

Documentación sobre caso de fallecimiento de adolescente de 14 años en Uruguay en marco de proceso de aborto legal

Mujer y Salud en Uruguay - MYSU
Red de acompañamiento feminista en aborto - LAS LILAS





Con enorme dolor denunciaremos la muerte de una adolescente de 14 años por aborto.

Desde la Red de acompañamiento feminista en aborto LAS LILAS pudimos confirmar que luego de haber pasado por el proceso legal de IVE en los servicios públicos del departamento de Treinta y Tres, en el mes de diciembre, una adolescente de 14 años falleció por septicemia en el hospital de la capital departamental. Luego de haber cumplido con el procedimiento que exige la ley, a la semana de abortar, ingresó a la emergencia hospitalaria y falleció a las 24 horas.

En la segunda semana de enero confirmamos que fue reportado el fallecimiento al Comité de Muerte Materna que funciona en la órbita del Ministerio de Salud, y que se ha hecho la denuncia en el sistema judicial por parte de la familia. Importa recordar que las causas que generan muertes durante el embarazo, parto, aborto o puerperio son, en general, evitables si se actúa adecuada y oportunamente desde los servicios de salud.

Quienes bregamos muchos años para que el aborto fuera seguro, legal, accesible y atendido de forma integral en el marco de servicios universales de salud sexual y reproductiva, hemos advertido en muchas oportunidades que tener una ley era necesario pero no suficiente. En el seguimiento a la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo hemos podido corroborar que el Sistema de Salud incorporó los servicios en todo el país (por lo menos en sus capitales departamentales y ciudades más numerosas) y que más de 65.000 mujeres en estos años transitaron sus abortos en servicios legales y con protección de su salud, como debe ser. Pero también hemos insistido en reiteradas ocasiones que hay falencias, problemas y vacíos que no han sido corregidos ni debidamente controlados para superar los obstáculos y mejorar la respuesta.

Con mucho dolor nos toca hacer pública esta situación. Nos impacta el silencio ante lo sucedido, esperamos de las autoridades el compromiso público de llegar hasta las últimas consecuencias para explicarle a la familia y a la sociedad toda, qué fue lo que sucedió. Desde 2016 el país no registraba una muerte por aborto y es inaudito que pase con una adolescente a la que los equipos y servicios deberían haber atendido con mayor esmero y cuidado.

No hay palabras para consolar a su familia y amistades y esta muerte no debería quedar impune. Necesitamos saber qué pasó, qué medidas reparatorias van a tomarse con la familia, qué sanciones se aplicarán a quienes sean responsables y qué correcciones tendrán los servicios para prevenir otra terrible situación como ésta. Ya es hora que

hablemos nuevamente de aborto en nuestro país porque lejos estamos de haber resuelto el problema.

El Poder Ejecutivo tiene responsabilidad y la dirección de ASSE en particular porque esto sucedió en sus servicios, aunque en los privados también habría que tomar medidas porque no están exentos de problemas. El Legislativo debería asumir la tarea de velar por el cumplimiento de la ley que promulgó y hacerse cargo de los problemas para corregir sus errores. El sistema judicial tiene en sus manos la denuncia y es el que debería asegurar justicia. Advertimos que no estamos dispuestas a recibir amenazas de retroceso como han anunciado algunos políticos, ya es hora de que se respeten y garanticen nuestros derechos porque nuestra seguridad, libertad y autonomía no son negociables.

Montevideo, 22 de enero de 2021.

Red de Acompañamiento Feminista en Aborto LAS LILAS

Cel: 099-597-407

Facebook <https://www.facebook.com/lasilasabortouruguay/>

Instagram <https://www.instagram.com/lasilas.uy/>

ADHIEREN

Nacional:

13 Brujas

AEBU

ANC

As. Humanidad Libre

Canarias en Movimiento

Casa de la Mujer

Cieenpre juntos

CLADEM

Colectiva Autónoma Feminista de Rocha

Colectiva EnREDades

Colectiva feminista de la Frontera

Colectivo diverso Las Piedras

Colectivo Emuná

Colectivo Feminista 33 “Ana Yacobazzo Machado”

Colectivo maestras feministas

Colectivo Trans del Uruguay

Comisión de Género, Equidad y Diversidad de Sutel

Consumidores organizados de la producción agroecológica del Uruguay

Cooperativa Mujer Ahora

Coordinadora de Feminismos

Desmadre, Colectivo de maternidades feministas

DiverGénTE

El Abrojo

El Paso

Encuentro de Murguistas Feministas

Encuentro Feministas Diversas

Feministas en Valdense

Feministas organizadas de la costa
Feministas organizadas de la costa. Canelones
FEUU
Gozarte
Grupo por la humanización del parto y nacimiento de Uruguay
Hermandad pro Derechos
Intersocial Rivera
Klei Colectiva
Las Liliths - colectiva feminista de la Costa
Maestras Feministas
Mesa Permanente de Discapacidad
Mujeres Con Historias - Uruguay
Mujeres de Negro Uruguay
Mujeres en alerta de ciudad de la costa
Mujeres en Libertad
MYSU
O.TRA.S.
Portal Catarinas
Programa género sexualidad y salud reproductiva Facultad de Psicología
Red de psicólogas feministas del Uruguay
Red PVVS Uruguay
Sociedad Uruguaya de Actores
SUNCA
Taller por la Liberación de la Mujer "Celica Gómez"
UTC - PIT-CNT
Villanas Feministas

Organizaciones de Latinoamérica y el Caribe:

Agrupación Ciudadana por la despenalización del aborto - El Salvador
Balance y Promoción para el Desarrollo y Juventud
Campaña 28 de Septiembre - Bolivia
Campaña 28 de Septiembre cochabamba - Bolivia
Campaña 28 de septiembre Tarija Bolivia
Católicas pelo Direito de Decidir - Brasil
Católicas por el Derecho Decidir - Colombia
Centro de Derechos de Mujeres - Honduras
Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX
CEPAM Guayaquil - Ecuador
CLADEM - Bolivia
CLADEM - Perú
CMP "Flora Tristán" - Perú
Colectiva 8M Trujillo - Perú
Colectiva Feminista La Revuelta- Neuquén Argentina
Colectiva Feminista para el Desarrollo Local - El Salvador
Colectiva Foráneas seguras - México
Colectivo Por La Igualdad de Género - Piura - Perú
Colectivo Rebeldía - Bolivia

