncia original en la historia clínica, incorporará una copia de la misma y asentará que la mujer desea interrumpir el embarazo, debiendo prestar su consentimiento informado por escrito.</p>	

		<p>acto médico que implica la interrupción del embarazo. En este caso la Institución deberá derivar a la usuaria a otra institución que preste el servicio a efectos de la interrupción.-</p> <p>-Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico. El ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma.</p>	<p>el médico recabará su consentimiento (no dice informado). De acuerdo a la edad de la niña o adolescente el médico Ginecólogo o el equipo interdisciplinario propenderán a que la decisión de interrumpir el embarazo se adopte en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de confianza de la menor, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes. El médico o el equipo disciplinario deben considerar que la menor puede prestar un consentimiento válido solo podrán notificar a los padres o representantes legales si la menor los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional, lo que deberán dejar asentado en la historia clínica bajo firma de la menor.</p>		
--	--	---	--	--	--

<p>Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 2, 4, 5, 7</p> <p>-Derecho de todos los pacientes y usuarios a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.</p> <p>-Define al personal de la salud como toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.</p> <p>-Define a los usuarios y pacientes de los servicios de salud. Se define como usuario de un servicio de</p>		<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 5, 11</p> <p>- El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa.</p> <p>-Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 4, 7, 17 f</p> <p>-Define al personal de la salud como toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.</p> <p>-Derecho de todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados.</p> <p>- El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud.</p> <p>- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno y que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a</p>	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Art. 25</p> <p>-Todas las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del MSP, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación.</p>
--	---	--	--	---	--

	<p>salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.</p>			<p>violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.</p>	
<p>Decreto Reglamentario 274/10 de la Ley Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de</p>	<p>* Art. 9, 10, 39 -Todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado. -Derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes, incluye la protección de su</p>		<p>* Capítulo VI de “Consentimiento informado”, Arts 16, 17, 18, 23, 24, 25 , 26 -Es un derecho del paciente y un deber del profesional de la salud. Debe ser comprendido por niños, niñas y adolescentes priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.</p>	<p>* Arts. 5, 9, 10, 17 -Los servicios de salud desarrollarán su actividad conforme al principio de calidad integral de la atención en salud que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la Bioética y los derechos</p>	<p>* -Derecho a que la usuaria o paciente se agoten todas las etapas del procedimiento para tener una decisión en caso de haber formulado una sugerencia, iniciativa, consulta, petición o reclamo, así como a confidencialidad de todo el proceso, salvo consentimiento expreso o</p>

<p>salud</p>	<p>intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.</p> <p>- Las Comisiones de Bioética deben aprobación, programas y acciones de difusión y capacitación en los temas de Bioética y calidad integral de la atención dirigidos a trabajadores de la salud, usuarios y pacientes</p>		<p>- Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.</p> <p>- Se establecen las condiciones de la información “adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible”</p> <p>- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los</p>	<p>humanos de los usuarios y pacientes. El control de la calidad integral de la atención en salud estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien tomará en cuenta el respeto a tales principios y derechos, aplicables también a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.</p> <p>- Todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.</p> <p>- Derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes, incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.</p> <p>- Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa</p>	<p>cuando por mandato legal o reglamentario deba darse conocimiento a las autoridades competentes.</p> <p>- Todos los datos personales serán protegidos en los términos de las disposiciones vigentes. Asimismo, todo usuario o paciente podrá poner en conocimiento de las gestiones a que refiere el presente artículo, a sus representantes en el órgano de dirección de la institución o cuando corresponda en el Consejo Consultivo y Asesor del servicio de salud, a los efectos de la competencia que otorga al mismo el Decreto Nro. 269/008 de 2 de junio de 2008.</p> <p>- Los servicios de salud deberán elaborar e implementar la aplicación de los documentos que sean necesarios para cumplir con lo dispuesto por los Artículos 25 y 26 del presente Decreto, dentro de los 120 días a contar desde la vigencia del mismo.</p>
---------------------	---	--	--	---	---

			<p>casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez”</p> <p>- El consentimiento informado deberá ser recabado por el profesional de la salud que indica el procedimiento o por el que vaya a practicarlo, según lo determine el respectivo servicio de salud, priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.</p> <p>-En niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos</p>	<p>información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.</p> <p>En la presente norma se establecen las condiciones de la información “adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible”</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes.</p> <p>- Los arts. 25 y 26 establecen pautas para el contenido de aquello que debe indicarse como información ofrecida por el médico tratante antes del consentimiento informado y están las características de cómo debe de quedar registrado.</p> <p>– Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional de la salud</p>		
--	--	--	---	--	--

			actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario o paciente o de terceros.		
Guía de abordaje a la violencia doméstica en servicios de salud – MSP					
Guía en Salud Sexual y reproductiva, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Capítulo Diversidad	Se debe visibilizar y respetar la diversidad sexual en el sistema de salud es garantizar el derecho al acceso a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.				

Sexual del Ministerio de Salud Pública					
---	--	--	--	--	--

Capítulo 8

Análisis de la información relevada y recomendaciones

En el capítulo anterior hice el cotejo de una selección normativa nacional con los estándares de DDHH y sus indicadores de resultado. De ahí surgió como un primer dato general, el destacable esfuerzo de las autoridades de la salud en progresar hacia la incorporación del enfoque de DDHH y la perspectiva de género en la legislación, aunque de acuerdo a la narración cronológica que hice en este estudio, la forma de avance a lo largo del tiempo podría a su vez encerrar una debilidad. Cabe aquí mencionar que en el mes de marzo de 2016, fue anunciado el envío al Parlamento de Uruguay de una ley integral de VCM. Definitivamente ese puede ser un paso clave para intentar consolidar en un solo cuerpo legal las diferentes variantes de VCM en la SSyR. Pero dado que el estudio de esta tesis lo comencé mucho tiempo antes de ser público este proyecto de ley, como por otra parte el proceso legislativo apenas ha comenzado y por lo tanto su texto final podría sufrir modificaciones, no he considerado pertinente detenerme en un análisis de un escenario hipotético, aunque muchas de las recomendaciones que aquí realizo ojalá puedan ser útiles para dicho proceso legislativo.

Ya para proseguir con el estudio, puedo observar que si bien están considerados los derechos que son afectados cuando se presentan casos de VCM en la atención de la SSyR en la normativa nacional seleccionada, de conformidad con la propuesta metodológica y tal como desarrollaré a continuación, no tienen una incorporación adecuada. El resultado de mi análisis se podrá ver a lo largo de todo este capítulo donde formularé recomendaciones en cada tema abordado. Para seguir el orden planteado oportunamente, tomé las preguntas específicas indicadas en el Capítulo 5, Título 5.2 y las incorporé en los títulos que se ven a continuación, bajo los cuales organizo el análisis y las recomendaciones.

Título 8.1- El enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género en la normativa analizada.

8.1.1- Las lagunas normativas en las manifestaciones de VCM en la atención de la SSyR.

