

Dirección Hospital de Las Piedras:

Directora: Dra. Loreley Martínez
Directora Adjunta: Amelia Illescas

**Coordinación Equipo Técnico Salud Sexual
y Reproductiva de Hospital de las Piedras:**

Dra. Mariela González

Equipo Técnico:

Dra. Mariela González, As. Soc. Elisa Torres, As. Soc Dolores Larrosa,
Ps. Rocío Alentorn, Fst. Raquel Rizzo, Fst. Nancy Muslera, Sra. Gladys García.

Coordinación del Proyecto Desarrolla/PNUD:

Soc. Gabriel Corbo

Coordinación Proyecto BPASSR:

Dr. Carlos Güida

Asistente:

Lic. Ps. Laura López

Colaboraron:

Ps. Valeria Ramos (UNFPA), Nora D´Oliveira (Desarrolla/PNUD),
Dr. Jorge Arena (ASSE), Dra. Cristina Grela, Part. Gilda Vera
(Programa Nacional Salud de la Mujer y Género)

Publicación:

Equipo de redacción:

Dr. Carlos Güida, Soc. Gabriel Corbo.

Colaboraron:

Dra. Mariela González, As. Soc. Elisa Torres.

El presente documento contó con la revisión de la Dirección de Programas
del MSP y del Área de Salud Reproductiva de ASSE.

Se agradece especialmente a la Dra. Zully Olivera,
ex Directora del Hospital de Las Piedras y al Dr. Arturo Burgos,
Jefe del Servicio de Ginecología, por el apoyo y compromiso con el proyecto.

índice

- 9** Prólogo.
- 11** Presentación.
- 12** La atención de la salud sexual y reproductiva:
una contribución a la equidad de género
y la protección intergeneracional.
- 20** ¿Por qué son necesarias las BPA en SSR?
- 32** El proceso de validación de las Buenas Prácticas
para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.
- 39** Definición de criterios para aplicación de las BPA en SSR
Indicadores de resultados
- 44** Lecciones aprendidas de la aplicación
de las BPA en SSR en el Hospital Las Piedras.
- 47** La mirada desde el equipo técnico de Salud Sexual
y Reproductiva del Hospital de Las Piedras.
- 49** Evaluación primaria de la experiencia
piloto en Buenas Prácticas en la Atención
a la Salud Sexual y Reproductiva.
- 52** Análisis y propuestas a partir de los resultados del relevamiento.
- 54** La estrategia del mapa de ruta de las prestaciones
para el cumplimiento de las BPASSR.
- 56** Primeras conclusiones, un final abierto.
- 57** Bibliografía.
- 59** Anexo I.
- 65** Anexo II.

PRÓLOGO

La presente publicación es el resultado del proceso de trabajo con equipos técnicos de salud para mejorar la calidad de atención de usuarios y usuarias en el área de la salud sexual y reproductiva.

La definición de Buenas Prácticas de Atención (BPA) en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) debe ser parte de los desempeños institucionales y de comportamientos comunitarios e intrafamiliares, que buscan incidir directamente en los aspectos del cuidado de la infancia, la salud de los adultos y la equidad de género.

La puesta en práctica de este instrumento en el Hospital de Las Piedras, ha permitido comprobar su utilidad, siendo un insumo más para la promoción de la salud y el bienestar humano.

La promoción de la salud, es parte de la búsqueda del desarrollo integral de hombres y mujeres, trabajo que llevamos a cabo en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El cuidado de la infancia, la maternidad y la promoción de la igualdad entre los géneros, son parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que Uruguay junto al resto de los demás países miembros de las Naciones Unidas se encuentra comprometido para desarrollar acciones que contribuyan al logro de resultados y metas precisas en dicha dirección.

Deseo agradecer a la Cooperación Italiana que ha permitido llevar adelante esta iniciativa como parte del Proyecto Desarrolla, y felicitar a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en particular a todo el equipo del Hospital de Las Piedras, por sus aportes que han permitido mayores aprendizajes para mejorar el diseño y la implementación de política pública.

Susan McDade
Coordinadora Residente de las Naciones Unidas
Representante Residente del PNUD en Uruguay

PRESENTACIÓN

Este documento refleja el trabajo conjunto de distintos equipos técnicos, con una misión en común: mejorar la calidad de atención a la salud sexual y reproductiva de las usuarias y usuarios del Hospital de las Piedras.

Si bien la experiencia desarrollada tiene su concreción en una determinada localidad, ha sido pensada y realizada en un marco político institucional particular en la historia de nuestro país.

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el avance sustantivo en la configuración de ASSE, constituyen un pilar insoslayable para el desarrollo del proyecto de Buenas Prácticas en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

Asimismo, la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y su reciente reglamentación son un avance sustancial en Uruguay, al garantizar jurídicamente la atención en esta materia.