Colectivo Sonqo Warmi Cusco - Perú
 Colectivo Yerbateras - Colombia
 Coletivo BIL (Coletivo de mulheres bissexuais e lésbicas, cis e Trans) - Brasil
 Coletivo Feminista 4D _ Brasil
 Coletivo Feminista Peitamos _ Brasil
 Consorcio para el Diálogo parlamentario MX - México
 CooperAcción - Perú
 Coordinadora 28 de Mayo - Guatemala
 Demus - Perú
 Derechos Aquí y Ahora - Bolivia
 Diversas feministas ms
 EFE Comunicaciones, agencia regional feminista
 Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA
 Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos Arequipa
 ILLA, centro de educación y comunicación - Perú
 IPPF Américas y Caribe
 JAMAC - Jardim Miriam Arte Clube - Brasil
 Kanpu AP - Argentina
 Lesbianas Independientes Feministas Socialistas-LIFS - Perú
 Movimiento El Pozo
 Movimiento Manuela Ramos - Perú
 Mulheres que leem mulheres - Brasil
 Opinión Socialista de Argentina - Argentina
 Organización de Mujeres Tierra Viva - Guatemala
 Red Brasileira de Población y Desarrollo - Brasil
 Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC
 Red TEPALI cono sur
 REDTRASEX - Red de Trabajadoras Sexuales de LAC
 RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y
 Nacimiento)
 RFS- rede feminista de saude, direitos sexuais e reorodutivos - Brasil
 Sendas Ecuador
 Socorristas en Red (feminista que abortamos) - Argentina
 SPW- ABIA
 Warmis en Resistencia - Espacio de Mujeres - Bolivia

Personas:

Agustín Afonso- Agustina Borges - Agustina Cedrés - Alejandra Episcopo Segovia- Alejandrina da Luz- Ana Godoy- Ana Paola Garcia Villagómez- Ana Paula Pires- Ana Sosa Ontaneda- Analía Pérez- Angela Freitas- Anna Carolina Aureliano- Antonella Lira- Bárbara Strauss- Belén Sosa- Bella Ramalho- Bernardo Rodríguez- Beth Lobo- Bruna Pimentel- Catalina Garibaldi- Cecilia Abelenda- Cecilia Villalb- Cecilia wernik- Claire Shaw- Micaela Bastidas- Cris Lopes - pesquisadora em saúde mental- Doris Woolcott- Elena Viojo- Eva Buzzetti- Fabiana Cavalcante Lopes- Fabiána Sosa- Facundo Naya- Fernando Fontana- Fidel Portela- Florencia Ramón- Gabriela Barbeito- Gabriela Sequeira- Gabriela Junqueira Calazans- Giovanna Pedraja Luongo- Gisella Aramburu Pérez- Giselle Capdevielle- Giselle Cantero- Graça Portela- Inés Pereyra Rivero- Isabel Aparecida Felix- José Damián Torco Gómez- Joseline Escobar- Juliette Laurent- Karen Fernández- Karina González Alonso- Laura Alberti- Laura Penna- Leticia Figueroa- Lourdes Chávez Morey- Lourdes Martínez- Lucía Barbieri- Lucía Bruzzoni- Lucía Mafío- Lucía Parodi- Magela Sigillito- Marcia Navarro- María Carlota González Bedat- Maria Elena Perez Barreto- María- Elizabeth Focco Ferreira- Maria Jose Scaniello- Maria Trigo- Mariana César- Mariana Gil- Mariana Márquez Toja- Mariana Vizcaino- Marín campos lutina- Marina Garrone- Markos Herbert- Marta Donayre- Martina Iribarne- Mer Oberti- Micaela Andrade- Mónica Willengton- Myriam Segredo- Nádia Paula Frizzo- Natacha Ruth- Neide Fátima Lopes- Norma Canales Rivera- Olga Laura Fernández Ogando- Paula Pérez Seoane- Raquel Martínez- Remo Pellegrini- Rosalia de Aguiar Araújo- Rosana Capdeville- Silvana Balsa- Silvana leal- Silvana Nicola- Silvia Pombo- Siria Martínez Jimenez- Sofia Latorre- Sofia Olivera- Susana Escudero- Tania Gutierrez- Tania Parodi- Valeria Cuevas- Valéria Melki Busin- Victoria Fonseca- Ximena Banchieri- Ximena Otero- Zélia Gray.

Comunicado del lunes 22 de febrero - 2021

Nadie se hace cargo

Extendemos nuestra gran preocupación por la falta de esclarecimiento sobre el fallecimiento de una adolescente de 14 años en el departamento de Treinta y Tres luego de transitar por los servicios legales de aborto.

A más de dos meses de la trágica muerte, y luego de haberlo denunciado como organizaciones sociales el 22 de enero de 2021, a un mes de que la Red de acompañamiento feminista en aborto "LAS LILAS", de la cual Mujer y Salud en Uruguay – MYSU forma parte, seguimos esperando respuestas. El posicionamiento que se hizo público contó con la adhesión inmediata de 53 organizaciones sociales de Uruguay, 53 redes e instituciones de América Latina y el Caribe y 106 firmas de personas exigiendo respuestas.

Es por eso que hoy 22 de febrero de 2021 se han enviado las cartas solicitando información a las siguientes autoridades: Luis Lacalle Pou Presidente de la República, Beatriz Argimón Vicepresidenta/Presidenta AG y Senado, Martín Lema Presidente Cámara Diputados, Álvaro Delgado Secretario de Presidencia, Comisión de Salud Pública – Senado, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social – Diputados, Daniel Salinas Ministro de Salud Pública, José Luis Satdjian Subsecretario de Salud Pública, Leonardo Cipriani Presidente del Directorio de ASSE, Marcelo Sosa Vicepresidente del Directorio de ASSE, José Quintin Olano Director departamental de Salud – Treinta y Tres, Pedro Aldave Director del Hospital de Treinta y Tres, Mario Silvera Araujo Intendente de Treinta y Tres, Carlos Olascuaga Director general de Salud e Higiene – IMTT, Wilder Tayler Presidente de la INDDHH, Mariana Mota Directorio INDDHH, Mariana Blengio Valdés Directorio INDDHH, Juan Alfonso Faroppa Directorio INDDHH, María Josefina Plá Directorio INDDHH.

Entendemos imprescindible que desde las diversas instituciones implicadas se comunique a la ciudadanía las causas de esta defunción, las medidas correctivas que se aplicaron para asegurar que no haya situaciones similares en dicha localidad como en otras del país, así como las acciones que deberían implementarse para asegurar el acceso universal a la atención integral de la salud sexual y reproductiva que la población tiene derecho, aún en tiempo de pandemia.