En líneas generales, el análisis va a estar seriamente condicionado al no tener en el espacio normativo actual conductas tipificadas o calificadas como formas de VCM en la atención de la SSyR. Es decir, según la locución latina de *lege ferenda*¹⁰ si la ley calificara, por ejemplo, cuando estamos ante una situación de violencia obstétrica, podría entonces responder como es considerado el enfoque de los DDHH y la perspectiva de género en este caso, pero de *lege lata*, nuestro ordenamiento ha guardado silencio respecto a definir esta manifestación. Pese a esta situación de condicionamiento inicial para el análisis, de todos modos voy a continuar profundizando a través del planteo de algunas interrogantes: ¿puede una mujer ejercer adecuadamente su derecho a una SSyR libre de violencia, sin tener una normativa que conceptualice sus principales manifestaciones?. Otra pregunta conectada con la anterior sería: al no disponer de conceptos definidos a nivel normativo sobre formas de VCM en la atención de la SSyR ¿cómo puede el MSP fiscalizar adecuadamente que no se produzcan casos de violencia en la atención de la SSyR cuando las distintas manifestaciones presentan fronteras grises?. Aquí podría ensayarse una respuesta diciendo que tales vacíos legales pueden ser llenados a través de la interpretación o integración normativa según sea el caso, esto es, aplicando los principios y objetivos de la normativa de SSyR para adaptarlos a cada caso concreto; pero hay que reconocer que el resultado de ese proceso dependerá mucho del contexto de razonamiento del intérprete y eso es demasiado riesgoso en esta área donde se produce la VCM. Porque adicionalmente y para sumar otro factor de distorsión, tampoco el intérprete contará con un concepto de “perspectiva de género” que le sirva de apoyo, porque las diferentes menciones tampoco están definidas, según fue visto oportunamente en el título 2.3.4 de este estudio.

Dentro de este marco, las respuestas a las interrogantes planteadas, enseñan una dificultad para ejercer y visibilizar derechos por más evidente; por lo que desde mi mirada sería deseable tener a las principales acepciones sobre las modalidades de VCM en la atención de la SSyR definidas u orientadas legislativamente para que no queden liberadas en su contenido y acotar la discrecionalidad de un ocasional intérprete. Las recomendaciones específicas sobre este punto son vistas en la siguiente sección, pero

10 Rodríguez, A., Galetta de Rodríguez, B. (2008). “Diccionario Latín Jurídico, Locuciones latinas de aplicación jurídica actual” p. 70.

puedo adelantar que la ventaja de contar con definiciones conceptuales consistentes o listados de conductas prohibidas es que colaboran en dar visibilidad a las modalidades de violencia, en guiar el contenido de las capacitaciones del personal de salud, en generar responsabilidades a quienes incumplan y en elevar la concientización de las mujeres para su denuncia en caso de violación a sus derechos. Además se debe ser mucho más enfático en el texto de toda la normativa relacionada con la VCM en la atención de la SSyR que esto constituye una violación de los DDHH, y de ese modo atraer a este campo no solo a todos los partícipes del SNIS, sino también aquellas instituciones que hacen veeduría del cumplimiento de estos derechos como por ejemplo el Institución Nacional de Derechos Humanos del Uruguay.¹¹

8.1.2- **La coherencia regulatoria y conceptual respecto de las acepciones y manifestaciones más relevantes de VCM en la atención de la SSyR**

Con respecto a la coherencia regulatoria en primer lugar mencionar brevemente su concepto. Según Jeff Collin (2012)¹² su definición tiene un sentido negativo y uno positivo. Su sentido negativo es cuando se describe como la ausencia de coherencia o inconsistencias que producen un deterioro mutuo entre las diferentes políticas. En su sentido positivo, significa la interacción de las políticas con vista a la consecución de los objetivos primordiales. La coherencia regulatoria se dirige hacia un proceso de mejora en la gobernanza del sistema de salud y una herramienta para alcanzar legislaciones más eficientes. En el caso de estudio de esta tesis la coherencia regulatoria estaría dada en la búsqueda de congruencia entre las políticas o programas de SSyR con las demás políticas de salud, que directa o indirectamente se conecten con ellas, es decir, por un lado la búsqueda de inconsistencias entre las regulaciones y por otro lado, el promover interacciones articuladas entre distintas autoridades con competencia, para hacer más exitosos los objetivos.

A continuación voy a citar algunos ejemplos para ilustración. Uno de los casos donde quizá esto se pueda ver claro y es reiterado, está referido a la mención de la perspectiva de género en diferentes leyes sin contar con un concepto consistente de acuerdo con las

¹¹ Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo - Uruguay. Disponible en <http://inddhh.gub.uy/>

¹² Collin, J. (2012). *“Tobacco control, global health policy and development: towards policy coherence in global governance”*. El autor dice (en inglés): *“The term policy coherence connotes negative and positive senses. Its negative sense describes the absence of coherence or ‘of inconsistencies between and the mutual impairment of different policies’ while positive usage ‘means the interaction of policies with a view to achieving overriding objectives’*

materias que pretende regular. Ya ha sido indicado ampliamente en este estudio por lo que remito su lectura sobre este punto al Capítulo 2, Título 2.

Otro ejemplo, tiene relación con el Estándar 1 en su indicador sobre el acceso a información y en el Estándar 2 en su indicador sobre el consentimiento informado.

Veamos como esos aspectos están regulados según el siguiente esquema:

Ley 18.211 SNIS	Se debe de respetar <u>el derecho a una decisión informada</u> sobre la situación de salud de las usuarias.
Ley 18.426 SSyR	Se debe brindar a la mujer <u>información suficiente</u> sobre trabajo de parto, parto y post parto para que pueda elegir las intervenciones médicas si existieren alternativas.
Decreto 293/10 de SSyR	Se debe de <u>asesorar</u> a la mujer sobre problemas relativos a la reproducción. También <u>brindar información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada</u> desde el punto de vista científico y el marco de los <u>derechos humanos</u> , que facilite la toma de <u>decisiones personales libres, conscientes e informadas</u> durante todo el proceso de atención
Ley 18.897 de IVE	La mujer <u>debe prestar consentimiento informado</u> en caso querer ampararse a la ley de IVE.
Decreto 375/12 de IVE	Los prestadores de salud y personal médico se deben guiar por principios y normas de actuación regidos por <u>los principios de confidencialidad, consentimiento informado y de respeto a la autonomía de la voluntad.</u>
Ley 18.335 DD y OO de pacientes y usuarios de servicios de salud	Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir <u>información adecuada, suficiente y continua-</u> y el profesional de salud
Decreto 274/10 de DD y OO de pacientes y usuarios de servicios de salud	El otorgamiento del <u>consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional</u> de la salud. Se establecen las condiciones de <u>la información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible.</u>

Por lo que se observa en la tabla anterior, el acceso a la información y el derecho al consentimiento informado tienen fuentes y regulaciones en distintas leyes y reglamentos las que establecen diversas características que se deben de asegurar para su otorgamiento. Por tanto la competencia regulatoria en este caso recae en varias autoridades pudiéndose generar en la teoría diversos modelos de consentimiento que dificultaría la fiscalización del cumplimiento efectivo de la norma así como un deterioro de la política. Por ejemplo, la elaboración del consentimiento informado mencionado por la Ley 18.335 recaería en el propio prestador o efector de salud, sin embargo, bajo el amparo de la Ley 18.426 ese mandato, tendría que recaer, o ser controlado por la unidad especializada en género del MSP. Siendo que por otra parte, el contenido de un consentimiento informado relacionado a la SSyR de la Ley 18.426 podrá tener puntos en común con determinados actos médicos regulados por la Ley 18.335, pero en otras áreas de la SSyR tendrá contenidos específicos que deben ser contemplados de manera especial.