Esta iniciativa ha sido desarrollada en el período que comprende la promulgación de la ley y su reglamentación, lo que muestra la necesidad de contar con herramientas normativas para que lo que se ha legislado oportunamente, pueda concretarse en la vida cotidiana y en las comunidades. Y desde allí deben entenderse sus aportes.

Para el Proyecto Desarrolla del PNUD, el desafío de generar un puente conceptual y metodológico entre la agenda de la niñez y la agenda de la salud sexual y reproductiva, es indispensable para avanzar en el plano de la integralidad en salud y del ejercicio de los derechos.

Para el Hospital de las Piedras, este emprendimiento ha constituido un nuevo avance en el plano de la atención integral con perspectiva de género y derechos, en un camino iniciado por un equipo pionero, hace más de 10 años.

Las Buenas Prácticas en la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva no constituyen un modelo a ser replicado, sino un insumo más en la trayectoria hacia la mejora continua en la promoción de la salud, en la atención digna, en la accesibilidad a los servicios para toda la ciudadanía y en la participación ciudadana y comunitaria.

LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA PROTECCIÓN INTERGENERACIONAL

Una mirada retrospectiva a las temáticas concernientes al campo de la salud sexual y reproductiva, permite observar el trascendente rol desempeñado por diversos actores. Diversidad de instituciones - tanto públicas como privadas - han sido protagonistas al impulsar la promoción y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

Sin dudas, el hecho que nuestro país haya apoyado sin reservas la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, Cairo, 1994), constituyó un hecho importante y que ha resultado habilitante de procesos institucionales posteriores.

En la publicación “Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción” (López Gómez, A. et al; UNFPA 2009) se da cuenta de un proceso que no ha sido nada sencillo, pero que a la vez, rescata la capacidad de diálogo entre diferentes enfoques co - existentes, muchos de los cuales han permeado a las instituciones responsables de la salud de la población.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994), se consagra el concepto de la Salud Sexual y Reproductiva - acuñado con anterioridad por la OMS - el cual la define como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

Si bien este marco conceptual ha recibido amplia difusión, sus interpretaciones y su alcance por parte de la población ha sido heterogénea: se ha expandido la nominación “salud sexual y reproductiva”, para mencionar diferentes tópicos. Pero habitualmente se ha equiparado “salud reproductiva” a “planificación familiar” o a “acceso a la

anticoncepción”. También - si bien se les menciona conjuntamente - “salud reproductiva” y “salud sexual”, son campos con intersecciones pero no idénticos. A pesar de que contienen áreas específicas para la promoción y la atención en salud, tiende a priorizarse la dimensión “reproductiva”, en desmedro de la “sexual”.

El concepto de salud sexual y reproductiva (SSR), además de validar las decisiones de las personas y las parejas en torno a una sexualidad placentera y responsable, también resultan un medio válido e imprescindible para alcanzar metas vinculadas a políticas y programas que contribuyan a la protección de la infancia y especialmente, a la primera infancia.

El crecimiento armónico de niñas y niños en condiciones de salud, necesita de estrategias y acciones interinstitucionales que permitan comprender la multi - dimensionalidad de la conciliación entre el mundo del trabajo remunerado y no remunerado y de la corresponsabilidad en las tareas de crianza y cuidado.

La sociedad uruguaya viene evidenciando, con sus particularidades y contextos, cambios importantes a nivel de las configuraciones familiares y de las relaciones de género (Aguirre, 2009, PNUD, 2009). Esto pone a las políticas en el desafío de asumir los sistemas de cuidado infantil como una esfera de responsabilidad social, que permita el desarrollo pleno de mujeres y varones en las esferas pública y privada.

Las esferas productiva y reproductiva, no deberían ser consideradas compartimentos estancos, sino que cada vez más se necesita de su articulación eficiente para el logro del bienestar social y de las familias.

La salud infantil se encuentra fuertemente vinculada a las condiciones en las que se desarrollan los procesos de crianza, en la vida cotidiana. Por tanto, la posibilidad de cuidar a los más pequeños, se encuentra en relación directa con la calidad de vida de quienes ejercen el rol de cuidado.

El sistema tradicional de provisión de salud, ha estado basado en un modelo que resulta arcaico para la realidad de las configuraciones familiares actuales. La premisa mediante la cual existe un modelo de familia, en la que al menos uno de sus integrantes - la mujer en su rol materno - tiene bajo su encargo la mayor parte del cuidado de niñas y niños, y por ende una disposición de cien por ciento de su tiempo para esta tarea, resulta inaceptable.

Esta concepción - de manera más o menos explícita - visualiza a las mujeres como un medio para mantener la salud de las niñas y niños. Durante varias décadas, la cultura institucional de los servicios de salud ha arbitrado a través de sus prácticas cotidianas

LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA PROTECCIÓN INTERGENERACIONAL

sobre los comportamientos de las mujeres, catalogándolas de “buenas madres” o “malas madres”, de “responsables” o “irresponsables” (de acuerdo al número de hijos y su condición de pobreza, al estado de salud del niño/a, entre otros aspectos).