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

(Sesión del día 3 de marzo de 2021)

DESGLOSE

(Asiste una delegación de la organización Mujer y Salud en Uruguay, MYSU)

SEÑOR PRESIDENTE (Alfredo de Mattos).- Habiendo número, está abierta la sesión.

—La Comisión da la bienvenida a la directora de Mujer y Salud en Uruguay -MYSU-, señora Lilián Abracinskas, y al encargado del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, licenciado Santiago Puyol.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Buenos días.

Mujer y Salud en Uruguay es una organización que desde 1996 viene trabajando en la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales reproductivos como una dimensión del campo de los derechos humanos, en cuyo reconocimiento el país ha ido avanzando en los últimos años. Particularmente, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva lo tenemos montado desde 2007 con dos funciones: una de ellas es dar seguimiento a los compromisos que el Estado uruguayo asume ante el sistema internacional y regional de derechos humanos en el campo de políticas de población y desarrollo, políticas de derechos de las mujeres, de las diversidades sexuales y de niños, niñas y adolescentes; la otra es monitorear cómo se implementan en el país las leyes que se aprueban, y en ese sentido hemos dado seguimiento a las políticas que viraron desde las tradicionales políticas de salud materno-infantiles hacia las progresivas políticas de salud hacia las mujeres y luego de salud integral en salud sexual y reproductiva.

Hemos tenido el gusto junto con quienes han estado en los cargos del Ejecutivo de haber trabajado desde 2004 en la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva a nivel del Ministerio de Salud Pública. También hemos integrado la Comisión nacional de Población y Desarrollo que hasta diciembre de 2019 funcionó en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, en la órbita de Presidencia de la República.

Les agradecemos realmente la posibilidad de tener esta reunión. Lamentamos la situación que la desencadena. O sea, en enero de este año, lamentablemente, tuvimos que denunciar públicamente el fallecimiento de una adolescente de catorce años en el departamento de Treinta y Tres, que había transitado por todas las exigencias y condiciones que establecen los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, pero finalizó falleciendo a la semana, luego de ingresar al hospital con síntomas de fiebre y dolor. Lo que hemos podido indagar es que se tardó veinticuatro horas en una atención ginecológica en el Hospital de Treinta y Tres, y que falleció por septicemia posaborto.

Este caso, lamentablemente, sintetiza una serie de dificultades que hemos

venido señalando desde la instalación de los servicios de salud sexual y reproductiva, y que se han agudizado en tiempos de la pandemia. El año pasado especialmente hicimos estudios viendo cómo se seguía brindando la salud sexual y reproductiva, dónde estaban los servicios, cómo promoverlos, y a su vez también fuimos identificando una serie de problemas, barreras y obstáculos en el acceso. MYSU no es una organización que da servicios directos -los dimos en su tiempo- pero sí peleamos por política pública, porque entendemos que brindar estas prestaciones es responsabilidad del Estado y deben ser de acceso universal, más allá del rol que podamos cumplir las organizaciones sociales en este campo. El año pasado tuvimos más de ciento cincuenta consultas de mujeres que no fueron atendidas por el sistema; hubo irregularidades en el funcionamiento -después Santiago puede dar mayor precisión en los datos-, y hubo discrecionalidad en la intervención de los profesionales involucrados en este largo y complejo proceso. No lo voy a contar. La exigencia de la ley sobre es que exista un equipo interdisciplinario que realmente tenga que actuar conjuntamente, que el acceso a ese equipo no lleve más de veinticuatro horas porque el plazo para la atención del proceso IVE es de doce semanas más seis días, salvo excepciones de catorce cuando es por violación o sin plazo cuando hay riesgo de vida o malformación fetal incompatible con la vida. Por lo tanto, no tener el acceso, no tener la información y tener dificultades cuando estos servicios no están, tiene un impacto muy concreto e inmediato.

Esto no solo lo planteamos en esta Administración de gobierno, sino que lo hemos venido planteando de antes y la doctora Lustemberg es testigo. Cuando fue subsecretaria de Salud en el período pasado supo siempre que lo primero que hacemos, a partir de nuestros estudios de monitoreo, es informar a las autoridades competentes -es uno de nuestros roles-, porque la intención no es denunciar, sino evidenciar los problemas para intentar corregir y mejorar la respuesta.

El año pasado, el 28 de mayo, hicimos una movilización que quizás recuerdan: fue la primera movilización en tiempos de pandemia, con una cantidad de mujeres con capas rojas dando vuelta al Palacio. Eso fue la manera de concentrar la atención en un día, el 28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, porque justamente, por todo lo que ha significado la pandemia y la concentración de la atención en la covid-19, hacía bastante difícil poner sobre el tapete otros temas de preocupación que también estaban impactando.

Por otro lado, el año pasado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recomendó a los Estados que la salud sexual y reproductiva debía ser atendida en contextos de pandemia porque los estragos de su no atención se medían en costos muy altos: embarazos no deseados, maternidades forzadas, no atención en embarazo y parto, implementación de cesáreas abusivas y agudización del riesgo en la práctica de aborto tanto legal, como cuando no hay leyes que amparen la prestación de estos servicios. Por lo tanto, desde el año pasado realmente hemos hecho múltiples esfuerzos para comunicar nuestros hallazgos a las autoridades; sin embargo, no hemos tenido mayor suceso hasta hoy, en que recibimos la invitación a esta Comisión; dentro

de un rato también tendremos una reunión con el Directorio de ASSE, al que hemos elevado una serie de preguntas a través de la ley de acceso a la información, porque hubo irregularidades también en las demoras de informar este caso de la adolescente fallecida por aborto. Recordemos que Uruguay no registraba una muerte por aborto desde 2016; se registró otra muerte en 2012 y alguna situaciones de complicación en 2013. Éramos destacados en la región precisamente por haber reducido, hasta erradicar, la muerte de mujeres por aborto inseguro.

Por lo tanto, este caso impacta de manera particular porque una adolescente de catorce años tendría que tener desde todas nuestras instituciones y entornos las mayores garantías, más cuando está transitando un embarazo siendo menor de edad. Lo primero que hay que detectar en esos casos es que el embarazo no sea producto de una situación abusiva o impuesta. Lo segundo es que -según hemos monitoreado hasta el momento- cuando se trata de adolescentes, los servicios no están tomando todas las medidas de precaución. Particularmente, encontramos debilidades en el funcionamiento de los servicios de atención en salud para los adolescentes, que fue parte de la política de atender realmente estos requerimientos en el campo del ejercicio de la sexualidad y reproducción en todo el proceso de acompañamiento de la madurez sexual, el ingreso a la vida sexual activa y todas las medidas que deberían ejercitarse.