Entonces la coherencia regulatoria deseable pasaría por tener en este campo una autoridad regulatoria (única o coordinada), que tendrá a su cargo la competencia para reglamentar el acceso a la información y el consentimiento informado, así como la de realizar las evaluaciones periódicas y que contará con la experiencia específica para el diseño y el desarrollo de una política o programa implementada con perspectiva de género sobre la VCM en la atención de la SSyR.

Otro ejemplo que surge del Estándar 2 en su indicador sobre “Disponer protocolos de actuación en el personal de la salud, de información sistematizada y practicar evaluaciones de las políticas para casos de violencia sexual o reproductiva”. Allí, en el cuadro que corresponde a ley de defensa a la SSyR es mencionado que se debe “promover el parto humanizado”. Siendo que por otra parte, su decreto reglamentario menciona que se deben de “crear las condiciones para la humanización del parto institucional”, según lo veremos a continuación:

<p>Ley 18.426 SSyR</p>	<p>Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados</p>

Decreto reglamentario de la 293/10 de la ley de SSyR	Se deben crear las condiciones para la humanización del parto institucional.
---	--

En el caso que vemos en la tabla, según el texto de la Ley 18.426 se debe de “promover” el parto humanizado y respetar las pautas culturales de la protagonista, pero su reglamento no lo regula de ese modo, sino que se refiere a crear las condiciones para la “humanización del parto institucional”. Entonces encontramos inconsistencia regulatoria y conceptual al no contar con una definición de “parto humanizado” que según la ley hay que promover, aunque de la lectura de las notas que le caracterizan mencionadas en ese mismo artículo de la ley, pudo haber sido reglamentado de otra forma. Para continuar con el razonamiento, voy a apoyarme con los principios del modelo de parto humanizado que ofrecí en este estudio, siendo uno de los mencionados el derecho a la libertad de decidir sobre dónde y con quien estar acompañada al momento de parir (Título 2.4.1). Por lo cual, la libertad de decidir donde parir como principio, sumado al respeto a las pautas culturales establecido en la ley, ambos factores pueden conducir a que la mujer no quiera parir dentro de la institución. Quiero dejar en claro que es de un enorme valor y de respeto por el derecho a la salud de la mujer el humanizar el parto institucional dado que coadyuva en el descenso de la morbi mortalidad materna al momento del parto como vimos antes, así como el disminuir el porcentaje de cesáreas, por citar alguno de sus beneficios. Es destacable además el esfuerzo de promover las salas para nacer en dentro del SNIS. Sin perjuicio de lo anterior, desde mi punto de vista, la ley y su decreto reglamentario regulan dos aspectos no necesariamente contradictorios pero distintos en lo conceptual, dado que la “humanización del parto institucional”, en el sentido conocido, es un parto dentro del sistema de salud y el modelo de parto humanizado no implica necesariamente un parto institucional.

Un caso más para ilustrar estaría dado por el hecho del mandato de la Ley 18.426 de defensa de la SSyR (Art. 4.f. 3) y Art. 13 d) de su decreto reglamentario que refieren a “*protocolizar* la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual” y a “cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios”. Según interpreto el sentido de la norma, el término “protocolizar la atención” tiene que estar dirigido a establecer pautas o reglas de actuación para esos casos de violencia. Sin

embargo de la búsqueda realizada a través de las páginas web del MSP, o del Centro de Información Oficial (IMPO) no encontré un protocolo para los casos específicos de violencia sexual según lo detallado en la Título 2.4.3.¹³

Ya para finalizar esta sección, encuentro que la principal debilidad advertida de la normativa relevada en su cotejo con los estándares radica en el vacío de las definiciones de las manifestaciones de VCM más relevantes en la atención de la SSyR, o en las múltiples fuentes regulatorias que dificultan la interpretación hermenéutica de los textos así como de ciertas disposiciones legales sin contenido regulatorio consistente.

En mérito a lo cual y como recomendación se advierte la necesidad de unificar criterios, asignar contenidos consistentes a ciertas acepciones y asegurar la coherencia regulatoria con una autoridad de de aplicación (sola o coordinada), porque ello derivará en una incorporación adecuada del enfoque de DHH y de la perspectiva de género.

Título 8.2 - La estructura de la legislación y el poder regulatorio de las autoridades de aplicación para una incorporación adecuada del enfoque de derechos humanos y de la perspectiva de género

8.2.1- ¿Ley o Reglamento?

Voy a referirme aquí a un aspecto que considero relevante para tener una estructura normativa integral que incorpore de forma idónea el enfoque de DDHH y la perspectiva de género, que consiste en primer lugar en un sentido general de encontrar el adecuado equilibrio entre la ley y el reglamento. Los aspectos que pueden colaborar con este punto pasan por disponer de una clara delimitación de los estándares de DDHH que se aspiran alcanzar como así también de las fuentes de derecho internacionales de las que se derivan obligaciones que el país debe de cumplir. Asimismo, es importante contar con un conjunto de indicadores para valorar como serán cumplidos los estándares. Una vez resuelto lo anterior, entonces hay que determinar qué aspecto quedará de modo indelegable en el acto legislativo, y cual quedará para el acto administrativo o reglamentario, esto es, definir de antemano el límite y equilibrio entre la materia de reserva legal y la materia administrativa o política. Encontrar tal equilibrio, posibilitará que ciertos conceptos que hoy se asumen como incontrastables

¹³ Además del Protocolo de Colombia mencionado en el Título 2.4.3, puede citarse un ejemplo en Argentina para casos de las víctimas de violencia sexual. Disponible en http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf

vayan a la ley, pero en cambio hay otros donde la evidencia científica es dinámica porque aún está desarrollándose, como por ejemplo el modelo de parto humanizado o algunas formas de violencia que al día de hoy no son visibles, donde cerrarlos a una definición expresa y estricta de la ley puede dejar poco margen para incorporar a futuro nuevas prácticas más positivas para proteger el derecho a la salud a través de la vía administrativa, sin la necesidad de pasar por el gravoso proceso de una reforma legislativa. Es cierto que diversas pueden ser las razones que den lugar a la opción e incluso a la tentación, de dejar que ciertos aspectos de importancia los regule el reglamento antes que la ley, por cuanto el acto administrativo es por naturaleza más flexible y en teoría de más ágil aprobación pero en los hechos, esto debiera ser una decisión basada en la evidencia científica y en la ponderación de derechos. Por ejemplo, realizar un relevamiento periódico de opiniones de usuarias de servicios de SSyR o contemplar un período de tiempo hacia atrás y consultar su opinión sobre los tratos que han recibido en la atención médica sería un aspecto que puede cubrir un reglamento mucho más eficazmente que si es incorporado en una ley. De esta manera se puede determinar más específicamente cuáles de las manifestaciones vistas son las más prevalentes en Uruguay y así poder luego señalarlas más en detalle en reglamentos o protocolos.

