



Sindicato Médico
DEL URUGUAY

Suplemento temático de la Revista Noticias



Número 2
Marzo 2022

Comité Ejecutivo del SMU

Dra. Zaida Arteta, Presidenta
Dra. Verónica Pérez, Vicepresidenta
Dr. José Minarrieta, Secretario Médico
Br. Tacuabé González, Secretario
Estudiante
Dr. Álvaro Dendi, Tesorero

Vocales

Dr. Gonzalo Ferreira, Dr. Pablo López,
Dra. Matilde Miralles, Dra. Clara Niz,
Dr. Luis Núñez, Dra. Malena Passos, Br.
Sofía Figueroa, Br. Miguel González

Consejo Editorial

Dra. Zaida Arteta, Dra. Verónica Pérez,
Dr. José Minarrieta, Dr. Álvaro Dendi, Dr.
Gonzalo Ferreira, Br. Miguel González,
Dra. Soledad Iglesias

Coordinador de comunicación

Dr. Eduardo Figueredo

Editora general

Arq. Eleonora Navatta

Producción

Comisión de Género del SMU

¿Representación paritaria en el SMU? Otro 8M de lucha

Dra. Zaida Arteta,
Presidenta del SMU

Mujeres médicas: por nuestros pacientes y nuestra calidad de vida

Dra. Soledad Iglesias

Feminismo y diversidad / interseccionalidad

Dra. Alicia Esquivel
Dra. Daniela Paniel

Medicina y Trabajo No Remunerado

Dra. Anahi Barrios Lajuni
Dr. Luis Pacheco

Violencia basada en Género

Dra. Irene Petit
Dra. Anahí Barrios Lajuni

¿Mujer, médica y madre?...¿Madre, mujer y médica?...¿Médica, madre y mujer?

Dra. Matilde Miralles
Dra. Malena Passos

Techo de cristal - Condiciones Laborales

Dra. Gabriela Pascal

8M: la deuda con las mujeres que están presas

Lic. Denisse Legrand

Derechos sexuales y reproductivos en Uruguay, impacto de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y perspectivas a futuro.

Dra. Josefina Tarigo

Foto reportaje Mujeres Médicas

¿Representación paritaria en el SMU? Otro 8M de lucha

Dra. Zaida Arteta, Presidenta del SMU.

#8M2022

LAS MUJERES MÉDICAS[≡] JUNTAS EN DEFENSA[♀] → DE TODOS LOS ESPACIOS[⋯]



Sindicato Médico
DEL URUGUAY

Las mujeres somos el 59% del total de profesionales en la medicina nacional. Los reclamos que tienen especificidad de género tienen cada vez una voz más fuerte, lo vemos a diario e intentamos plasmar en este suplemento trimestral de la Revista Noticias aportes a algunas de las luchas en curso. Sin embargo, todas tenemos la percepción - lo muestran los datos,- no hay equidad en el ejercicio de los derechos.

Podríamos reivindicar el 60% de los cargos en las direcciones técnicas de las empresas de salud, el 60% de la conducción en la Facultad de Medicina, el 60% de las jefaturas de todos los servicios médicos del país.

¿Cómo sería nuestro sistema de salud si el 60% (o más) de quienes lo dirigen fueran mujeres?

Probablemente muchos crean que esto es un delirio o una imposición inaceptable.

Más cerca, en el SMU el 63% de afiliadas somos mujeres, si sacamos una foto del comité ejecutivo hoy, de 13 miembros 6 somos mujeres, no voy a analizar las causas, conceptos que otras compañeras plasmaron en este mismo volumen de la revista, pero, aunque las agrupaciones hemos hecho esfuerzos la paridad no es un hecho.

Considero ineludible que en los estatutos del SMU se coloque un enfoque de género, este puede pasar por diversos cambios, pero uno sustancial que está en línea con el espíritu histórico del SMU de defensa de los derechos vulnerados es la paridad en los órganos de conducción. Para que ello ocurra debe ser un requisito a la hora del armado de las listas o del sistema electoral, adjudicación de cargos etc., sea el que fuere el mecanismo.

Las colegas que nos sucedan en la conducción gremial tendrán el trabajo de nosotras para darles impulso, para que ejerzan su derecho sin restricciones, derecho a la equidad en la representación gremial.

El 8M no se festeja, no se felicita por ser mujer o cosas de ese estilo. Es un día de lucha, surge de la lucha gremial de muchas mujeres sindicalizadas, algunas hasta pagaron con la vida haber tenido el atrevimiento de reclamar gremialmente condiciones laborales para ellas y sus compañeras.

En estos tiempos donde los sindicatos están cuestionados, donde el estado y los dueños de empresas intentan imponer sindicatos amarillos o deslegitimar la reivindicación y la lucha, renacemos con mas fuerza, por aquellas que vienen peleando por los derechos de todas.

Este 8M nos encontramos en las calles, en nuestros trabajos y en el SMU. Hagamos lo necesario para estar presentes con nuestra lucha, para frenar la violencia y pararnos firmes en la defensa de todos nuestros derechos.

Mujeres médicas: por nuestros pacientes y nuestra calidad de vida

Dra. Soledad Iglesias



Cada 8 de marzo se recuerda el día internacional de la mujer trabajadora, en referencia a un suceso trascendental que marco la historia del trabajo y la lucha sindical de las mujeres en el mundo, y las mujeres medicas de Uruguay no somos ajenas al mismo.