Además, lo último que supimos -por eso iremos hoy al Directorio de ASSE- es que efectivamente hubo irregularidades; por ejemplo, se demoró más de un mes para que el Ministerio de Salud Pública nos confirmara que esta muerte fue por aborto. La muerte fue en diciembre y nuestra Red de Acompañamiento Feminista en Aborto de Treinta y Tres detectó la situación a través de los familiares e inmediatamente nos la comunicó. A su vez, nosotros nos comunicamos rápidamente con el Ministerio de Salud Pública para corroborarlo, porque como ustedes saben la muerte materna es de notificación inmediata y obligatoria. Recién pudimos corroborar el 11 de enero -por comunicación nuevamente con el Ministerio- que esta situación había ingresado al comité de muerte materna y que estaba en proceso de investigación ministerial. No hemos tenido más información desde el Ministerio de Salud Pública y estamos a casi tres meses de la muerte y más de un mes desde que hicimos la denuncia pública. Por eso elevamos al Ministerio de Salud Pública el acceso a la información.

Más allá de que particularmente podamos darle datos a la Comisión, hay cosas concretas que quisiéramos plantear en todo lo que tiene que ver con el seguimiento de las políticas de salud sexual y reproductiva, y con las prácticas a futuro. Lo concerniente al área salud, salvo lo relativo a covid ha sido muy poco informado; me refiero a las políticas, las medidas y los objetivos a alcanzar en estos próximos cinco años. Sabemos que a un año de la pandemia tenemos que aprender a convivir con ella; por lo tanto, hay que enfatizar cómo se entiende la pandemia interceptada con otros requerimientos de salud; porque si no, estamos arreglando una parte pero teniendo consecuencias irreversibles como el caso de esta jovencita de catorce años.

Quisiéramos que la Comisión adopte un compromiso de seguimiento en esta situación concreta, pero también que con la información que relevamos se revisen las herramientas normativas, políticas y técnicas que tenemos porque detectamos que hay cosas que deben corregirse y fiscalizarse, y quizá haya aspectos que corregir en la norma.

Queremos adelantar, pero sin que esto signifique reabrir un debate que a este país le ha llevado más de veinticinco años. No queremos que haya retrocesos, sino -en todo caso- corregir las normas para que estén a la altura de los requerimientos de hoy.

SEÑOR PUYOL (Santiago).- Muchas gracias por brindarnos este espacio para contarles -en la línea de lo que contó Lilián- los hallazgos fruto de las investigaciones que realizamos durante 2020.

Más allá de las consultas puntuales de ciento cincuenta mujeres que se dirigieron específicamente a MYSU o a organizaciones aliadas buscando asesoramiento o denunciando irregularidades, la información provino fundamentalmente de tres solicitudes de información que hicimos durante el año pasado: una al Ministerio de Salud Pública, otra a ASSE y otra a Inmujeres. La misma información que se nos brindó nos dio cuenta tanto de fortalezas como de debilidades en la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva, y del combate de la violencia basada en género.

Particularmente, en materia de aborto, algo que nos preocupa mucho es que la Junta Nacional de Salud nos confirmó que no existe posibilidad metodológica de corroborar que un profesional de ginecología objete conciencia en un prestador y no en otro. Esto es algo que la ley de aborto prohíbe. Nos preocupa que ni siquiera el Ministerio de Salud Pública pueda corroborar que efectivamente se cumpla con uno de los tantos artículos de la ley. En este mismo sentido, no existen datos oficiales sobre las cifras de objeción de conciencia, entre otras cosas, porque si no hay forma de corroborar quiénes objetan en un prestador y en otro, no hay forma de chequear la cantidad efectiva de profesionales que objetan conciencia sobre el total de profesionales que brindan servicios.

Por otra parte, queremos destacar que nos preocupan los casos que no llegan a las instituciones de salud. Nuestros monitoreos realizados entre 2013 y 2017 en diez departamentos del país dieron cuenta de múltiples fugas del sistema que se dan por distintas barreras que derivan de la misma normativa, por ejemplo, el caso de las migrantes con menos de un año de residencia legal en el país. Esto ha sido un problema porque en los años previos a la pandemia -principalmente- Uruguay recibió un gran flujo migratorio de ingreso, sobre todo de migrantes de Latinoamérica, a quienes no se les pudo brindar esta prestación, lo que genera un acto discriminatorio. No se cuestiona brindar otras prestaciones de salud cuando una persona viaja, por ejemplo, desde Uruguay a otro país por un tratamiento oncológico; sería discriminatorio que se le negara la atención. En este caso, efectivamente, se está negando la atención a algunas personas por su condición de migrantes. Es un aspecto que habría que revisar y discutir para ver si hay que actualizar la norma.

En lo relativo a la atención a adolescentes, algo que nos resulta de mucha alarma es que en febrero del año pasado, por decreto ministerial, se resolvió cuáles deberían ser los componentes que integren los servicios de atención a adolescentes, conocidos como espacios adolescentes. Estos espacios deben tener una integración multidisciplinaria, precisamente, para garantizar la integralidad de la atención. Sin embargo, por los datos que nos brindó ASSE, solamente en Montevideo habría profesionales suficientes asignados a la atención adolescente como para conformar equipos que cubran todas las disciplinas que deben brindar atención. En ese sentido, nos preocupa además que no haya espacio adolescente en Treinta y Tres, por lo que tampoco podría haber habido otro mecanismo que detectara este caso -que, lamentablemente, terminó en una muerte-, más allá del equipo de interrupción voluntaria del embarazo específico.

Además, en general identificamos que en varios departamentos hay fallas; por ejemplo, en Canelones no hay profesionales de la ginecología en ninguno de los espacios adolescentes que están funcionando; no se está teniendo en cuenta un área completa de especial atención en el período de la adolescencia porque no hay profesionales para brindarla en un espacio que además intervenga con otras dimensiones de la salud adolescente.