Así entonces que voy a dejar atrás las consideraciones generales y pasar a aspectos más específicos. Lo mencionado a continuación no es un modelo de proyecto de ley, dado que excedería a todas luces el objetivo de la tesis, pero haré sugerencias que son resultado del análisis.

a) En la sección denominada como las *disposiciones generales* de la ley, deberían estar los principios de DDHH relacionados con la SSyR. Dado que estos principios emanan de diversas fuentes, principalmente de las convenciones internacionales ratificadas por Uruguay, es conveniente hacer un diagnóstico exhaustivo para lograr extraerlos y poder tenerlos agrupados en un mismo texto. Pueden mencionarse aquí el derecho a la educación e información, a la libertad y seguridad, a la integridad, a decidir si tener o no hijos y cuando, a la privacidad y confidencialidad, a la atención y protección de la salud entre otros según los he ido mencionando a lo largo de toda esta investigación.

También en esta sección se deben de incluir los objetivos legislativos conformados por el objetivo general y los objetivos específicos. El objetivo general tendría que enfatizar

en la promoción y en el fortalecimiento de la defensa de los DDHH de todas las personas y de las mujeres en particular, alentando el pleno ejercicio de los derechos sexuales y/o reproductivos para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. Asimismo puede determinar el fuero de aplicación y la naturaleza de orden público en tanto establece algunas normas de carácter irrenunciables. En cuanto a los objetivos específicos, ellos se derivan del objetivo general y están relacionados con el/los propósito/s buscado por la normativa.

b) Luego, en las *disposiciones específicas* de la ley y según el objetivo de la tesis, se tendrían que incluir a las definiciones u orientaciones de definición sobre “violencia basada en género y/o violencia contra la mujer”, “violencia en la salud sexual”, “violencia en la salud reproductiva”, “violencia obstétrica”, “violencia institucional”, “perspectiva de género”, “evaluación sensible al género” y “parto humanizado” aunque como ya expresé, cuidando el equilibrio de no cerrar las definiciones en aquellos puntos donde la evidencia puede enseñar nuevos elementos que deberán actualizarse a través de la vía administrativa. También se deben de establecer quiénes son las personas físicas/jurídicas responsables y/o pasibles de ser sancionadas, la/s autoridad/es con competencia para fiscalizar y aplicar las sanciones, indicando una amplia gama de consecuencias previstas para el incumplimiento. Respecto con las consecuencias (administrativas y/o civiles o penales, en lo correspondiente) por el incumplimiento a la normativa, una vez hayan sido calificadas las conductas sancionables, tendrían que establecer de un modo general como responsables, por acción u omisión, a todas aquellas conductas provengan de personas físicas o jurídicas (incluso analizando de establecer ciertos casos de responsabilidad objetiva), que atenten o agredan los derechos sexuales o reproductivos de las mujeres. Posteriormente, tendrían que indicarse sanciones específicas en aquellas situaciones que se valoren como de mayor gravedad *per se*, o conforme a las consecuencias que la violencia produzca en la salud de la mujer según su acepción más amplia. A modo de ejemplo: en la normativa citada se establece el derecho de la paciente y el deber del profesional de la salud de obtener el previo consentimiento informado para proceder a la ligadura tubaria; sin embargo no existe una consecuencia específica prevista para el caso de proceder a hacerlo sin respetar el debido consentimiento, sino que le cabrían la sanciones legales generales. En función de los derechos tutelados, deberían establecerse consecuencias específicas cuando esta se realiza sin el consentimiento previo e informado de la mujer. Para ello y en cuanto al marco general, es importante que se realice un adecuado diagnóstico legal con lo que se

dispone como vigente en el derecho positivo en materia de consecuencias civiles o penales. En la materia penal, no necesariamente se tendrían que aprobar tipos penales nuevos en todos los casos a través de leyes especiales, porque algunas de las conductas punibles podrían insertarse en tipos penales tradicionales o ya existentes, como lesiones y otros, aunque si en esos casos tendrían que darse las remisiones de forma expresa para cuidar la coherencia regulatoria.

c) En las *disposiciones finales* de la ley, estimo que puede ser de importancia estratégica incluir, una cláusula de interpretación para que asista y acote la discrecionalidad del aplicador del derecho en casos de zonas grises o lagunas. Tal disposición tendría que establecer que en el caso de duda sobre el alcance e interpretación del sentido de la ley, siempre prevalecerá aquella interpretación que tutele de mejor forma los principios de DDHH y la protección del derecho a la salud de la mujer en particular lo cual está conectado con lo mencionado al comienzo en las disposiciones generales. También debería incluirse la responsabilidad del Estado en la implementación de la Ley y en caso de existir programas o proyectos articulados con otros organismos o poderes públicos el MSP tendrá la autoridad de coordinación, para aumentar la coherencia regulatoria. Se debe de contemplar un poder regulatorio amplio del MSP para disponer las medidas administrativas necesarias para el cumplimiento de los principios generales y objetivos de la ley, previendo la posibilidad de incorporar las nuevas recomendaciones y/o directrices aprobadas por la OMS. Asimismo, debería ir en esta sección el mandato de la evaluación periódica y sensible al género, con participación coordinada de la sociedad civil, sobre la efectividad de las medidas y de las estrategias específicas para los sectores vulnerables de acuerdo a lo que se verá en la siguiente sección. Y en pro de mejorar la transparencia podría valorarse disponer de un registro de naturaleza pública, en donde las usuarias y el público en general del SNIS conozcan los antecedentes de los prestadores o efectores de salud respecto al cumplimiento de casos de VCM en la atención de la SSyR, y por otra parte permita a las autoridades conocer si existe reincidencia o antecedentes de la institución a los efectos de aumentar las penas previstas.

Para finalizar esta sección deseo reflexionar en cuanto a que ha sido habitual que la voluntad política que hoy juega a favor de una política, mañana puede jugar en contra, por lo que una normativa que contenga de forma expresa los principios de DDHH relacionados con la protección de la SSyR enunciados a lo largo de este estudio

funcionarán como un límite o piso mínimo, donde siempre las autoridades podrán ir más allá si de proteger el derecho a la salud se trata pero nunca por debajo, en consonancia con los principios de desarrollo progresivo y no regresividad en materia de salud (aplicable tanto a la ley como al reglamento). Esto enseña la relevancia de vincular los DDHH a esta política para que cualquier intento regresivo posterior se presuma inconstitucional:

Una vez el Legislador o las autoridades administrativas han ampliado el nivel de satisfacción de unos de estos derechos se encuentran limitadas para adoptar medidas regresivas. De adoptarse estas medidas se presumen inconstitucionales y deben ser justificadas plenamente por referencia a la totalidad de derechos previstos en el PIDESC y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de recursos de los que se disponga. (“Itinerario de la jurisprudencia colombiana de control constitucional como mecanismo de protección de derechos humanos”, 2009, p. 207)

8.2.2- Evaluación sensible al género en el texto de la ley incluyendo la participación de la sociedad civil organizada.

Ahora voy a pasar a otro aspecto que favorecerá tanto en alcanzar una adecuada incorporación del enfoque de DDHH y la perspectiva de género como también en encontrar el sentido específico al concepto de más alto nivel posible de salud: me estoy refiriendo a la evaluación sensible al género de la política o los programas relacionados a la VCM en la atención de la SSyR. Voy a poner algunos ejemplos para ilustrarlo mejor.