Este modelo de atención “materno infantil”, parece ciego al avance de las mujeres en la conquista de ciudadanía y quizás algunos profesionales visualicen la salida de las mujeres al campo laboral como una amenaza para el cuidado de los niños y niñas.

El concepto de salud sexual y reproductiva, supone un enfoque integral de salud, capaz de incorporar y comprender las nuevas configuraciones y comportamientos familiares de nuestro tiempo.

El desafío quizás, consista en poder incorporar un enfoque que, considerando las necesidades y los derechos sexuales y reproductivos de las personas en la práctica cotidiana de los servicios, no resulte ajeno al desarrollo armónico y saludable de niños/as. Y que el cuidado infantil a partir de las prácticas en los servicios, tengan presente una lectura desde la perspectiva de género y derechos, y la salud sexual y reproductiva de sus referentes familiares.

UN ENFOQUE EN CICLOS DE VIDA

La salud sexual y reproductiva no remite meramente a personas adolescentes y adultas, como tampoco se restringe a un “problema de las mujeres”. Si bien las mujeres tienen necesidades específicas en cuanto a los procesos reproductivos, las sociedades patriarcales han depositado en ellas, la responsabilidad de la reproducción y la crianza (Commes, 2004). Mientras, los varones han sido excluidos de los aspectos del cuidado en materia de salud sexual y reproductiva (Güida, 2003). Las necesidades de las mujeres han sido postergadas sistemáticamente en nombre de la salud infantil. Así, la salud de las mujeres fue interpretada como un medio o un instrumento para la salud fetal y de los recién nacidos. El modelo materno – infantil ha contribuido a potenciar los estereotipos de género y a visualizar a las mujeres como responsables de la anticoncepción, del embarazo, de la crianza de hijos/as (López Gómez et. al., 2003).

Por otra parte, la salud sexual y reproductiva, parte fundamental de la salud integral de mujeres y varones, comienza con valoraciones, actitudes y prácticas previas a la concepción, involucrando el acceso a la educación en general y específicamente a la educación sexual en niños/as y adolescentes, la accesibilidad a la anticoncepción segura y a servicios de salud de calidad.

Las personas de mayor edad transfieren saberes, promueven o prohíben la educación, habilitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Ello se da en los hogares, a través de los medios de comunicación, en espacios educativos y servicios de salud. Las personas, en su ciclo de vida tendrán diferentes necesidades en cuanto a conocimientos y servicios en salud sexual y reproductiva.

Ninguna de las temáticas de la salud sexual y reproductiva puede catalogarse como meramente biológica, afectivo - vincular o social. Todas son producto de las múltiples dimensiones, en determinados contextos culturales, institucionales y socioeconómicos.

La salud sexual y reproductiva de las personas, dependerá de las ideas, los valores, las actitudes, los conocimientos y las prácticas, validadas socialmente e interactuando en marco culturales aún sexistas (Corbo et. al, 2009).

El compromiso con las mujeres y parejas que deciden iniciar un proceso reproductivo, tiene que enmarcarse en un ámbito interinstitucional. A ello apunta el convenio ASSE – CAIF cuando, en su plan de implementación afirma que “desde este Convenio y en el marco del Plan de Equidad, ASSE y el Plan CAIF se proponen un trabajo conjunto para promover entre sus usuarios el control obstétrico y pediátrico, la educación en la preparación para el parto y la llegada del hijo o hija, el cuidado de la salud de la madre y el niño/a, las buenas prácticas nutricionales, el amamantamiento materno y la inclusión del varón en su rol como pareja y padre (ASSE, 2008).

LOS ENFOQUES DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO-INFANTIL: ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

La salud reproductiva, entre otros aspectos ya señalados, implica el derecho a una atención de calidad que permita a las parejas criar hijos/as saludables. Así, el derecho de las mujeres y sus parejas a regular su fecundidad y a tener una vida sexual satisfactoria, se articula con un control sanitario adecuado, con la asistencia al parto/ cesárea y a la atención perinatal e infantil correspondiente.

A pesar de que Uruguay ha avanzado sustancialmente en el plano legislativo y normativo en diversos aspectos de la salud reproductiva en el marco del nuevo sistema de atención a la salud, algunos servicios aún replican las características del modelo materno infantil. Este modelo no solamente refleja a la mujer en su dimensión meramente materna, sino que se consolida con modelo clínico asistencial.

Si se observa con atención, se encuentra la coexistencia de ambos enfoques - materno

LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA PROTECCIÓN INTERGENERACIONAL

infantil y de salud sexual y reproductiva - en las instituciones de salud, en las ideas de sus técnicos e inclusive en la bibliografía que sustenta los conocimientos. Pero también, están presentes en las personas que consultan, a través de sus concepciones sobre la salud, la maternidad y la paternidad, los significados de la sexualidad y de la reproducción (Castro, R; 2000).