Como cualquier otra profesional, desde la etapa de estudiante de grado, de formación en la especialidad- residencia- vamos adquiriendo la experticia y ocupando el rol de mujer medica en el ámbito laboral, cada año la matrícula de mujeres estudiantes de medicina aumenta, hay cada vez más medicas recibidas, aumentan las residentes en las especialidades que antes eran “masculinizadas”, actualmente dos tercios de los profesionales médicos en nuestro país somos mujeres.

Las mujeres cumplimos un rol relevante en la sociedad, pero en lo referente al cuidado del otro ese rol nos encuentra como protagonistas, de causa multifactorial y a veces como un mandato, la tarea de cuidar se ha impuesto como parte de nuestra actividad diaria: cuidar a los hijos, a los padres cuando envejecen, cuidar del hogar y que este sea resguardo de la familia, cuidar a los amigos, cuidar el entorno, y entre las mujeres que trabajamos en el sector salud las médicas, estamos al cuidado de nuestros pacientes. Esa tarea la vamos asumiendo y aprendiendo a lo largo de la formación profesional, y el acompañamiento, el cuidado y el resguardo de nuestros pacientes son un objetivo central del ejercicio de la medicina.

Cuidar y que ese cuidado sea de calidad requiere tiempo, concentración, formación y bienestar individual, y esa conjunción no ocurre de manera frecuente en el sector salud, veamos con un ejemplo la situación actual y cómo podemos cambiarla: imaginemos una médica de 35 años, especialista, docente, madre de 2 hijos/as menores de 5 años, jefa de familia, que ejerce la profesión en 4 instituciones de salud, una de ellas el hospital universitario, único empleo donde con contrato dependiente y, en los otros 3 facturando, con un promedio de trabajo de 60 hs semanales. No gozó de licencia maternal más de 45 días post parto, cuando nacieron sus hijos todos sus trabajos eran como facturadora. Sale de su hogar a las 7:30 am y regresa pasadas las 20 horas, así 5 veces a la semana, las otras 2 noches no regresa, tiene guardias nocturnas, y sigue la jornada laboral corrida de más de 36 horas continuas. Al regreso a su hogar es depositaria de la carga del cuidado de este y de sus hijos, el rol materno sin dudas es distinto al de otros integrantes de la familia, imposible de trasladar para la mayoría de las madres. Esto parece irracional, pero le sucede a diario a miles de medicas en Uruguay.

El multimpleo, la inestabilidad laboral, la precariedad contractual, la afectación de la formación, las extensas jornadas laborales, el escaso tiempo para valorar al paciente sin continuidad asistencial, el déficit de descanso, la mala alimentación, el escaso tiempo libre y el acotado con la familia, son todos factores que inciden en el resultado de la actividad de las médicas, tanto profesional como personalmente.

Imaginemos ahora esa misma mujer médica, madre, jefa de familia, docente, que trabaja un promedio de 8 horas diarias, con una sola guardia nocturna semanal, que tiene incluidas en sus horas de trabajo horas para la formación continua, que logra un seguimiento longitudinal de sus pacientes, que mejora los resultados asistenciales, que logra estabilidad laboral, titular de su cargo, ejerciendo derechos que antes no tenía- licencias, aguinaldos- salario digno que logra ser el mismo que la suma de sus 4 trabajos previos, que mejora su estadía en el hogar, aumenta su tiempo de ocio, y mejora su descanso y alimentación.

¿Podemos cambiar esta situación, y que suceda esto que imaginamos en segunda instancia? ¿Hay herramientas para la médica que imaginamos en el ejemplo primero pase a ser la médica del ejemplo segundo? ¿Hay una forma para dar un giro a lo que parece un camino natural y casi una ley de vida de las mujeres médicas?

Claro que podemos, y la buena noticia es que es posible cambiar y virar el camino y lograr el objetivo excluyente a nivel profesional: cuidar al paciente, dar una buena calidad de atención y cuidarnos a nosotras.

El SMU viene transitando ese nuevo camino desde hace más de 10 años, hemos pensado e impulsado la herramienta que ayuda a todos los médicos y médicas, pero en especial a las medicas jóvenes y madres de familia a avanzar para mejorar la calidad de la asistencia y el cuidado de los pacientes, mejorar el empleo – salarios y condiciones de trabajo- la formación profesional y la calidad de vida, que vaya si es importante. Esa herramienta en esencia tiene como premisa la concentración del trabajo en cargos titulares, con vínculos de relación de dependencia que aseguran un salario digno, con mejores condiciones de trabajo, con distribución de horarios en la semana y limitación de guardias nocturnas, con un diseño donde el centro sea el vínculo médico-paciente para mejorar la calidad de la asistencia, con horas pagas para la formación continua, con ejercicio de derechos en lo referente a licencia por lactancia materna (la extensión de la licencia maternal paga hasta los 6 meses de vida del hijo/a en el sector privado, y ahora vamos por el mismo beneficio en ASSE), y con estímulos para aquellas medicas que ejercen la docencia.¹

¹ Reforma del Trabajo Medico (RTM): Cargos de Alta Dedicación (CAD) y Funciones de Alta Dedicación (FAD)

Actualmente hay mas de 2500 de estos cargos, y entendemos que es hora de incorporar la reforma desde el inicio de la formación de las especialidades, para que los factores negativos que mencionamos se minimicen.