En el Estándar 1, puedo observar que hay cumplimiento de los indicadores relacionados con la accesibilidad geográfica, económica y de horario a los servicios de SSyR para todos los grupos de mujeres. Esto se debe por una parte a la vigencia de un SNIS que incorpora la posibilidad de celebrar convenios entre prestadores de salud para poder ofrecer servicios en todo el territorio nacional, así como la gratuidad de algunos servicios básicos. El cumplimiento de este indicador es, por decirlo de alguna manera, más fácil de constatar porque se conecta con aspectos verificables, dicho en el sentido que depende de la existencia de infraestructura o de presupuesto económico que son factores tangibles, pero es mucho más difícil de verificar el cumplimiento de otros indicadores cuando dependen del ejercicio de un derecho. En efecto, hay un indicador del Estándar 2 relacionado con el fomento del conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia así como del respeto y protección a sus DDHH que se logra a través de programas de capacitación del personal de los servicios de salud. Si bien luego del cotejo realizado en las tablas, vemos que hay

reiteradas menciones legales que los contemplan, mi comentario principal es que no integra adecuadamente el enfoque de DDHH porque no encuentro una evaluación necesaria para poder confirmar que realmente se cumpla con el acceso a la información en forma apropiada y que las capacitaciones al personal de la salud sean eficaces de acuerdo con el sentido de la ley.

Veamos otro ejemplo: en las dos tablas de estándares se incorporan como principios de DDHH indicadores relacionados con el acceso a la información para otorgar el consentimiento informado. Allí se dice que se debe brindar a la mujer, información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y en el marco de los derechos humanos para que se facilite la toma de decisiones personales libres y conscientes. También puede verse en otros ejemplos, cuando es mencionado en la Ley 18.335 el concepto de “calidad integral de atención” o el diseño de “protocolos de actuación” en la Ley 18.426.

Según la información relevada, las capacitaciones al personal de la salud en aspectos relacionados con la atención de la SSyR la realiza el propio prestador de salud o en casos más excepcionales es ofrecida por terceros. En cuanto al diseño de los protocolos de actuación que según la ley se deben emitir, no pude ubicar en mi búsqueda alguno relacionado a los casos de VCM en la atención de la SSyR, sino que como vimos en los textos legales analizados estos se conectan como norma supletoria, con la normativa de violencia doméstica (Ver también a este respecto lo que menciono en el Título 8.1.2).

Entonces me pregunto ¿cómo son evaluados todos esos principios contenidos en normas programáticas para asegurar que efectivamente cumplan con las características y condiciones establecidas?.

De acuerdo a lo señalado por Espinosa Fajardo, el disponer de un sistema de evaluación consiste en tener un nivel de análisis más amplio y profundo que el monitoreo acerca del diseño de una intervención, su pertinencia y efectos e impactos alcanzados. La evaluación centra el interés en el análisis de los efectos y resultados (“El enfoque de género en la evaluación de políticas y programas”. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP), 2012. (Hipertexto Unidad 2, Sección 5).

Por consiguiente, considero de acuerdo a lo estudiado que es muy importante que la propia legislación y a texto expreso incorpore la obligación del Estado de realizar evaluaciones sensibles al género, de forma periódica, en las que además participe de forma coordinada un agente externo como es la sociedad civil.

Según expresa Julia Espinosa Fajardo en “La evaluación sensible al género: una herramienta para mejorar la calidad de ayuda”:

Ha sido a partir de la Conferencia de Beijing (1995) cuando la igualdad de género se ha reconocido como un prerrequisito para el desarrollo y las políticas públicas, nacionales internacionales, han comenzado, poco a poco y de forma desigual, a integrarla... De la mano de Beijing y la estrategia de transversalidad de la perspectiva de género, la mirada evaluativa empezó a plantearse la necesidad de integrar horizontalmente esta perspectiva de análisis en todos los ejercicios de evaluación (2010, p. 2687).

A este respecto algunos autores mencionan el “criterio de participación como sustantivo a la hora de proponer evaluaciones con enfoque de género” y agregan que “el criterio de participación intenta valorar y recoger el grado de implicación de los actores directos de la acción. Es un factor clave que facilita y puede garantizar la viabilidad de una acción o proyecto.” (“El enfoque de género en la evaluación de políticas y programas”. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP), 2012. Hipertexto Unidad 3, Párrafo 4.2).

Cabe señalar que en Uruguay, funcionó una Comisión Asesora en SSyR que integró la sociedad civil y fue creada a través de una Ordenanza Ministerial del MSP (N° 495/2005) con diversos objetivos tales como monitoreo, capacitaciones, colaborar en la elaboración de guías, etc. Si bien el caso no refiere específicamente a la evaluación, lo traigo aquí porque es útil a los efectos de ejemplificar y extraer lecciones para la recomendación de esta sección. La eficacia de tal Comisión asesora fue cuestionada por algunas de las organizaciones representadas. En efecto, el reporte de “Mujer y Salud – Uruguay” denominado “Asegurar y avanzar sobre lo logrado – Monitoreo 2010-2014”¹⁴ afirmó que hasta el 2010 “La Comisión sesionó efectivamente durante todo el período pero el diálogo con las autoridades ministeriales se fue debilitando al punto de que sus recomendaciones fueron escasamente incorporadas a las consideraciones y resoluciones ministeriales en esta materia”(p. 104) y luego del 2010 informa que “los cuadros

14 MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). “Asegurar y avanzar sobre lo logrado – Monitoreo 2010-2014”. Disponible en http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/153_file1.pdf

elaborados que sintetizan el registro de funcionamiento por año de gestión, dan cuenta de la debilidad del rol y alcance que tuvo la comisión. La actuación de la Comisión en 2011 fue casi inexistente con sólo dos convocatorias en el año y los temas abordados no respondieron a ningún plan de trabajo acordado o sus resultados estuvieron en función de la misión y cometidos para los que fue creado este mecanismo de participación” (p. 105).

Por tanto, estimo que con la participación legitimada de la sociedad civil, a través de la ley se ganará en transparencia y rendición de cuentas. Insertar una disposición de esa clase en la ley podría ser además de innovador, un indicador y una herramienta de abogacía. Finalmente y en adición a lo expuesto, contar con la participación coordinada de la sociedad civil organizada, permitiría saber a estos grupos por ejemplo: como el MSP está evaluando a los prestadores de salud en el cumplimiento de las metas, o en las capacitaciones al personal de la salud o como está elaborando los protocolos o instructivos, en tanto además se puede disponer de una metodología específica para el “*mainstreaming*” o incorporación de la perspectiva de género de un modo transversal. Para citar un ejemplo de evaluación participativa, en oportunidad del Seminario del PRIGEPP denominado “El enfoque de género en la evaluación de políticas y programas”, se indicó como texto de lectura obligatoria la “Técnica del Cambio Más Significante” (MSC, por su sigla en inglés). En grandes líneas, los autores Davies & Dart expresan que esta técnica “es particularmente válida en el contexto de programas participativos. Promueve la participación de una amplia gama de interesados y emplea métodos que animan a la igualdad de expresión de las opiniones y a compartir las lecciones” y agregan que “la inquietud es que el proceso de monitoreo y evaluación refuerce, en vez de inhibir, la participación y empoderamiento de los participantes del programa”(Davies & Dart, 2011 p. 66).