Por otra parte, nos preocupa también que no se esté relevando la objeción de conciencia parcial. Esta fue una resolución del Ministerio de Salud Pública que sucedió al fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo respecto a la reglamentación de la ley de aborto. El Tribunal de lo Contencioso Administrativo resolvió que la forma en la que estaba reglamentada la objeción de conciencia limitaba el derecho a hacer uso de ella, según interpretación de los magistrados. Y en ese sentido, el Ministerio resolvió que se pueda objetar conciencia no solo ya en el acto en sí de realizar la práctica del aborto o con la receta de la medicación para que las mujeres puedan practicarlo, sino que también se habilita en otras etapas, por ejemplo, al brindar información. En realidad, no se hizo seguimiento de esto por parte del Ministerio de Salud Pública ni de ASSE. Entonces, tampoco se está evaluando con cuántos profesionales realmente se cuenta para otras etapas, no solo para brindar la atención específica en aborto, sino para el asesoramiento y derivación oportuna a los equipos. Esto se traduce en demoras, porque si las mujeres se encuentran con un profesional que hace uso de la objeción de conciencia incluso al momento de brindar información, tiene que derivarla a otro profesional para que de ahí se la derive al equipo. Esto complejiza innecesariamente un procedimiento que ya de por sí tiene requerimientos y etapas bastante complejas.

Nos preocupa, sobre todo, que no se le esté dando seguimiento cuando desde nuestros monitoreos detectamos que el uso de la objeción de conciencia en algunos casos se traduce en una barrera de por sí. Hay localidades con cien por ciento de objetores de conciencia, lo cual necesariamente implica traslados. Ni desde los prestadores de salud ni desde las autoridades sanitarias se resolvieron maneras para subsanar este problema en el contexto de la pandemia, cuando la movilidad se vio bastante disminuida no necesariamente

por restricciones, sino por miedo o dificultades derivadas de la pandemia. No se buscaron soluciones a través de la telemedicina, cuando el Parlamento habilitó este tipo de prestación. Nos preocupa que la telemedicina no fuera debidamente reglamentada por los prestadores de salud; cada prestador y unidad asistencial lo resolvió como pudo, con los recursos con los que contaba. Este dato proviene de nuestras solicitudes de información; varias unidades asistenciales de ASSE nos comunicaron que la telemedicina que brindaban era simplemente contacto por vía telefónica, muchas veces con teléfonos celulares de los profesionales, porque no contaban con otros recursos para hacerlo o con el único teléfono que había en la policlínica. Es decir que para todas las consultas por vía telefónica había un único recurso disponible.

Este tipo de barreras y el hecho de que no exista reglamentación específica sobre cómo implementar la telemedicina también dificultan la fiscalización. Nos preocupa mucho que las autoridades sanitarias fiscalicen efectivamente el cumplimiento de la normativa, dado que nada garantiza que porque la norma esté aprobada se estén brindando los servicios.

Para culminar con los datos que nos alarmaron, en lo que tiene que ver con violencia basada en género, nos parece muy bueno que se haya reforzado el sistema de las líneas telefónicas para consulta, asesoramiento y derivación; además, esto se reflejó en un aumento del volumen de consultas.

En esta área nos preocupa que los mecanismos para realizar la denuncia no se hayan flexibilizado tanto. Si bien se habilitaron mecanismos de denuncia online, para que tuvieran valor era necesario asistir a la comisaría. Esto no solo generaba un dilema para las mujeres, que deben quedarse en casa con sus agresores, sino que dificultaba el involucramiento de otras personas que pudieran detectar o evidenciar situaciones de violencia y quisieran denunciarlas porque después debían asistir a las comisarías para poder dar validez a lo que habían dicho. En consecuencia, el mecanismo de denuncia online pierde completamente su valor y se vuelve una ficción. Es decir que se hace la denuncia, pero después no se corrobora y, además, implica un involucramiento que quizás las personas no quieran tener por miedo. Tengamos presente que involucrarse en situaciones de violencia puede repercutir no solo sobre la vida de las mujeres que están en situación de violencia, sino también en las personas que intentan ayudar.

Esto es cuanto queríamos decir con respecto a la información. En la carpeta que les dejamos tienen todos los datos que relevamos.

Muchas gracias.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Quiero agregar que toda la información está disponible en nuestro sitio web en distintos formatos: base de datos, relevamiento de información, informes que realizamos, etcétera.

Asimismo, nos parece importante que sepan que hemos detectado situaciones en el ámbito rural de Tacuarembó donde la desprotección es absoluta porque, entre otras cosas, no hay accesibilidad. Pudimos corroborar que los equipos de salud de interrupción voluntaria del embarazo están en todas las capitales departamentales, pero eso no quiere decir que sean accesibles a todas las

personas del departamento; quienes viven en el interior lo saben. Estamos corroborando que en el ámbito rural la desprotección es realmente inconcebible. Además, las profesionales a las que se llega -me refiero a un caso concreto que estamos siguiendo- tampoco saben cómo son los procedimientos y normativas. Entonces, acudir a un profesional no resuelve el problema. Muchas veces, las intervenciones están sustentadas en sesgos basados en creencias personales. Obviamente, todos tenemos nuestras creencias personales, pero alguien que está en la salud sabe que las normas y protocolos existen para garantizar la no discrecionalidad y los derechos de las personas que consultan.

Entonces, hay varias cuestiones a tener en cuenta además de este caso grave.

Creo que el Parlamento debería hacer un seguimiento de las normas que promulga. ¿Por qué? Porque, francamente, eso también es parte de la tarea. La tarea es, obviamente, promulgar, y hacerlo en las mejores condiciones, pero luego deberían hacerse los ajustes necesarios y revisar aquellas hipótesis que dieron lugar a determinadas decisiones. Hoy, tenemos evidencia para demostrar que algunas de ellas estuvieron basadas en información errónea. Por ejemplo, es claro que en Uruguay el aborto, después de que se legalizó, no fue utilizado como método anticonceptivo. Las estimaciones de aborto legal promedian 10.000 al año. Aclaro que sabemos que las estimaciones siempre son complicadas, pero la última que teníamos sobre aborto ilegal, que es del año 2003, señalaba que había 33.000 abortos anuales. O sea que estamos en el tercio de lo que eran esas estimaciones.

Otra cuestión a tener en cuenta es que el 95% de las mujeres que iniciaron este proceso, lo terminaron. Es decir que no hay un cambio de decisión más allá de la intervención del equipo profesional y de los cinco días de reflexión obligatoria. Precisamente, quizás haya que revisar si ese equipo interdisciplinario debería ser de consulta obligatoria, sino que debería haber equipos profesionales disponibles. Digo esto porque si hay requerimientos de hacer una consulta psicológica post aborto, ese servicio no está disponible dentro de la atención prevista. Así que me parece que ese aspecto debe ser revisado.