Ahora vamos por la profundización y avance en esta reforma en todo el sector salud, para lo cual se requiere contar con la voluntad del gobierno y de las empresas públicas y privadas donde las médicas ejercemos nuestras funciones, a eso apostamos y a eso convocamos a nuestras colegas para mejorar la atención a los pacientes y nuestra calidad de vida.

#Las mujeres medicas juntas en defensa de todos los espacios

Feminismo y diversidad / interseccionalidad

Dra. Alicia Esquivel - Dra. Daniela Paciel



En esta cuarta ola del feminismo que vivimos, el mayor desafío es terminar con el acoso y la violencia basada en género. Pero el movimiento en sí mismo tiene como uno de los principales desafíos, y hacia la interna en principio, la propia diversidad.

Y es en la actualidad que la interseccionalidad toma mayor relevancia.

No sólo se deben lograr consensos en la lucha del movimiento como colectivo sino más bien se deben de aceptar las diferencias respetándonos, como individuos y cómo colectivos dentro del movimiento mayor. La clave parecería estar en salir de la disputa por la hegemonía interna, en reconocer la fortaleza de la complementariedad y de la diversidad, lo que hace a la verdadera sororidad. Por eso creemos que es un desafío más hacia la interna que hacia el exterior del movimiento feminista.

El feminismo surge como movimiento socio-político para acabar con la opresión de la mujer. Pero mujer no es un concepto único y universal, no es un sujeto único (como el ser mujer blanca, occidental, heterosexual y burguesa) ni ese sujeto es representativo de la realidad de todas las mujeres. Y es en función de esto que no se deben invisibilizar las diferencias de etnia, clase, creencias religiosas, políticas, discapacidad y/o sexualidad, sino que debemos aceptarlas como parte intrínseca del ser mujer.

Porque cada sujeto sufre discriminaciones en base a su pertenencia a diferentes categorías sociales además de la opresión en sí por ser mujer. Por ello deben considerarse de manera conjunta y no como categorías separadas para poder comprender lo que hace a la identidad individual y al colectivo.

La interseccionalidad contempla que cuanto más se desvíe un sujeto de la norma, ("hombre blanco, burgués, heterosexual") confrontará más discriminaciones. Siendo la sociedad la que contempla qué es la norma y quienes están por fuera.

Es meridianamente claro que no es la misma experiencia de vida y visión y objetivos los que tiene una mujer blanca de clase media que los de una mujer negra de clase media, así como no lo son los de una mujer negra de clase media que ejerce como médica y los de una mujer negra inmigrante pobre, ni lo es el de una mujer trans. Diferencias basadas en raza, clase social o incluso por la identidad de género, pudiendo estar reproduciendo en estos ejemplos estereotipos claros que conllevan en sí mismos discriminación y opresión.

Por lo tanto el desafío del feminismo actual no es necesariamente unificar la identidad y buscar sólo los intereses compartidos por todas las mujeres. El movimiento seguirá teniendo en la base la búsqueda de la equidad e igualdad de oportunidades para tomar decisiones en nuestra vida sobre nuestra vida. Pero el desafío mayor es reconocer las distintas necesidades y experiencias de todas las mujeres, y respetarlas como base de la organización colectiva del mismo movimiento.

Entre el personal de salud médico no tenemos prácticamente colegas o estudiantes afrodescendientes o de otras etnias, ni compañeras trans, o compañeras con discapacidades. Las mujeres lesbianas se siguen invisibilizando incluso cuando en la agenda de derechos se incluyen leyes en lo que respecta a matrimonio igualitario por ejemplo.

Como médicas y trabajadoras, que compartimos esta diversidad del ser y hacer, creemos que hay distintos feminismos que deben respetarse. Dentro de nuestro gremio debemos visibilizar las desigualdades de género y sus intersecciones con el fin de construir caminos que socaven estas brechas de desigualdad.

Mostrar lo negativo del modelo médico hegemónico androcéntrico discriminador y excluyente. Hacer nuestra la lucha por igualdad en la diversidad promoviendo debates y talleres de sensibilización con el fin de fomentar buenas prácticas generadoras del tan necesario cambio cultural hacia la interna de las organizaciones que derrame desde las instituciones y a la sociedad en general.

Medicina y Trabajo No Remunerado

Dra. Anahi Barrios Lajuni - Dr. Luis Pacheco



Reconocer y valorar el impacto de cuidado en el sector salud, y en la salud de las mujeres es fundamental para generar políticas más justas.

El personal de salud se destaca por ser altamente feminizado, por cada varón hay 4 mujeres brindando servicios y atención, donde en la profesión médica la participación de las mujeres representa el 59% de los médicos en actividad según datos 2019. Las condiciones de trabajo en los últimos años se vieron mayormente afectadas con la pandemia, enfrentando una mayor carga y volumen de trabajo en el sector salud.

A esto se suma rol de las mujeres en el trabajo no remunerado, que comprende:

- El Trabajo doméstico en el hogar: actividades que producen bienes y servicios para uso de los miembros del hogar
- Trabajo de cuidados: actividades de cuidado de niños/as, personas mayores o con discapacidad que se realizan en el hogar
- Trabajo que se brinda a otros hogares: tareas de apoyo y servicio (tareas domésticas, de cuidados, gestiones, etc.)
- Trabajo voluntario: actividades que se prestan a los no familiares, por medio de una organización (ej ollas populares)

Las situaciones de sobrecarga física y emocional tienen una marcada influencia en la salud de las mujeres, lo que justificaría su mayor morbilidad por enfermedades crónicas que se extienden a lo largo de la vida. El reconocimiento del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud.