Además de incorporar en la normativa un sistema de evaluación sensible al género, como nota especial se debería de contemplar el concepto de interseccionalidad para lograr mejorar la eficacia en el diseño de la política. Como indica Bonder, la interseccionalidad “ofrece una capacidad explicativa y de orientación para la acción que da cuenta de la complejidad e interrelación de las posiciones sociales, a nivel subjetivo, intersubjetivo y social”(“Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América

Latina”. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP), 2012, Hipertexto - Unidad 3 - Género en la cinta de Moebius).

Desde otra mirada pero en el mismo sentido, la autora feminista María Lugones, quien realizó una investigación sobre “raza, clase, género y sexualidad” ha escrito que “la interseccionalidad revela lo que no se ve cuando categorías como género y raza se conceptualizan como separadas unas de otra” (Lugones, 2008 p. 81). Y agrega que:

Entonces, se vuelve lógicamente claro que la lógica de separación categorial distorsiona los seres y fenómenos sociales que existen en la intersección, como la violencia contra las mujeres de color. Dada la construcción de las categorías, la intersección interpreta erróneamente a las mujeres de color. En la intersección entre «mujer» y «negro» hay una ausencia donde debería estar la mujer negra precisamente porque ni «mujer» ni «negro» la incluyen. La intersección nos muestra un vacío. Por eso, una vez que la interseccionalidad nos muestra lo que se pierde, nos queda por delante la tarea de reconceptualizar la lógica de la intersección para, de ese modo, evitar la separabilidad de las categorías dadas y el pensamiento categorial (p. 82).

Por tanto y como recomendación, para tener una incorporación adecuada del enfoque de DDHH y la perspectiva de género, se debería disponer de:

- 1- un mandato preceptivo a través de la ley para disponer de un sistema de evaluación de la política basada en estándares de DDHH y sensible al género con inclusión del concepto de interseccionalidad,
- 2- con participación externa que incluya a las partes interesadas y a los diferentes "actores sociales" involucrados (gestores/as, destinatarias/os, etc.) para definir el diseño del sistema de evaluación más apropiado, su implementación y posteriormente la evaluación del programa o proyecto.

8.2.3- La violencia contra la mujer en la atención de la SSyR en la Meta Prestacional N°1.

Otra opción para intentar fortalecer la adecuada incorporación del enfoque de los DDHH y la perspectiva de género en la atención de los casos de violencia en la SSyR estaría dada por el hecho de incluir otras manifestaciones de violencia no doméstica en una Meta Prestacional. Ya quedó probada la vinculación entre estas formas de violencia y el derecho a la salud de la mujer tal como fue ampliamente explicitado en el Título 2.4 sobre las manifestaciones o formas de violencia contra la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto si la Meta Prestacional N° 1 se dirige a disponer de indicadores que mejoren la salud de niñas y

mujeres, y para eso se incluyó a la pesquisa de violencia doméstica, ¿por qué no podría incluirse en esta meta las modalidades de VCM en la atención de la SSyR?. Por ejemplo, podrían establecerse indicadores para controlar y registrar que las cesáreas siempre serán con justificación médica y previo consentimiento informado de la mujer de acuerdo a un texto evaluado en su eficacia, conforme a lo que he desarrollado en la sección precedente. Por tanto, un número elevado de cesáreas sin justificación médica, de acuerdo a los porcentajes fijados por el MSP y JUNASA, podrían ser un indicador que le impida alcanzar la meta.

En suma y como recomendación, sugiero discutir la posibilidad de insertar las modalidad de VCM en la atención de la SSyR como un componente de la Meta Prestacional N°1.

8.2.4- Sistema de denuncia fácil a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

Con respecto a disponer de un procedimiento de denuncia, fácil, transparente y con seguimiento, el punto está conectado en líneas generales con el indicador de resultado del Estándar 1 que refiere a la existencia de un mecanismo de supervisión que garantice la igualdad de acceso; y está también muy estrechamente vinculado con el Estándar 2 y el indicador sobre la existencia de sistemas de responsabilidad con acceso universal y fácil. A este respecto son ofrecidas a pacientes y usuarias del SNIS diversos medios de denuncia tanto en el propio prestador o efector de salud, como también en el MSP, e incluso alguna ONG que también colabora en canalizar las denuncias. También he podido ver que los prestadores de salud y el MSP basándose en la ley de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios, los comunican a través de una cartilla que está visible en las paredes de las instituciones médicas con decenas de artículos, por lo general, en letra muy pequeña. Por tanto y como estoy partiendo de la base que al calificar nuevas formas de VCM, se visibilizarán nuevos derechos lo que traerá como consecuencia más conductas pasibles de ser responsabilizadas, será muy importante garantizar y promover nuevos mecanismos de denuncia.

Por tanto y como recomendación, sugiero el diseño de un sistema de denuncia para estos casos, que profundice el uso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) porque puede ser una manera efectiva que podría acercar las vías de quejas a cientos de mujeres que de otra forma no lo podrían hacer con independencia de

lugar geográfico en el que vivan o de su condición social. En tal sentido y guiado por un ánimo constructivo de propuesta, valorar si puede el Plan Ceibal tener un espacio dentro de un sistema de denuncias como una herramienta accesible y asequible. El Plan Ceibal, comenzó en Uruguay en el año 2008 y entregó una computadora a cada niña/a escolarizado del nivel público de todo el país por lo que asegura en los hechos una plena conectividad en todas las escuelas públicas del país. Al año 2010 se habían entregado 406.023 computadoras en Educación Primaria y 19.430 en Educación Secundaria. Además, 20.000 docentes de la Administración Nacional de Enseñanza Primaria (ANEP) habían comprado su computadora personal subsidiadas por el Plan Ceibal.

Para profundizar en esta propuesta meramente constructiva, la que consiste en discutir si pueden ser las TIC, estructuradas en este caso a través del Plan Ceibal, una nueva herramienta de denuncia o quejas para los casos de violación a los derechos de la atención de la salud en general abarcando a la VCM en la atención de la SSR en particular. Para ello se dispondría de un “link” o de un sistema especialmente diseñado para ese objetivo en cada computadora del Plan Ceibal para que en caso de un hecho de VCM en la atención de la SSyR pueda accionarse por cualquier persona dicho sistema y habilitar la denuncia.

Es así entonces que al momento de enseñar el funcionamiento y cuando debe ser utilizada esa nueva “herramienta” de denuncia se deberá convocar a todo el núcleo familiar, comunidad, etc, ganándose en el “*mainstreaming*” o transversalización de los aspectos relacionados con la VCM y de género, a través de esas instancias de capacitaciones, foros y debates de discusión. Asimismo, y como consecuencia se ampliaría el potencial grupo de beneficiarios/as de este sistema de denuncias, no solo abarcando a niños/as o adolescentes, sino también a su familia y a los/las docentes. Porque además y como tendría que articularse con todos los demás actores institucionales que tendrán la co-responsabilidad de su aplicación eficaz como pueden ser la sociedad civil, el Poder Judicial, el Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura, Administración Nacional de Enseñanza Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Gobiernos Departamentales o Alcaldías desde sus Oficinas de la Mujer o Divisiones de Género o Divisiones de Desarrollo Social y por supuesto el Plan Ceibal, estaría colaborando en el debate sobre la institucionalización en la igualdad de género.