Existen tensiones conceptuales y prácticas entre el concepto de salud sexual y el paradigma materno – infantil. Estas tensiones pueden resumirse en el siguiente cuadro:

ENFOQUES	MATERNO INFANTIL	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Mujer	La función principal es la reproducción y el cuidado del bebe. La usuaria es “objeto” de la atención, siendo la prioridad “el embarazo” y el “recién nacido”.	La mujer ejerce muchos roles en la vida, además del maternaje. Mujer “sujeto de derechos”; la atención promueve el empoderamiento, la construcción y ejercicio de ciudadanía.
Maternidad	Asociada al cuidado prácticamente exclusivo, en una división de roles tajante.	El cuidado es corresponsabilidad de ambos sexos y es una responsabilidad social (rol del Estado).
La reproducción y la sexualidad	Se encuentran disociadas. La sexualidad es de la esfera privada.	La salud reproductiva y la salud sexual se enmarcan en los derechos humanos. La sexualidad forma parte del ámbito “político”. Los servicios de salud deben garantizar el derecho de las personas a consultar y a respetar los derechos.
Rol del Médico/a	Actor principal de las acciones sanitarias en las embarazadas, recién nacidos y lactantes.	Médicos/as integran un equipo de salud, con perspectiva interdisciplinaria.

LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

La salud reproductiva es más que un conjunto de normativas y prestaciones en salud. La salud reproductiva dependerá de la salud integral de ciudadanas/os, en donde se promueve la autonomía de las mujeres, el acceso al trabajo remunerado y la seguridad social, se aboga por una vida sin violencia de género y se estimula la capacidad de autocuidado. Citando nuevamente la plataforma de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo:

“La habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia. Además, son indispensables para lograr el desarrollo sostenible. Es preciso que mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar”... “Las relaciones de poder que impiden que la mujer tenga una vida sana y plena se hacen sentir en muchos planos de la sociedad, desde el ámbito más personal hasta el más público. Para lograr cambios, hacen falta medidas de política y programas que mejoren el acceso de la mujer a una vida segura y a recursos económicos, aligeren sus responsabilidades extremas con respecto a los quehaceres domésticos, eliminen los obstáculos jurídicos a su participación en la vida pública y despierten la conciencia social mediante programas de educación y de difusión de masas eficaces... Además, el mejoramiento de la condición de la mujer también favorece su capacidad de adopción de decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción”.

LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Desde la Conferencia celebrada en Alma Ata en 1978, la estrategia de APS ha sido reconocida como clave para alcanzar la salud y el desarrollo. Si bien la meta de “salud para todos en el año 2000” no ha sido alcanzada por diversos motivos, la estrategia de APS sigue siendo reconocida como válida y sus principios rectores se encuentran plasmados en la reforma sanitaria uruguaya.

Algunas versiones recortadas de la misma como lo fue la estrategia de APS Selectiva, han sido criticadas por centrarse en algunos tópicos de la salud materno infantil y no abarcar los cambios que se proponían originalmente. En 1994, la CIPD retoma la estrategia de APS como trascendente para alcanzar la salud reproductiva, señalando que es necesario trabajar en:

- asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia.
- educación y servicios de atención prenatal.
- partos sin riesgos, y atención después del parto (lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil).
- prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad.

LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA PROTECCIÓN INTERGENERACIONAL

- interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias.
- tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva.
- información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable.

Asimismo, se considera que “se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva”.

Nuestro país viene procesando cambios importantes en su estructura demográfica y social; tenemos una sociedad más envejecida con menores tasas de natalidad (Varela, 2007) y se observa una creciente participación femenina en el mundo del trabajo. Se observa una mayor diversidad de las configuraciones familiares y también se diagnostican las dificultades de conciliación entre la vida doméstica y la vida laboral.

El cuidado de la primera infancia ya no es sólo responsabilidad de las familias y menos aún de las mujeres, sino que existe un número cada vez mayor de actores políticos y sociales que entienden necesario trabajar para incorporar una visión de corresponsabilidad de género y de responsabilidad política a través de facilidades y servicios de parte del Estado (Arriagada, 2006).

Esto implica, entre muchos aspectos, que los servicios de salud deben adecuarse a estos cambios, comenzando a realizar transformaciones en sus prácticas cotidianas. Los servicios de salud, deberían ser protagonistas de este proceso, en sus metas tienen la responsabilidad de promover el cuidado y la crianza de la primera infancia sea una etapa de disfrute, incorporando a ambos sexos en estas tareas.

Históricamente el sistema de consultas pediátricas y ginecotológicas en los servicios de salud, consideró “natural” una amplia disponibilidad de tiempo por parte de las mujeres, probablemente pensando en su escasa inserción laboral extra doméstica. Esta realidad viene cambiando hace décadas, pero los servicios, no han considerado valioso el tiempo de las mujeres, o por lo menos el tiempo no dedicado al cuidado familiar.