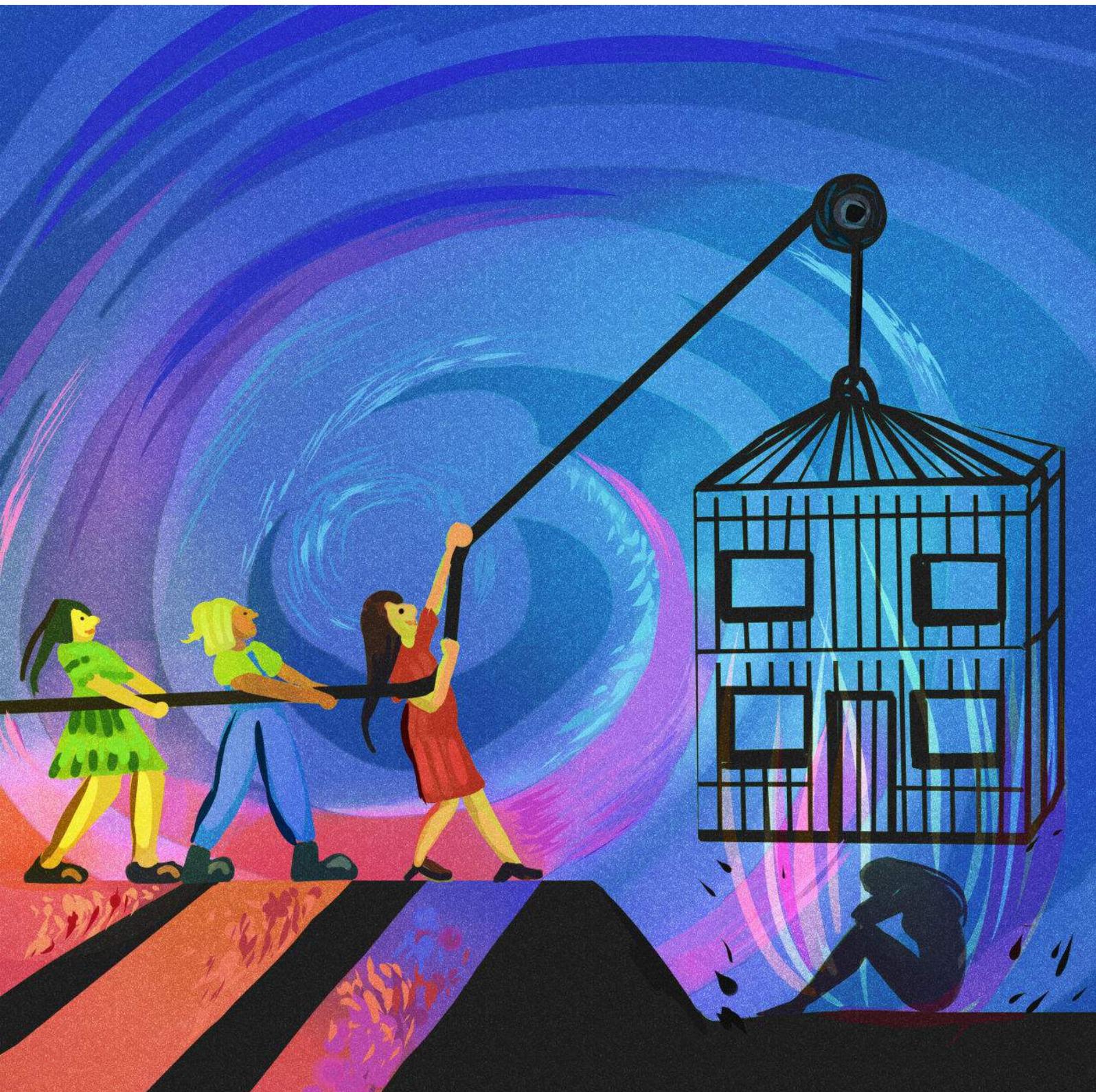
La Encuesta Nacional de Cuidados no remunerados en Salud, realizada en nuestro país sostiene que las mujeres son las principales cuidadoras en salud, y en particular aquellas de mayor edad. Esto genera vulnerabilidades múltiples en las condiciones de vida de las mujeres relacionadas con la invisibilización y escasa valoración social de la tarea y limita por ejemplo posibilidades de acceso al trabajo remunerado y calificado (Bathyány, Genta y Perrota, 2015).

La medición del uso del Tiempo (EUT) permiten dimensionar el trabajo en sus dos componentes (remunerado y no remunerado) entendiendo ambos como indispensables para la existencia humana, y visibilizando la división del trabajo en los hogares. La diferencia en horas destinadas al trabajo no remunerado es casi dos veces mas en mujeres (en una semana laboral, la carga de trabajo no remunerado para las mujeres es del 37,5% y para los varones es un 19,5% publica Inmujeres 2021). Aunque las mujeres disminuyan su carga de trabajo no remunerado al obtener ingresos propios, la brecha de género no disminuye. Si esto no se acompaña, entre otras acciones, de una corresponsabilidad entre hombres y mujeres dentro del hogar, no podrán superarse las desigualdades de género en términos de redistribución de la carga total de trabajo.

La transversalización de género en salud (TGS) supone cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud de mujeres y hombres. Desde el SMU y su Comisión de Genero se impone trabajar con esa perspectiva.