La propuesta tiene relación con comprender la VCM en la atención de la SSyR desde una visión integral del problema, que permite verlo desde el lado del Estado como desde el lado de las organizaciones que conforman el tejido social de las pequeñas poblaciones o que trabajan en sectores de vulnerabilidad social en condiciones más difíciles de abordar debido a los factores sistémicos que asumen y repiten el orden de género aprehendido. En tal sentido constructivo es mencionada esta propuesta tal como fue indicado por Wagner en cuanto a que las instituciones “solo pueden seguir existiendo si son recreadas a través de nuevas acciones”, y más adelante agrega que:

La formalización es una especie de reinterpretación del mundo y de la reclasificación de sus elementos con la mirada puesta en el aumento de la capacidad de control y dirección. En estas formalizaciones se apoyan normalmente las conquistas de las instituciones modernas en lo concerniente a la ampliación de su campo de acción (Wagner, 1994, p. 56 y 68).

Por tanto y reconociendo lo arriesgado de la propuesta, asumo que dar el debate ya puede ser muy positivo para progresar en un nuevo medio de denuncias.

Capítulo 9

Conclusiones

Cuando decidí tomar este curso del PRIGEPP¹⁵ sobre Género, Sociedad y Políticas Públicas, lo hice motivado por el mismo ideal que cuando comencé a estudiar la carrera de derecho para ser abogado: buscar espacios de injusticia para poner mi esfuerzo y conocimiento e intentar tornarlos sino en justos, por lo menos en más justos que cuando los encontré. Con ese espíritu comencé esta tesis, primero busqué un espacio de injusticia, el de la VCM en la atención de la SSyR y luego, me propuse investigar sobre la incorporación del enfoque de DDHH y la perspectiva de género en la normativa uruguaya relacionada, como los remedios para tornarlos más justos.

La vasta amplitud del tema que elegí para la investigación me generó el constante desafío del encuadre para intentar abordar los temas más importantes y situar el foco en aquellos más relacionados con la legislación que sustenta a la política pública. Finalmente opté por detenerme en analizar más profundamente las áreas de la política pública donde estimé que a través de un cambio en la normativa, podría incidirse de manera favorable en su implementación. Pero como consecuencia lógica de toda opción, hay otras áreas donde seguramente quedaron aristas mencionadas o sugeridas, no abarcadas por el objetivo de la tesis y en las que debe de profundizarse. Por consiguiente, espero haber colaborado con nuevo material de análisis y por supuesto que acepto las miradas diferentes a la mía en aquellos temas en donde elaboré un criterio de interpretación posible.

Es así entonces que puedo concluir que el enfoque de DDHH y la perspectiva de género están presentes en la normativa y pueden ser una herramienta de enorme valor para el ejercicio de los DDSSyRR, sin embargo, esa incorporación según probé, no es suficiente con relación a los objetivos buscados y por ende, dicha herramienta podría ser mejorada a través de la incorporación de las propuestas elaboradas en las recomendaciones.

No quiero terminar sin dejar de reconocer el esfuerzo que la sociedad civil organizada así como algunas autoridades gubernamentales vienen haciendo desde hace años hasta

15 Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas, PRIGEPP, FLACSO, Sede Académica de Argentina.

el presente para prevenir y erradicar la VCM así como en la defensa del derecho a la SSyR. Pero dado que el camino para alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental está condicionado por el principio de desarrollo progresivo y porque no avanzar en su protección equivaldría a retroceder en la medida que los estándares van haciéndose más exigentes, es que todo el análisis del presente estudio estuvo motivado por el objetivo de generar aportes constructivos y citando a Ernst Bloch "la investigación comienza con la duda, no con la fe"¹⁶.

16 Citado en Bonder, G. "Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina". Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) (Hipertexto - Unidad 1)

Capítulo 10

Lista de referencias

- Asociación Civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (Gire) “Violencia Obstétrica”, Cuaderno N°4, México.
- Banfi A., Cabrera O., Gómez F., Hevia M. (2010) “El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos”, Cuaderno aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos, Epoca 1 N° 1.
- Bonder, G. (2011). “Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina” (Hipertexto). Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Observación N° 14, 2000.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDM), Recomendación General N° 19 “Violencia contra la mujer”, (1992) 11° Período de Sesiones.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDM), Recomendación General N° 24 “La mujer y la Salud” (1999) 20° período de sesiones.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDM), 2004, “A.S. vs Hungría”. Citado como: Comunicación Nro. 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), Observación N° 14. (2000), Párrafo 31 y CADH, Capítulo “Derechos económicos, sociales y culturales”, Art. 26 “Desarrollo Progresivo”.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), (2003). Informe N° 71/03 Petición 12.191, “María Mamérita Mestanza Chavez, Perú 10/10/ 2003.

-
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2015) “Acceso a la información, violencia contra las mujeres y administración de justicia”.
 - Convención Belem do Pará, Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” (1994), ratificada por Ley 16.735 del 5/01/1996.
 - Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 22/11/1969, Pacto de San José), ratificado en Uruguay por la Ley 15.737 del 8/3/1985 y su Protocolo Adicional (OEA, Protocolo de San Salvador), ratificado en Uruguay por Ley 16.519 del 22/7/1994.
 - Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1989.
 - Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)- 1979, ratificada por Ley 15.164 del 12/08/1981.
 - Collin, J. (2012). “Tobacco control, global health policy and development: towards policy coherence in global governance”, *Tob Control* 2012;21:274-280 doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050418
 - Cook R. y Undurraga V. (2012) “Article 12” en Marsha A. Freeman, Christine Chinkin & Beate Rudolf, “The UN Convention on the Elimination of Alls Forms of Discriminations against Woman: A Commentary”, Oxford University Press, p. 311-333
 - Cópola, F. (2015), “Cesáreas en Uruguay”, *Revista Médica Uruguaya*, 31(1):7-14.
 - Courtis, C. y Abrahmovich V. (2001), “Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derecho sociales”, *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*.
 - Davies, R. y Dart, J. (2005) “Técnica del Cambio más significativo (MSC, por sus siglas en inglés), Guía para su uso”, Financiado por CARE International, Reino Unido
 - Espinosa Fajardo J. (2012) “El enfoque de género en la evaluación de políticas y programas”. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).
 - Espinosa Fajardo, J. “La evaluación sensible al género: una herramienta para mejorar la calidad de ayuda”, Universidad Complutense de Madrid, España - Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica - 2687

-
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México.
 - Declaración ONU, 48/104(1994).
 - Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Art. 25, “Derecho a la Salud y el bienestar”.
 - “Es tiempo de Justicia de Género”. (2011), Conferencia, Uruguay.
 - Facio A. (2008) “Los derechos reproductivos son derechos humanos”, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, UNFPA-ASDI.
 - Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA (2013) “Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones”, Uruguay
 - García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d’Oliveira, A., Koziol-MacLain, J., Colombini M. y Feder, G. (2015). “The health-systems response to violence against women”, *The Lancet*, Reino Unido, Volume 385, p. 1567 – 1579
 - Herrera Vacafior, C. (2015) “Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health”. Universidad de Toronto.
 - Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del Ministerio de Desarrollo Social, Informe País sobre la aplicación de la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y Recomendaciones del Comité de Expertas en Violencia al Informe Nacional” (2008).
 - Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), “Violencia basada en género y generaciones. Orientaciones para la cobertura periodística”, Uruguay.
 - Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). “Los derechos reproductivos son derechos humanos”
 - Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del Ministerio de Desarrollo Social Fue ubicado un Protocolo para los servicios especializados para mujeres en situación de violencia doméstica”. (2010).