Reiteramos el agradecimiento por este encuentro y quedamos a su disposición para los que ustedes consideren a futuro.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco la presencia de MYSU, representada por Lilián y Santiago, en nombre del Observatorio.

Como decía Lilián, conocemos el trabajo y la seriedad que sobre este tema ha mantenido la sociedad civil y en diferentes ámbitos. En este caso, la participación de la sociedad civil ha sido clave, no solamente para llegar a las leyes que en nuestro país garantizan la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, sino para la implementación de esas políticas públicas.

Por mis roles anteriores como subsecretaria e integrante de otras comisiones, me consta que hay fallas y debilidades. Sin embargo, no desconozco la

fortaleza que estas medidas significan para nuestro país; esto lo debemos tener claro.

Me interesa destacar -creo que MYSU lo ha dicho- que cuando uno analiza la ley argentina actual -que es verdad que demoró tiempo en implementarse- ve un marco legislativo de avanzada, que hace que a la hora de la implementación de los servicios se logre un mejor impacto y calidad en la atención de las mujeres.

Hoy tenemos que lamentar el fallecimiento de esta adolescente en Treinta y Tres. Debo decir que en los dos años que fui subsecretaria, noté irregularidades en la calidad y en el proceso de atención en ese departamento.

Como bien decía Lilián, la implementación de la ley ha sido garantizada, por eso en Uruguay hoy las muertes maternas vinculadas a un aborto en condiciones de inseguridad son pocas. Este es el segundo caso registrado, con las salvedades que hizo Lilián.

En particular, creo que esta adolescente debió haber tenido un seguimiento mucho más estricto. El otro día, leímos y escuchamos la intervención del gerente general de ASSE. Según tengo entendido, van a reunirse con las autoridades de ASSE, tanto con el gerente como con el vicepresidente, el doctor Marcelo Sosa, que han llevando adelante la investigación administrativa, dándole seguimiento en el ámbito judicial.

En esta Comisión vamos a estudiar los temas que el Observatorio ha relevado y nos comprometemos a trabajar para ver cómo se están implementando estas medidas, en conjunto con el Poder Ejecutivo. Todos sabemos que debido a la pandemia, desde el punto de vista estructural, se han evidenciado debilidades. Realmente, esta es una situación muy compleja, pero lo que no nos puede pasar es que vayamos en retroceso en algo que ya tiene su complejidad. Sabemos que el acceso a los equipos interdisciplinarios no está garantizado en todos los lugares.

Por otra parte, la objeción de conciencia es un tema muy complejo; ojalá, algún día estén dadas las condiciones para, por lo menos, discutir cómo ha dificultado esto.

Lo que sí tenemos que mantener es que Uruguay es -les pido que me corrijan si me equivoco-, después de Canadá, el país de las Américas que más baja mortalidad materna tiene. Este es un indicador de mejora ostensible. No podemos retroceder en ese camino.

Como sucede siempre con todas las leyes que dictamos acá, lo más difícil es la implementación. Es necesario contar con equipos en todos los lugares del país. El doctor de Mattos, quien preside la Comisión, es oriundo -no sé si ustedes lo saben- del departamento de Tacuarembó; no voy a hablar por él, pero sabemos que cada departamento tiene sus particularidades.

En definitiva, la complejidad de la situación no puede habilitar que tengamos un retroceso. Sí es cierto que tenemos dificultades a mejorar. Tomemos como base la plataforma de todo lo avanzado. Capaz que es hora de sentarnos a conversar sobre aquellos aspectos en los que podría haber una adecuación

normativa y los que requieran la implementación de una política pública por parte de todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque si bien la falla se evidencia en ASSE, sabemos que también hay problemas en otros prestadores.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En primer lugar, saludamos a los integrantes de MYSU. Nos conocemos hace muchísimos años y hemos trabajado en este tema.

Para apoyar las palabras de la doctora Lustemberg, digo que hay momentos y momentos. Yo creo que este es un momento de revisar y de corregir algunas cosas. En su oportunidad, dimos nuestra opinión, por ejemplo, sobre los cinco días de reflexión: manifestamos que estábamos absolutamente en contra. Me parece que ese es un punto importante sobre el que debemos reflexionar. Tal vez, algunos aspectos requieran una corrección legal y otros una instrumentación; me refiero a asuntos que la Comisión puede abordar con las autoridades competentes.

En cuanto al caso concreto de Treinta y Tres, hubo una negligencia absoluta por parte del equipo de guardia. Supongo que el problema estará en manos de ASSE. Me parece que sería bueno que ustedes conversaran directamente con las autoridades, para que los reciba y les dé las explicaciones del caso.

Nuestro compromiso va a ser siempre tratar de mejorar las acciones. Si bien empezamos a trabajar en ellas hace muchísimos años, hay momentos en que es necesario hacer algunas correcciones.

Como decía Cristina, la objeción de conciencia es un tema extremadamente difícil. A pesar de que somos un país muy chico y con conexiones fáciles, imagino lo que habrán sido estas situaciones -que ya son problemáticas- con la pandemia. ¡No quiero ni pensar lo que debe haber sido!

Por último, los saludo nuevamente. Para nosotros, el Observatorio siempre fue un instrumento fantástico de corrección. Tal vez, y haciendo un poco de autocrítica, no le dimos la trascendencia que deberíamos haberle dado para empezar a corregir antes, pero el compromiso de trabajar en esto siempre va a estar.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Saludamos formalmente a la delegación que nos visita. Es un gusto recibirlos.

Suscribo lo que planteaban la señora diputada Lustemberg y el señor diputado Gallo, pero voy a hacer una pregunta bien pragmática y, sobre todo, voy a explicitar que comparto la necesidad, la obligación del Parlamento de monitorear y seguir lo que legisla.