Violencia basada en Género

Dra. Irene Petit - Dra. Anahi Barrios



Violencia basada en Género se define como toda conducta, acción u omisión en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al Género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres. (art. 4º Ley integral de violencia de género 19580).

Esta desigualdad se sustenta en roles y estereotipos de género que también nos atraviesan a médicas y médicos en todos nuestros ámbitos de desempeño, formativo, laboral, docente, asistencial. Así se pueden generar situaciones de violencia de género tanto entre colegas, como en los Equipos de Salud interdisciplinarios o en la relación asistencial con pacientes y familias.

Las mujeres medicas sufren situaciones de violencia basada en género en distintos espacios, muchas veces naturalizados como prácticas habituales, que limitan su desarrollo personal y profesional, sufriendo daños en su salud y violaciones de sus derechos fundamentales.

El SMU ha trabajado el tema desde hace años, y en particular su Comisión de Género.

El hostigamiento laboral y el acoso sexual en el trabajo son algunas de las expresiones de la violencia de género que provoca en quienes las sufren malestares físicos y psicológicos. Según consulta realizada por Comisión de Género en octubre del 2020, el 80% de las médicas sufrió violencia psicológica en su ámbito laboral, 16% violencia sexual, 17 % violencia física y 30% discriminación por maternidad. Es urgente atender esta realidad que nos interpela y nos desafía.

En la búsqueda de atender situaciones de esta índole, luego de un proceso de trabajo de la Comisión de Género en conjunto con las asesoras jurídicas del SMU y aportes de referentes en el tema, se pone en práctica el “Protocolo de Actuación del SMU en situaciones de Violencia basada en Género vinculados al ámbito sindical y laboral” que tiene como objetivo brindar apoyo, orientación general, asesoramiento en líneas de actuación y seguimiento. Quedan incluidos todos los tipos: física, psicológica, sexual, económica/ patrimonial y simbólica entre otras, que constituyan acoso, discriminación o violencia. Pueden consultar personas socias del SMU que considere ser víctima de acoso, discriminación o violencia de género en el ámbito laboral, comprendidas en el presente protocolo marco. Y personas o colectivos que tomen conocimiento de estas situaciones en su ámbito laboral, aunque no sea la persona directamente afectada.

Es fundamental e imprescindible profundizar en el abordaje de las distintas situaciones de violencia de género en todos los espacios laborales, involucrar a los equipos de salud en su conjunto, en los espacios de educación permanente en salud, generando articulaciones interinstitucionales y coordinadas.

Resulta un imperativo que este abordaje sea priorizado y trabajado en todos los espacios gremiales, núcleos de base y sociedades científicas

¿Mujer, médica y madre?...¿Madre, mujer y médica?... ¿Médica, madre y mujer?

Dra. Matilde Miralles - Dra. Malena Passos



A fines del año 2021 vivimos un conflicto que involucró el trabajo médico y la maternidad. El mismo quedó zanjado con un acuerdo firmado en la DINATRA pero que nos hizo poner nuevamente sobre la mesa las condiciones de MATERNIDAD-MEDICINA.

Ser madre y médica sigue implicando un montón de desafíos, se han derribado obstáculos pero todavía quedan muchos más.

Aún sentimos que existe una “penalización maternal del trabajo” en donde las mujeres que son madres no siempre recuperan su actividad laboral previa bien por deseo propio o por imposición de las empresas de salud. Se sufren múltiples presiones por ser madre y profesional al cumplir con los requerimientos que esto implica.

El multiempleo así como las largas jornadas laborales conspiran contra el desarrollo integral de la maternidad.

Si al ser madre y médica se le suma la carrera docente, es aún más abismal la brecha. Es fácil ver que existe un ínfimo número de mujeres ocupando direcciones de cátedras y servicios. Sin embargo, y sin lugar a dudas, la maternidad no es el único motivo.

La comisión de género del SMU viene trabajando en pos de lograr acuerdos que permitan mejorar las condiciones del ejercicio profesional que contribuyan a vivir la maternidad en la medicina de una forma sana, digna y gratificante.

En el año 2017 se firmó un acuerdo en el consejo de salarios para el sector privado en donde se resuelve: 1. la obligatoriedad de contar con sala de lactancia en las instituciones de asistencia médica, 2. asegurar que el reintegro laboral post licencia maternal se realice en las mismas condiciones que la actividad previa, 3. que las empresas deben cubrir las vacantes generadas durante la licencia especial (medio horario) en las guardias internas, 4. dos medias horas pagas para lactancia por jornada de 8 hs o las proporcionales en jornadas laborales más extensas y 5. el compromiso de iniciar gestiones ante organismos encargados de la seguridad social para ampliar la cobertura frente a situaciones especiales (embarazos múltiples, partos pretérmino, patologías crónicas severas).

En el año 2021, también en el sector privado, se acordó la extensión de la licencia maternal hasta los 6 meses del recién nacido y el pago de un complemento salarial por parte de las empresas, además del recibido por el BPS, para aquellas trabajadoras dependientes que deseen acogerse a este beneficio.

Surgen como temas prioritarios a corto y mediano plazo avanzar en los acuerdos sobre licencias frente a situaciones especiales anteriormente referidas así como contemplar la situación de las madres médicas en ejercicio bajo regímenes de tercerización o facturación.