-
- Itinerario de la jurisprudencia colombiana de control constitucional como mecanismo de protección de derechos humanos. (2009). Colección de Textos de Jurisprudencia, Editorial Universidad del Rosario.
 - Medina, G. (2009). “Violencia obstétrica”.
 - Ministerio de Protección Social (2011), “Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual”, Colombia.
 - Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) y CAINFO (Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública).
 - Ley General de Acceso a las Mujeres Libre de Violencia de México.
 - Lugones María, (2008). “Colonialidad de género”, Binghamton University, Estados Unidos.
 - Organización Mundial de la Salud (1996) “Declaración de Fortaleza” y Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento.
 - Organización Mundial de la Salud (2013) “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”.
 - Organización Mundial de la Salud, (2014) “Declaración para la prevención y falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”.
 - Organización Mundial de la Salud (2015) “The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”.
 - Organización Mundial de la Salud (2015) “Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo en el parto”.
 - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966.
 - Pires, A., D’Oliveira, L., Grilo Diniz, S. y Blima Schraiber, L (2002) “Violence against women in health-care institutions: an emerging problem”.
 - Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (2006).

-
- Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas, PRIGEPP, FLACSO, Sede Académica de Argentina. Disponible en <http://www.prigepp.org/>
 - Quintana Roldán, C. y Sabido Peniche, N. (2009). *“Derechos Humanos”*. México, Editorial Porrúa
 - Rodríguez, A., Galetta de Rodríguez, B. (2008). “Diccionario Latín Jurídico, Locuciones latinas de aplicación jurídica actual”, Ed. García Alonso, 1º Ed., 1º reimp., Buenos Aires.
 - Scott, J. (1986) “El género: una categoría útil para el análisis histórico”.
 - Yamin, E. y Siri Gloppen A. (coordinadoras). (2013), “La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?”, Argentina, Editores Siglo XXI
 - “Uruguay tiene la menor tasa de mortalidad materna y es tercero en cuanto a la infantil”.(2015). Disponible en <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/uruguay-indicador-mortalidad-materna-infantil-america-latina-lustemberg-msp> -

Capítulo 11

Bibliografía

- Araujo, K., Guzmán, V., Mauro, A. (2000). *“El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas”*. Libro de la CEPAL, N° 70, 133-145.
- Banfi A., Cabrera O., Gómez F., Hevia M. (2010) *“El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos”*, Cuaderno aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos, Epoca 1 N° 1
- Barrig, M. (1994). *“El género en las instituciones: una mirada hacia adentro”*. Red entre Mujeres en “Sin morir en el intento. Experiencias de planificación de género en el desarrollo” de Barrig, M. y Wehkamp, Perú, 75-101
- Bonan, C. (2003). *“Derechos Sexuales y Reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea”*. Material preparado especialmente para PRIGEPP, FLACSO – Argentina, Documentos PRIGEPP.
- Bonder, G. (2011). *“Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina”* (Hipertexto). Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP)
- Collin, J. (2012). *“Tobacco control, global health policy and development: towards policy coherence in global governance”*, Tob Control 2012;21:274-280 doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050418
- Cook R. y Undurraga V. (2012) *“Article 12”* en Marsha A. Freeman, Christine Chinkin & Beate Rudolf, *“The UN Convention on the Elimination of Alls Forms of Discriminations against Woman: A Commentary”*, Oxford University Press, p. 311-333
- Cóppola, F. (2015), *“Cesáreas en Uruguay”*, Revista Médica Uruguaya, 31(1):7-14.
- Courtis, C. y Abrahmovich V. (2001), *“Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derecho sociales”*, Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho.
- Davies, R. y Dart, J. (2005) *“Técnica del Cambio más significativa (MSC, por sus siglas en inglés), Guía para su uso”*, Financiado por CARE International, Reino Unido

-
- Espinosa Fajardo J. (2012) “*El enfoque de género en la evaluación de políticas y programas*”. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).
 - Espinosa Fajardo, J. “*La evaluación sensible al género: una herramienta para mejorar la calidad de ayuda*”, Universidad Complutense de Madrid, España - Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica - 2687
 - Facio A. (2008) “*Los derechos reproductivos son derechos humanos*”, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, UNFPA-ASDI.
 - García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d’Oliveira, A., Koziol-MacLain, J., Colombini M. y Feder, G. (2015). “*The health-systems response to violence against women*”, The Lancet, Reino Unido, Volume 385, p. 1567 – 1579
 - García Prince, E. (2003). “*Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas*”, Venezuela: Fundación Friedrich Ebert.
 - García Pringe, E. (2009, Noviembre). “*Derechos Humanos: Enfoque estratégico indispensable en las políticas públicas de igualdad y en el ejercicio de la ciudadanía*”. Ponencia presentada en XX Feminario, Córdoba, Argentina.
 - Guzmán, V. (1997). “*La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas*”. En “Feminismo en transición. Transición en feminismo”, Memoria del Foro Internacional sobre Ciudadanía, Género y Reforma del Estado, México, Grupo de Educación Popular con Mujeres.
 - Guzmán, V. (2001). “*La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis*”. Chile, Unidad mujer y desarrollo de la CEPAL N° 32.
 - Herrera Vacafior, C. (2015) “*Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health*”. Universidad de Toronto.
 - Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). “*Los derechos reproductivos son derechos humanos*”
 - *Itinerario de la jurisprudencia colombiana de control constitucional como mecanismo de protección de derechos humanos*. (2009). Colección de Textos de Jurisprudencia, Editorial Universidad del Rosario.
 - Medina, G. (2009). “*Violencia obstétrica*”, en Revista N° 4 de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires.

-
- Moser, C. (1998). “*Género en el Estado. Estado del género*”. Chile. Isis Internacional. En Ediciones de las Mujeres N° 27.
 - Legarde, M. (1999). “*Democracia Genérica*”. Nicaragua. En Antología Latinoamericana y del Caribe: Mujer y Género. Período 80 – 00, Volumen I.
 - Wagner, P. (1994). “*Sociología de la Modernidad. Libertad y Disciplina*”. Barcelona: Herder.
 - Libro de la CEPAL N° 99. (2012). “*Si no se cuenta, no cuenta. Información sobre la violencia contra las mujeres*”.
 - Guerra, M. y Jordán, V. (2010). “*Políticas públicas de Sociedad de la Información en América Latina: ¿una misma visión?*”. CEPAL.
 - Lugones María, (2008). “*Colonialidad de género*”, Binghamton University, Estados Unidos.
 - Organización Mundial de la Salud. (1985), “*Appropriate technology for birth*”, The Lancet, Reino Unido, vol. 326, núm. 8452.
 - Organización Mundial de la Salud. (2015) “*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*”.
 - Pires, A., D’Oliveira, L., Grilo Diniz, S. y Blima Schraiber, L (2002) “*Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*”; The Lancet, Reino Unido, 359(9318):1681-5.
 - Quintana Roldán, C. y Sabido Peniche, N. (2009). “*Derechos Humanos*”. México, Editorial Porrúa
 - Scott, J. (1986) “*El género: una categoría útil para el análisis histórico*”.
 - Yamin, E. y Siri Gloppen A. (coordinadoras). (2013), “*La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*”, Argentina, Editores Siglo XXI