Las múltiples interconsultas, en los casos en que la salud del lactante se ve afectada y en menor medida, la de la propia mujer en situación materna, conspiran contra la inserción y estabilidad laboral, sobre todo en mujeres en situación de trabajo precario. Muchas de las mujeres que acuden a los servicios públicos, tienen limitados ingresos económicos, se encuentran en situación de fragilidad laboral e inclusive dependen de una serie de acuerdos familiares para acceder a la consulta en tiempo y forma. Sin embargo, muchos servicios han prescindido de la problematización de este aspecto, entendiéndolo como un limitante de las propias familias por su condición de pobreza. En todo caso, la “buena voluntad” para lograr una hora de atención adecuada a las necesidades, no hace más que confirmar la regla. Ello se va modificando paulatinamente, en la medida que avanza la reforma del sistema de atención en salud en Uruguay, y las instancias de capacitación y de validación de buenas prácticas adquiere una atención creciente.

Basta observar la carga de trabajo no remunerado en las mujeres, acentuada cuando es bajo el nivel de instrucción y más aún cuando existen hijos pequeños, para tomar conciencia de la necesidad de promover cambios culturales. En ese sentido, los estudios en nuestro país, muestran que el trabajo no remunerado en la etapa reproductiva triplica al horario de dedicación de los varones (INE, 2007). Así, transformar a los servicios de salud para lograr las metas de atención establecidas, pero con una mirada amplia e intersectorial, resulta estratégico para la salud reproductiva y la salud integral.

Las buenas prácticas de atención en salud sexual y reproductiva son una herramienta más para el aporte de esta construcción: una mejor calidad de atención para el bienestar de las mujeres, de los varones y de las diversas familias.

¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

El concepto de “buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados que se adecuan a pautas, normas y/o recomendaciones -así como a experiencias- que ha brindado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un determinado contexto.

Las “buenas prácticas” aluden a aquellos programas, proyectos o políticas públicas desarrolladas por actores públicos, privados o sociales que se identifican por haber logrado cumplir eficazmente las metas planteadas, contar con sistemas de registro, monitoreo y evaluación de resultados, los cuales se caractericen por ser innovadores, por tener una alta incidencia pública y social, y ser replicables y sostenibles durante un período.

Son también, ejemplos de procesos e iniciativas que han tenido resultados positivos públicamente valiosos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

Igualmente, puede ser definida como una experiencia, preferiblemente innovadora, probada y reconocida susceptible de ser replicada.

Una buena práctica hace posible mejorar el presente, y por tanto puede ser un referente, un ejemplo o un estándar en un sistema dado (OPS; 2005).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

“Una buena práctica de género es una experiencia que se demuestra como óptima porque se enfoca a reducir las desigualdades de género y a transformar las relaciones de género existentes para promover una mayor equidad social” (OPS, 2005).

A la hora de pensar en una buena práctica de género resulta imprescindible plantear que la equidad de género en salud “refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables e injustas, siendo de particular interés para la incidencia en materia de cambio a los sistemas de salud, todas aquellas estructuras generadoras de desigualdad y exclusión en materia de salud en general y en particular en salud sexual y reproductiva: social y de género, ciclo vital y cultura” (González, 2007).

Pero, para que una buena práctica con enfoque de género sea evaluada como tal, debería cumplir una serie de criterios, entre los que se señalan algunos. Las Buenas Prácticas entonces pueden entenderse como un medio para alcanzar niveles crecientes de SSR, a partir de que:

- Promueven procesos de cambio, mediante enfoques de innovación.

- Son sostenibles en el tiempo, tanto desde el punto de vista económico como en lo organizativo.
- Son capaces de dar respuestas concretas a problemas concretos.
- Están basadas en evidencias. Son susceptibles de medición evaluación cuantitativa y/o cualitativa en procedimientos y en actitudes.
- Producen impactos positivos con efectos multiplicadores. Son replicables a gran escala.
- Producen relevancia
- Poseen un enfoque de integralidad.

La perspectiva de género es imprescindible para la comprensión y la intervención en buenas prácticas en la atención de la salud sexual y reproductiva, para que ésta sea articulada con otras dimensiones, como por ejemplo la pertenencia a un determinado estrato socioeconómico, la orientación sexual o la dimensión étnica de las personas consultantes.

La promoción de la equidad de género va acompañada de la noción de diversidad, lo que implica reconocer que las mujeres, los hombres, las personas “trans” constituyen grupos con necesidades, posicionamientos, demandas que pueden tener muchos aspectos en común y también, otros disímiles por las trayectorias de vida, la personalidad, los marcos culturales, entre otros.

Las buenas prácticas en salud sexual y reproductiva (BPASSR) resultan una modalidad que permite dar respuestas a las necesidades e intereses diversos en mujeres y varones. Se sustentan en una mirada holística sobre los procesos de salud - enfermedad e integradora de las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, de la educación y de las ciencias sociales, para dar respuesta a problemáticas, en ocasiones, nada sencillas.