Seguiremos en este camino de resguardo de derechos laborales vinculados a la maternidad que permitan el ejercicio profesional íntegro

Construir ambientes laborales de protección de la maternidad sin dudas excede a los acuerdos laborales pero éstos son indispensables como preámbulo.

La monitorización del cumplimiento de los mismos se impone como una necesidad del colectivo médico.

Techo de cristal - Condiciones Laborales

Dra. Gabriela Pascal



Desde hace años las mujeres venimos conquistando espacios, explorando la posibilidad de hacer tareas tradicionalmente consideradas masculinas, y pasamos de ser amas de casa, a poder elegir nuestra profesión con más libertad.

Podemos ser médicas, y también cirujanas, urólogas, traumatólogas, especialidades tradicionalmente "masculinas".

Sin embargo, a la hora de ejercer la especialidad elegida continua la carrera de obstáculos para compatibilizar los requerimientos laborales con la vida personal, y la concreción de una familia. Las mujeres somos las cuidadoras de nuestros hijos, nuestros padres mayores, y es difícil compartir estos con nuestras parejas o nuestros hermanos, es tarea de mujeres y más si son médicas.

Si bien es cierto que podemos manejar cierto entramado dentro del sistema de salud, la coordinación y acompañamiento del familiar enfermo es responsabilidad de TODA la familia.

A su vez en el transcurso de la carrera profesional, si bien las oportunidades están es difícil concretarlas y son pocas las mujeres que logran puestos de dirección.

Hay situaciones en que la discriminación es explícita, pero en muchas ocasiones corresponde a prácticas sutiles y esas sutilezas son difíciles de explicar.

Se generan en ocasiones ambientes hostiles , que socavan la posibilidad de progresar en la profesión.

Se les exige a la mujer rendimiento profesional sin disminuir los cuidados ni el tiempo dedicado a la familia , por lo cual se multiplican las tareas y el estrés psicosocial , dado que si bien no es imposible tampoco es fácil armar el entramado para compatibilizar la profesión con la maternidad y la familia .

En el interesante artículo "Glass ceilings in research: Evidence from a national program in Uruguay" Daniel Buksteina , Néstor Gandelman, analizan las dificultades que enfrentan las mujeres investigadoras al publicar sus trabajos y avanzar en el escalafón de investigadoras .

En su trabajo demostraron que las mujeres investigadoras en Uruguay tienen menor probabilidad de aceptación de sus trabajos , y encontraron un sesgo de género en la aceptación de los trabajos, y en la integración de los comités.

Encontraron evidencia sólida de sesgo de género y techo de cristal en 3 áreas en que las mujeres son especialmente activas : ciencias relacionadas con la salud ,ciencias naturales y humanidades , no así en ingeniería, agricultura y ciencias sociales .

La cultura organizacional, los estereotipos de género, y la asunción por parte de las mujeres de las responsabilidades familiares como un 'deber' asociado a su rol de género son los principales obstáculos en su promoción profesional.

Ese entramado social invisible conforma el techo de cristal que nos limita en el desarrollo profesional y que debemos trabajar para lograr una sociedad mas justa y equitativa.

Aceptar la realidad es el primer paso para cambiarla.

8M: la deuda con las mujeres que están presas

Lic. Denisse Legrand



La situación de la privación de libertad de las mujeres en Uruguay es tan decadente como la de los varones. Pero, hay algunos agravantes, como es el abandono, simbólico y literal, de su entorno directo y del sistema.

El varón suele atravesar la cárcel acompañado [casi siempre por una mujer]. La compañía es emocional y económica, lo que impacta en economías familiares de por sí precarias.

La mujer, en cambio, una vez presa atraviesa el abandono, que se suma a la angustia de no poder asumir los cuidados que, aún durante el desarrollo de la actividad delictiva, se mantienen.

En Uruguay aumentó considerablemente la cantidad de mujeres privadas de libertad: 60%. La mitad de estas mujeres están presas por delitos de drogas, en particular, de microtráfico. Las condenas suelen ser altas, con un mínimo inexcusable de cuatro años.

Hay una vulneración importante de la salud en el sistema carcelario. En el caso de las mujeres, indicadores sobre salud mental y salud sexual y reproductiva, son una clara muestra.

Una de cada tres mujeres pensó en matarse y una de cada cuatro lo intentó, según el Diagnóstico Participativo de Salud de mujeres privadas de libertad realizado por Nada crece a la sombra con el apoyo del Ministerio del Interior, ASSE y el Sindicato Médico del Uruguay, en febrero de 2020.

El 80% tiene uso problemático de drogas y hay un alto consumo problemático de psicofármacos, en muchos casos indicados de manera generalizada, sin especificidad de criterios por no tener una atención psiquiátrica acorde. Si bien los psicofármacos son de suministro diaria, la administración de las sustancias suele ser alterada por las mujeres, no siguiendo muchas veces el tratamiento indicado.

Ocho de cada diez mujeres no tenía el PAP al día en ese momento. Tampoco la mamografía, cuando correspondía. Por eso, se desplegó el Plan de Salud Sexual y Reproductiva en cárceles, diseñado y coordinado por las mismas instituciones que llevaron adelante el Diagnóstico, sumando el apoyo del Ministerio de Salud Pública. Además, un actor clave estuvo a cargo de la atención de las mujeres: la Clínica de Ginecología A de la Facultad de Medicina. Se llegó a cubrir a 70% de las mujeres que están presas y el programa fue interrumpido repentinamente por decisión del Ministerio del Interior. Se presentaron varios recursos legales para el cumplimiento del convenio firmado por las partes para garantizar la atención al 30% de las mujeres que faltan, todas del interior del país.