En ese marco, les pregunto -en este exhaustivo trabajo de seguimiento que hace el Observatorio- si respecto a la ordenanza N° 469, de 2017, al Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -que tiene varios capítulos y aborda todos los temas de la reglamentación de la Ley-, ustedes tienen un seguimiento, han identificado en cada uno de los componentes que están reglamentados dónde están las

mayores debilidades, dónde están las fallas. Lo pregunto porque me parece que esa información aportaría a los efectos de avanzar en el cumplimiento de esta tarea de contralor que tiene el Parlamento y, sobre todo, a identificar algunos aspectos que sea necesario -como bien ustedes decían mejorar e incorporar

Puntualmente, respecto a lo que planteaban ustedes, acá se menciona, en el tema de los objetores de conciencia, la información está, el tema es que quizá hay que ver cómo se instrumenta o las voluntades para hacerlo. Solamente, como ejemplo, está mencionado en el punto 8.5. Allí dice que las instituciones deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar a las usuarias el correcto acceso a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo; por ende, deberán solicitar a su personal de salud que informe en forma escrita si son objetores de conciencia, de modo de organizar adecuadamente el servicio, según la ordenanza N° 316, de 2016. |Lo pongo como un ejemplo; a veces es cuestión de perfeccionar los instrumentos para que funcionen. Pero más allá de eso, tiene que estar, obviamente, el Poder Legislativo detrás de lo que legisla, haciéndose cargo.

Si en el total de los contenidos de este manual hubiera observaciones, más allá de esto respecto a los objetores, que no están funcionando bien, creo que sería un insumo importante para empezar a profundizar.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Quedé realmente impactado con el tema de los migrantes. Quisiera saber si tienen información específica y cómo podemos corregir eso porque es una situación grave.

Por otro lado, en lo que refiere al espacio adolescente, deseo saber si tienen algún relevamiento; la incorporación de los ginecólogos en esos lugares debe ser clave, elemental.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Tenemos relevado cada paso, cada prestación desde que la salud sexual y reproductiva es prestación obligatoria en el Sistema Nacional Integrado de Salud para públicos y privados. El Observatorio ha monitoreado -eso quiero aclararlo- los dos subsistemas porque es una medida prestacional obligatoria dentro del sistema. A veces, cuando no tenemos información de las mutualistas, no podemos recurrir igual con la ley de acceso. Ahí tenemos problemas; depende de la buena voluntad de la institución mutual para respondernos. Sí hemos podido identificar fallas en la difusión de las prestaciones. A veces, bromeando, decimos que son como "servicios secretos". O sea, los servicios de salud sexual y reproductiva, en general, y los de aborto, en particular, no han tenido una política de promoción. Me refiero a que existen, dónde funcionan, cuándo funcionan y cómo son las condiciones. Increíblemente, a ocho años de la ley, hay gente que sigue pensando que el aborto es legal, se compran las pastillas y está bien. Gran parte del trabajo que hacemos es exhortar a que vayan, que recurran a los servicios, que vean cómo funcionan, qué cosas deben estar en la prestación y qué deben exigir para que se los den en tiempo y forma.

Otro aspecto a considerar son las demoras. En el procedimiento y en la guía está claramente estipulado cómo debe actuar el personal y cuáles son los plazos y condiciones; sin embargo, no hay control institucional cuando eso no

pasa o no funciona.

Los mecanismos de denuncia tienen dos problemas. Uno de ellos es que muchas mujeres solo denuncian cuando la situación es grave; después que resolvieron, no hacen la denuncia. Además, tienen una serie de consultas y tiempo destinado; lo hemos medido en tiempo de trabajo destinado. Hemos encontrado casos de policías, por ejemplo, que tienen que terminar diciéndole al superior que lo que necesitan es abortar porque primero tienen que tomar un examen, luego deben concurrir a la consulta ginecológica, y después el IVE 3, lo que implica una serie de salidas del trabajo que en el sistema policial ha dado lugar a fugas específicas. Salen del sistema porque no quieren que se sepa el motivo de la consulta. Sabemos que, muchas veces, el estigma y la discriminación sobre la práctica del aborto sigue existiendo y hemos detectado que en las localidades más pequeñas hay una fuerte fuga por miedo a que se sepa el motivo de la consulta en la localidad. Esto pasa con aborto, con violencia y con VIH. Son los tres motivos que hacen que la gente no vaya a la consulta en su localidad porque tiene miedo a que se pueda saber y que después sea parte de las comidillas.

En cuanto a objeción de conciencia hemos trabajado muchísimo en la Comisión Sectorial de Población y Desarrollo, hay un documento aprobado donde han participado varias instituciones: el Ministerio de Salud Pública, el Mides, el Instituto Nacional de las Mujeres, Iniciativas Sanitarias y hemos hecho una valoración de cómo se podía abordar la objeción de conciencia, como un derecho a la libertad de conciencia del profesional, pero en términos generales, no solo en términos de aborto. Hay otras cuestiones que tienen que ser corroboradas también en el profesional, en la medida en que la razón de objetar no la pague la persona que se ve afectada. Esta es una de las discusiones que hemos tenido largo y tendido no solo en Uruguay, sino en seminarios internacionales. El tema de la objeción de conciencia en aborto se está convirtiendo en una barrera de implementación cuando se aprueban las leyes; ha pasado en Chile y está pasando en Argentina. Se corre el debate que se dio en el campo político al campo técnico de la implementación y esto es un problema porque requerirá también discutir con las instituciones formadoras de profesionales.

Quiero recordar que salud sexual y reproductiva no integra la formación de ninguna de las profesiones que están asignadas en los equipos que tienen que asesorar y atender. O sea que dependerá de las instancias de capacitación que se hayan hecho desde el Ministerio y desde las instituciones cuál será el nivel y marco técnico de intervención del profesional en un campo muy valorativo, donde todos tenemos posiciones, creencias y opiniones; es un campo muy complicado.

Los profesionales declaran ante cada institución si van a ser objetores totales o parciales y esto queda en una declaración jurada que cada institución manda al Ministerio de Salud Pública. ¿Cuál es el problema? Que nadie sistematiza la información de las declaraciones juradas, con lo cual nadie puede corroborar este dato. Actualmente, en las instituciones del Estado no pueden decirnos cuál es el porcentaje de objetores que hay en el país, en cada departamento y a

disponibilidad de los proveedores de servicios que tienen que tener profesionales disponibles para prestar la atención. Este es un debate mundial. Ustedes saben que hay políticas distintas. Hay países donde prohíben la objeción de conciencia para especialidades; en todo caso, dedícase a otra especialidad, no haga una especialidad que requiere de tus servicios para asegurar el cumplimiento del Estado en prestaciones determinadas por ley. Este es un debate enorme que es necesario retomar porque hemos tenido situaciones confusas de objeción de conciencia con la atención a personas LGTBI, de la diversidad sexual y con eutanasia, que es una de los debates que también incorporamos y donde debe haber una coherencia del profesional de acuerdo a su sistema de valores, que objeta para aborto, pero después no objeta para el fin de la vida. Tiene que haber cierta garantía de sustento ético, filosófico o religioso que esté detrás de la objeción.