Las BPASSR no parten de cero, sino que tienen como antecedentes reciente históricos avances en el campo de los derechos a la salud y en particular a la salud sexual y reproductiva,

En primer término, buscan fortalecer y estar en consonancia con lo promulgado en la Ley 18.211 que crea el “Sistema Nacional Integrado de Salud”. De la exposición de motivos de la ley mencionada - se destacan algunos párrafos:

¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

“La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud.

Una preocupación sanitaria centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles, completa un marco altamente disfuncional al ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud y aconseja la urgente instrumentación de una reforma cuyas bases sean legalmente definidas, conjuntamente con las responsabilidades de las autoridades a cargo de llevarla a cabo.

La reforma de salud que instrumenta la presente Ley se inspira en las definiciones programáticas del Gobierno Nacional en la materia, profundizadas en el curso de un proceso de discusión amplio entre el Ministerio de Salud Pública y los actores involucrados, en el seno del Consejo Consultivo para el Cambio en la Salud. Su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación. Para alcanzar ese objetivo, contempla cambios en tres niveles:

- a) en el modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención.
- b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.
- c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.

El cambio en el modelo de atención supone fomento de hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. Al efecto el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestaciones integrales, dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados...”

Los principios éticos mencionados en el texto de la ley, apuntan a la salud como un derecho humano fundamental, a la equidad y la solidaridad, articuladas con la continuidad, oportunidad, calidad normatizada, interdisciplinaridad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización ejecutiva, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada.

En el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva realizado por la Organización No Gubernamental Mujer y Salud en Uruguay (MYSU, 2009), quedan plasmadas las normativas, decretos, pautas y guías que regulan la atención en salud sexual y reproductiva en Uruguay. De esta forma, se puede observar que es un cúmulo muy importante, un avance sustantivo y un desafío para los equipos de atención y para la ciudadanía. Estas normativas y guías deben contextualizarse en la transformación basada en la legislación de la reforma sanitaria y de la ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426), incluyente de este cuerpo normativo. Asimismo, es fundamental tener en cuenta el Decreto que reglamenta la mencionada ley (2010). A través del mismo, el artículo 3 plantea que:

“Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:

- A) Universal, asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- B) Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna.
- C) Inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.
- D) Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.
- E) Integral, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.
- F) Multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar
- G) Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.
- H) Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria

¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.

I) Confidencialidad, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención.

Es de sumo interés recalcar el alto grado de coincidencia en lo que plantea la referida reglamentación y esta propuesta de Buenas Prácticas en la Atención en Salud Sexual y Reproductiva. Como ya fue expresado, la reglamentación es posterior al desarrollo de este proyecto de BPASSR.

Asimismo, la Ley de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (Ley N° 18.335), promulgada en 2008, establece claramente los derechos de las personas en calidad de usuarios y pacientes a la atención de calidad y a los procedimientos desde los cuales se basan las buenas prácticas en atención a la salud. El capítulo 3 de la mencionada ley expresa los derechos, de los cuales destacamos:

Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7º.- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización. Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad.

Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.

Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno.

Este derecho incluye, entre otros, a:

- A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.
- B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.

Las BPASSR son un instrumento para lograr niveles crecientes de satisfacción de las usuarias/os de los servicios de salud. A la vez, constituyen una herramienta para volver operativas las normas y recomendaciones en materia de salud sexual y reproductiva que el Ministerio de Salud Pública - en su carácter rector de políticas sanitarias - viene impulsando en los últimos años.

Tal como afirma el Observatorio de MYSU (2009):

“El conocimiento y aplicación de las normas sanitarias en SSR puede ser considerado como un indicador relevante para la medición del acceso a los servicios de salud. Este puede ser definido como “la igualdad de posibilidades de todas las personas, según sus necesidades, de recibir información, someterse a pruebas de detección y recibir tratamiento y asistencia apropiados de forma oportuna, a lo largo de su vida reproductiva y con independencia de su edad, sexo, clase social, lugar de habitación u origen étnico” (OMS/UNFPA, 2009, pp. 43)”.

La experiencia indica que:

- Las guías normativas frecuentemente no son accesibles a todas las personas que están involucradas en los procesos de atención a la salud en salud sexual y reproductiva.
- Las y los profesionales que acceden a las guías normativas recuerdan parcialmente algunas de las recomendaciones.
- Algunos/as profesionales o técnicos no comparten los criterios de las guías normativas por diferentes motivos (creencia en que son difíciles de instrumentar, no estar de acuerdo con los procedimientos recomendados por motivos ideológicos, técnicos, etc.), y realizan prácticas no acordes con las mismas.

Por otra parte, aún no está consolidada una cultura institucional de interdisciplinariedad, que permite, bajo las mismas normativas y recomendaciones, actuar en consecuencia. En ocasiones, los equipos observan una enorme distancia entre lo que se promulga como recomendaciones o normativas y lo que efectivamente puede realizarse. Ello genera desmotivación y a mediano plazo, debilita lo que se ha indicado desde el nivel central como una guía de procedimientos para la atención.