Día a día, son cientos de trabajadoras y trabajadores de la salud, médicos y no médicos, que sostienen el sistema precario de salud en las cárceles. Hacen lo mejor que pueden, con lo poco que tienen. Están en un lugar poco meritorio y sin reconocimiento, en el que se enfrentan a la cara más dura de la saturación, el abandono y la continua emergencia.

Con más del doble de mujeres presas, la situación se supone agravada. Es 8M y en el afuera habrá múltiples movilizaciones en todo el país. Mientras, habrá más de mil mujeres que en este día no tendrán voz y que la precarización de sus vidas en la cárcel merece urgente atención.

Derechos sexuales y reproductivos en Uruguay, impacto de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y perspectivas a futuro

Dra. Josefina Tarigo



Desde una perspectiva de derechos la mortalidad materna (MM) es una afrenta a los derechos humanos con un gran impacto social y particularmente en la mortalidad infantil. Por ende, plantearse como sociedad políticas públicas que apunten a disminuir la mortalidad materna, impacta directamente en la reducción de la mortalidad infantil asociada.

Uruguay se ha consolidado a nivel mundial como un referente en el abordaje del embarazo no deseado - no aceptado por el desarrollo de un modelo de reducción de riesgos y daños (MRRD), que se llamó Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISAPCR). Este modelo se desarrolla a partir del incremento que se evidenció de la MM en el sector público en el contexto de la crisis socioeconómica de 2001. En dicho momento, Uruguay tenía una legislación restrictiva en la cual el aborto se encontraba penalizado, por lo que, amparándose en el derecho a la atención en salud, la confidencialidad y el secreto médico, un grupo de profesionales desarrolla el MRRD. Se llegó a la conclusión que el aborto clandestino era un evento de altísimo riesgo, principalmente para las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad social, en el que no se podía actuar; pero sí se podía intervenir en los períodos previo y posterior para disminuir los riesgos asociados a la práctica. Surgen así las consultas de asesoramiento y la consulta post aborto, con el objetivo de informar a la mujer sobre el riesgo que suponían algunas prácticas con el fin de reducirlas.

En el año 2008 se aprueba la ley 18.426 de salud sexual y reproductiva (SSR), pero recibe el veto presidencial en el capítulo de interrupción voluntaria de embarazo, permaneciendo el artículo 2 que legaliza el MRRD y obliga a las instituciones de salud a prestar este asesoramiento en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud mediante la implementación de servicios de SSR. Es en el año 2012, que se aprueba la Ley de Interrupción voluntaria de embarazo (IVE), ley 18987. Dada la correlación de fuerzas vinculadas a la despenalización del aborto, el movimiento feminista y social, el apoyo del sector político y el movimiento de profesionales comprometidos, se logra avanzar en la agenda de derechos y se implementa la IVE de forma exitosa.

Desde la implementación del MRRD el impacto en la MM es significativo como se muestra en la siguiente tabla.

Período	NV	MM(n)	RMM	Muertes por aborto (n)	(%)	Legislación
1999-2004	311008	71	22,83	20	28,2	Penalizado
2005-2012	379150	71	18,73	8	11,3	Modelo RRD
2013-2018	276236	51	18,46	4	7,8	Despenalizado

Mortalidad materna y muertes por aborto por período. NV: nacidos vivos. MM: muertes maternas. RMM: razón de muerte materna. %: proporción de muertes por aborto. Fuente: MSP, 2019.

Desde la implementación de la IVE se observó un leve aumento del número de abortos durante los primeros 5 años de aplicación de la ley y a partir del sexto año un leve descenso en los mismos, estos datos surgen del reporte obligatorio que deben realizar los prestadores de forma mensual.

Uruguay es hoy en día uno de los países con menor tasa de aborto en mujeres entre 15 y 44 años (11 abortos/1000 mujeres entre 15 y 44 años) en el mundo, posicionándonos por debajo de los países escandinavos y Europa occidental. Estos resultados son fruto de la aplicación de MRRD y posteriormente de la despenalización del aborto.

Evolución del número de IVE por año y rango etario

Grupos de edad	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Menores de 15	74	69	94	74	64	53	35	47
15 a 19 años	1200	1404	1603	1597	1476	1421	1335	1258
20 años o más	5897	7064	7665	8048	8290	8899	8840	8610
TOTAL	7171	8537	9362	9719	9830	10373	10210	9915
% de Aumento Inter-anual	-	+20%	+9,6%	+3,8%	+1,1%	+5,5%	-1,6%	-2,9%

Fuente: MSP, 2021.

Existe una reducción de los embarazos no planeados luego de la aplicación de la ley de la IVE, de alrededor de 6,6%. Asimismo, al reducir los embarazos no planeados, este efecto puede llevar a mejores resultados perinatales, ya que la no planificación del embarazo se asocia directamente a peores resultados en la calidad de los nacimientos.

Perspectivas a futuro y desafíos actuales.

Lamentablemente, la aplicación de cambios jurídicos no siempre logra una solución cabal del problema. En nuestro sistema siguen existiendo abortos inseguros, dado el estigma que se asocia al mismo o dificultades en el acceso, por ejemplo, en pequeñas localidades o en departamentos donde no existen los equipos de salud formados para la atención de estas mujeres.