SEÑOR PUYOL (Santiago).- En cuanto a espacios adolescentes, la información que tenemos es solo sobre ASSE. Si bien hicimos la solicitud al Ministerio de Salud Pública, no recibimos información sobre el subsector privado.

Tenemos las cifras de cuántos espacios adolescentes hay por departamento -figura en el documento- y -si bien no está en el documento contamos con las cifras sobre integración profesional, cuántos profesionales hay por departamento en ASSE destinados para los espacios adolescentes. Ahí nos encontramos con que además que no hay espacio adolescente como tal en Treinta y Tres o que no hay ginecólogos en Canelones, en el departamento de Lavalleja, el espacio adolescente es un profesional, un médico general que atiende adolescentes. Entonces, la diversidad dentro de los espacios adolescentes es muy grande. Entendemos por qué se decreta, cuál tiene que ser la integración: para ordenar porque hasta que no se ordena qué es lo que tienen que tener los espacios, cada quien resuelve como puede y como quiere. Lo que nos parece alarmante del dato es que no están dadas las condiciones para establecer espacios adolescentes con una integración que garantice la completa la atención, salvo en Montevideo, que es el único departamento que tiene los profesionales asignados. Tampoco sabemos si están integrando un único equipo o múltiples equipos porque ese dato no lo tenemos, pero es el único departamento en el que están las condiciones de mínima que es tener profesionales destinados para esta atención; en el resto no los hay.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Quiero referirme al tema de los migrantes.

En la Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género, en el capítulo de violencia obstétrica, incorporaron un artículo donde se habilita al acceso al aborto a migrantes en el caso de que el embarazo sea producto de una violación. ¿Con qué nos hemos encontrado? La gran mayoría de las migrantes no están embarazadas producto de una violación, muchas veces están embarazadas por sus parejas. Es una situación muy compleja y nosotros no recomendamos denunciar una violación cuando no existe, más allá de que eso le permita el acceso legal a practicarse un aborto. Para ellas también es una situación muy compleja; vos estás esperando ser ciudadana del país y que puedas ser integrada como población migrante del país, por tanto, denunciar un

delito que no lo es, también te puede poner en una situación compleja. Se intentó una solución, pero no son vías fáciles.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Una migrante que ingrese al Uruguay tiene derecho a la salud obligatoriamente, es lo estipulado legalmente. La salud sexual y reproductiva está dentro de ese paquete. La pregunta es, ¿por qué tienen dificultades de acceso? Si una migrante está embarazada y no quiere tener el niño, ¿por qué no puede ir a un servicio de salud sexual y reproductiva de ASSE, por ejemplo, que tiene obligatoriedad de darle ese servicio? Esa es la pregunta concreta. ¿Por qué razón esto no se incluye y sí, por ejemplo, la prótesis de cadera de la migrante que se quiebra y se opera? ¿Cuál es el problema?

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Lilián lo puede explicar mejor, la ley lo exceptúa.

Cuando fue la discusión de la ley, tuvimos que escuchar -lo mismo pasó con la ley para personas trans- que eso se excluía para que no se de una especie de "turismo". Me cuesta decirlo, pero que conste en la versión taquigráfica. Es un término alejado de los derechos humanos y está fuera de la concepción de salud pública que alguien pueda decir que un tema de alta sensibilidad para garantizar el acceso a la salud pueda ser tomado como "turismo". Sin embargo, ese fue el término que se usó en la negociación política de la ley.

Uruguay cada vez recibe más migrantes y tenemos que adecuar nuestra normativa legal para garantizar sus derechos en diferentes ámbitos. Quizás este es uno más de los tantos derechos que estamos incumpliendo, así como con muchas normativas internacionales vinculadas al derecho.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la concurrencia de la delegación.

(Se retira de sala la organización MYSU, Mujer y Salud en Uruguay)

Reunión con Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

Viernes 12 de marzo 2021

Participaron de MYSU: Lilián Abracinskas, directora y Tamara Savio, responsable del área joven.

Nos recibieron desde la comisión de género de la INDDHH.

Se presentó desde MYSU el panorama actual sobre el funcionamiento de los servicios de SSR y servicios IVE, presentando documentación sobre el monitoreo realizado desde el Observatorio, se explicó también cómo se recaban los datos desde el Observatorio.

Se aclaró el proceso de conformación de LAS LILAS y el mecanismo implementado desde la Red para realizar la denuncia pública tras la muerte por aborto dentro de los servicios legales de una adolescente de 14 años en Treinta y tres.

Estuvimos intercambiando respecto a distintos casos de vulneración de DSR de los cuales MYSU tiene conocimiento por ser un centro de referencia al momento que las mujeres buscan información; por ejemplo el caso reciente de Tacuarembó de una adolescente de 15 años expulsada del servicio por el incumplimiento de los plazos estipulados por ley para el acceso a una ecografía. También sobre casos de sobreutilización de un método abortivo como lo es el misoprostol, con casos de medicación de más de 30 comprimidos, incluso vía intravaginal, y con consecuencias como pérdida del útero y ovarios tras hemorragias.

Desde MYSU se realizó una síntesis de la reunión citada por el directorio de ASSE sobre el caso de Treinta y tres y la comisión de salud del parlamento por el mismo motivo. Se hizo énfasis en la preocupación de la falta de respuesta desde el MSP y la omisión a asumir la responsabilidad en tanto ente rector de la salud.

Particularmente la propuesta que se llevó desde MYSU es que la INDDHH comience a generar un campo en Derechos Sexuales y Reproductivos, ya que trabaja la temática pero sin conceptualizar correctamente, por ejemplo trabajando mortalidad materna o VIH.

Resultado de la reunión:

- Se reunirán todas las integrantes de la comisión de género de la INDDHH para evaluar los documentos presentados y la propuesta realizada desde MYSU para que la Institución genere un campo en defensa de los DSR en tanto DDHH.
- Se discutirá en la dirección de la INDDHH la posibilidad de generar grupos de trabajo, convocados por la INDDHH, con invitación a investigadores y organizaciones relacionadas al tema de salud sexual y reproductiva y DSR. El resultado de estos grupos de trabajo sería un documento con relevamiento de las problemáticas y recomendaciones desde la INDDHH hacia instituciones, por ejemplo el MSP.
- Se comunicarán a la brevedad para informar al respecto de posibles mecanismos para trabajar la temática.