Por otra parte, la objeción y la pseudo objeción de conciencia según los registros del MSP ronda en el 30% de los /las ginecólogos/as. El compromiso profesional con las decisiones de la usuaria es imperativo, sin embargo, existen situaciones éticamente justificables en las que el profesional, sin cuestionar la autonomía de la usuaria, no pueda acompañar sus decisiones. Esto debe diferenciarse de las acciones basadas en la búsqueda política de modificación de normativas que no se compartan. Así entendida, la objeción de conciencia genuina, no la pseudo objeción o la objeción por conveniencia, es parte del compromiso de conciencia. Lo que penosamente sigue ocurriendo es la ausencia de compromiso de conciencia con el avasallamiento de la autonomía de las usuarias, llevando en muchas oportunidades a la omisión de asistencia y dificultando el ejercicio de los derechos de las mujeres por decidir sobre su cuerpo.

Actualmente nos encontramos en una nueva crisis socioeconómica a nivel nacional por lo que esto puede verse aún más agravado. Una posible estrategia podría ser ampliar los profesionales que puedan actuar directamente sobre la IVE, o modificar en algunos aspectos jurídicos como la ampliación de la edad gestacional permitida para la interrupción y flexibilización de los tiempos para cada una de las instancias adecuándolas a las necesidades de las usuarias y no prefijadas previamente. Los DDHH, pero particularmente los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DDSSRR) se encuentran en riesgo, directamente afrentados por grupos conservadores políticos y religiosos, con gran poderío económico. La afrenta actual es identificada a nivel mundial y la engloban bajo la denominación de "ideología de género" intentando bloquear 3 derechos fundamentales que son: el rol que el estado debe tener en la educación de niños, niñas, adolescentes y juventudes en lo que respecta a los DDHH y DDSSRR, planteando que la educación en derechos es un deber exclusivo de las familias, dejando de lado que muchas veces los hogares son los lugares de desarrollo de la violencia y los abusos. En segundo lugar, el respeto a las diferentes prácticas y orientaciones sexuales, queriendo homogeneizar la sexualidad humana, invisibilizando la diversidad sexual y fomentando una cultura de odio. Por último, el tercer

aspecto refiere al aborto como derecho intentando por múltiples mecanismos impedir el acceso al mismo. En los últimos años en nuestro país se ha visto un incremento en los estos grupos autodenominados falsamente “provida”, ya que como vimos las políticas restrictivas causan aumento en la mortalidad materna e infantil. Esta en nosotras abogar por no perder los derechos adquiridos y tal vez en un futuro no tan lejano ampliar los DDSSRR de las mujeres.

Bibliografía

1. Tarigo J, Nozar F, Briozzo L. Introducción. El compromiso profesional de conciencia y la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos en la practica Ginecotológica y en los equipos de salud. En: Briozzo L. Integrando los derechos sexuales y reproductivos y el compromiso de conciencia en la practica clínica. 1er edición, UNFPA, 2020. Pag 9 – 58.
2. Gómez F, Fiol V, Leus I, Briozzo L. Módulo 5. Abordaje del embarazo no deseado – no aceptado desde la perspectiva de los equipos de salud. . En: Briozzo L. Integrando los derechos sexuales y reproductivos y el compromiso de conciencia en la práctica clínica. 1er edición, UNFPA, 2020. Pag 261 – 299.
3. Nozar f, et al. 6 años de aplicación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Análisis de la estrategia que facilitó su implementación y de su impacto sanitario. Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina en 2019. No publicado.
4. Briozzo L, Et al. .Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Gran Premio Nacional de Medicina 2007. Academia Nacional de Medicina. Uruguay.

Mujeres Médicas



“Ser médica es ser mujer trabajadora, desarrollar una práctica clínica con el compromiso prioritario en la salud de las personas y las/los más vulnerables, tener la oportunidad y el placer de establecer vínculos interpersonales que me permiten esa labor”.

Dra. Anahí Barrios



“Cuando era niña jugué a ser mamá, maestra y doctora. Observando el rol de las tres he visto lo injusto del sistema patriarcal en el que nací y por ello como mujer médica estoy comprometida con la lucha paritaria de empoderamiento femenino para revertir esa injusticia”.

Dra. Paula Duarte



“Desde mi trabajo, día a día, intento que las madres conozcan sus derechos, tanto en lo asistencial como en la vida diaria; que puedan reconocer cuando los mismos son vulnerados, donde recurrir y las redes de apoyo disponibles para estas situaciones”.

Dra. Andrea Lanza



“Ubuntu es una filosofía africana que está vinculada a los valores de lealtad, solidaridad y bien común. Ubuntu me define y conduce “yo soy porque nosotras y nosotros somos”. Ser una mujer afrodescendiente médica me ha abierto canales de comprensión humana que generaron compromisos sociales insoslayables”.

Dra. Alicia Esquivel



Dra. Daniela Fernández



“El fútbol era algo totalmente dominado por hombres, y habiendo dos caminos, tomé el menos transitado y eso marcó una diferencia. Hoy hay un recorrido hecho para todas las mujeres en el deporte sudamericano, pero falta mucho por hacer”

Dra. Matilde Miralles



Dra. Virginia Ortiz y Dra. Andrea Santa Cruz



**Dra. Soledad Pérez Balbis, Dra. Valeria Segundo,
Dra. Sofía Marta y Dra. Florencia Rodríguez**