Esta distancia entre los ámbitos de normatización y los efectores de los programas de salud, no es un problema nuevo, pero sin dudas, incide en la planificación de los cambios que se procesan a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud.

¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

Las Buenas Prácticas de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva intentan generar un puente entre lo normativo – central y los efectores locales, implicando un cambio en la cultura institucional de la salud en varias dimensiones:

Mayor interacción con la comunidad. Hasta hace pocos años las actividades comunitarias de los equipos de salud eran definidas como actividades “extramuros”. Ello suponía que los espacios de salud, eran espacios dónde la salud se recuperaba y “el saber”, se encuentra intramuros. Saberes y prácticas se enclaustran en la asistencia, en donde el lenguaje también devela el control sobre las prácticas corporales individuales y colectivas, “el control de salud del niño sano”, “la captación de la embarazada”, “el seguimiento del paciente”, develan un posicionamiento respecto de los dispositivos de “cuidado de la salud”.

Ciudadana activa. Si alguien es “paciente” no puede ser pensado como agente de su propia salud. Si alguien es “paciente” es visualizado como pasivo (de atención, de cuidado) y no puede ser pensado como un sujeto de derechos que interactúa como un equipo.

Adecuación de los servicios a las nuevas estructuras familiares. El cambio de enfoque, en consonancia con las buenas prácticas de atención, implica pensar a los sujetos históricos, en un contexto social, económico, cultural, con diversos sistemas de pertenencias como integrantes de sistemas familiares cambiantes, con valores disímiles sobre sus necesidades y satisfactores.

Considerando los aportes del especialista en educación para la salud sexual y reproductiva de UNFPA, Dr. Rodrigo Vera Godoy (1999):

“En relación al concepto de salud reproductiva podemos reconocer, en el texto del Programa de Acción y en su revisión de ICPD+5, una invitación a transitar de un enfoque de salud centrado en la oferta de salud (en los proveedores, en los servicios) a un enfoque de salud centrado en las personas (en sus capacidades de tomar decisiones libres, informadas y responsables como fruto de la satisfacción de sus necesidades de aprendizaje y del ejercicio de los derechos de empoderamiento y de equidad de género) .

En estos términos, según este autor, un nuevo enfoque de salud centrado en las personas implica:

- a) El reconocimiento de la pluralidad de factores que influyen en la salud de las personas, además del acceso a servicios de calidad. En este sentido, aparece la educación para la salud, la cultura, el ambiente y la cualidad de vida como factores indispensables

de una estrategia que pretenda asegurar logros en materia de salud sexual y reproductiva de las personas.

- b)** El protagonismo o empoderamiento del sujeto en relación a su salud sexual y reproductiva. Es decir, la capacidad del sujeto para tomar una decisión libre, informada y responsable en relación a la propia sexualidad.
- c)** La equidad de género como esencial a los logros en materia de salud sexual y reproductiva, y condición necesaria de un empoderamiento.
- d)** La sexualidad como una dimensión del desarrollo integral del sujeto y esencial en la construcción de su identidad.
- e)** La adolescencia como un estado de plenitud y de ejercicio de derechos, no sólo una etapa de transición en la vida del individuo.
- f)** El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como el objetivo principal de las estrategias de acción en materia de salud sexual y reproductiva.

Este enfoque centrado en las personas, y no en los proveedores, es consagrado en la CIPD. Dado el contexto en el cual este concepto se acuerda, éste sólo tiene sentido en una perspectiva de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, de empoderamiento de los sujetos - especialmente las mujeres- y de equidad de género como dimensiones substantivas de la misma definición. Según Vera Godoy, son siete los factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de adolescentes y de adultos:

- a)** Los condicionantes biológicos, sean estos innatos o adquiridos.
- b)** La calidad de vida, desde el punto de vista económico, social y político. Se refiere a aspectos ligados a las condiciones materiales de existencia en las cuales vive la persona y que afectan su bienestar. En este sentido, la pobreza material afecta la salud de la persona, sus niveles nutricionales y el acceso a los servicios de salud y a la educación para la salud.
- c)** El ambiente, según sea protegido, saludable e incluyente. El ambiente en el cual la persona desenvuelve su vida, referido al hábitat familiar, comunitario y social, influye según sea éste más o menos protegido, saludable e incluyente. Es necesario aproximarse desde una visión amplia de ambiente.

¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

- d)** Las características culturales. La cultura condiciona fuertemente la SSR de las personas. Así, la capacidad de tomar decisiones libres y responsables será influida, especialmente en la mujeres, de la equidad de género en las relaciones en el ámbito público y privado, de un marco legislativo que garantice el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, de la legitimidad social y política que influye sobre la afectividad, las prácticas sexuales y la salud reproductiva.
- e)** La cualidad de vida o la dupla autoestima/sociabilidad. Según Vera Godoy: “la cualidad de vida se refiere a las condiciones subjetivas de los sujetos, ellas pueden ser distinguidas por su importancia para la SSR. Nos referimos a la situación psico-emocional de los sujetos que se liga con la autoestima, auto percepción, imagen corporal, relación consigo mismo, con sus referentes y formas de relación con los demás, con el manejo de emociones, situaciones de stress y, al mismo tiempo, con su propio proyecto de vida”.
- f)** La calidad de atención en los servicios de salud. El acceso a una atención de calidad en los servicios de salud, influye en las actitudes y los comportamientos y en lo desarrollado en el ítem. Mientras la calidad se relaciona con las condiciones materiales y a su eficacia terapéutica o asistencial, la calidez se vincula con los grados de humanización y personalización de la atención, que también influyen en dicha eficacia.
- g)** Las capacidades de autocuidado/mutuocuidado/sociocuidado/prevenición, “adquiridas mediante aprendizajes que conforman el campo específico de la educación para la salud. Las decisiones de los sujetos y de las maneras como llevar dichas decisiones a su práctica de vida. Vale la pena señalar que estas capacidades son favorecidas por las acciones de promoción y educación de la salud. Pero sería mantenerse encerrado en un enfoque médico, o de mera oferta, el sostener que el autocuidado se identifica sólo con las acciones de promoción y de fomento desplegadas desde las instituciones de salud y educación”.

La consideración de estos siete factores, como presentes en la salud de las personas, dan origen a un marco de comprensión de la salud que permite articular el ámbito público y el privado, que responsabiliza respecto de la SSR a mujeres y varones, que apuesta a las capacidades y a la reflexión, que supera una mirada centrada sólo en prestaciones de salud.

Fortalecer las capacidades de decisión de las personas y el diálogo en lo relacionado con la salud, como una dimensión del ejercicio de sus derechos de ciudadanía.

Esto implica, igualmente, la apertura de espacios de participación y de movilización social de manera tal que sean las propias personas que asuman, en forma individual y colectiva, las acciones necesarias para encarar la satisfacción de sus necesidades atención y educación para la salud sexual y reproductiva.

La equidad de género, en un enfoque centrado en las personas, pasa a constituir una dimensión esencial para alcanzar la salud sexual reproductiva y no una mera mención para ser considerada políticamente adecuada. En este sentido, la equidad de género introduce al concepto un componente cultural y un componente psico-social, el análisis de las relaciones de poder que puede re-significarse o consolidarse en la atención en salud.

El concepto de salud reproductiva es profundamente cultural al reconocerse la equidad de género como una dimensión donde se juega el derecho de varones y mujeres a establecer relaciones igualitarias, considerando las diferencias en las necesidades pero no en los derechos.

Es además un concepto psico-social en la medida que están comprometidas identidades sexuales y decisiones individuales. El concepto se encuentra también arraigado en procesos fisiológicos, interdependientes de las emociones, los vínculos, y otros aspectos de interdependencia entre las dimensiones biológica – psicológica y social.

Los derechos sexuales y reproductivos integran los derechos humanos. Sin embargo, los contextos culturales pueden inhibir que dichos derechos sean ejercidos. Los servicios reproducen aspectos culturales de las comunidades en las que radican y también cuestionan otros. Pero, con relación a la atención en salud, es incipiente el enfoque en derechos. Un texto de UNFPA (Mora et. al, 2006) manifiesta que “para que las personas, mujeres y varones, puedan **ejercer libremente sus derechos y tener una mirada crítica a la cultura, es necesario que exista el espacio para el disenso, para el cuestionamiento de aquellas prácticas culturales que se consideran nocivas** (Kabeer y Subrahmanian, 1996). Por ello, es importante generar espacios para la discusión al interior de las comunidades que permitan la **reflexión y la reinterpretación de las prácticas culturales** que se consideran contrarias a los derechos humanos (UNFPA, 2004b). Empero, la cultura no es un elemento privativo de considerar quienes pueden ser objeto de análisis o intervención, sino que también **los aspectos culturales permean a las agencias, instituciones, profesionales y técnicos que trabajan en el ámbito del desarrollo en intervenciones sociales**. Ellos también son portadores de esquemas de interpretación y de valores propios de sus culturas institucionales y de sus sociedades. De modo que también se requiere un análisis de las instituciones que promueven el desarrollo en el sentido que estas instancias no son neutras respecto del género, sino que llevan generalmente implícitas sus propias construcciones de género y valoraciones, y por ende

¿POR QUÉ SON NECESARIAS LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

tienen determinados modelos de género incorporados en sus prácticas, propias de sus culturas (Kabeer, 1998)".

Los procesos de reforma de los sistemas de atención a la salud, como el que está transitando Uruguay, son una oportunidad para promover cambios en la calidad de la atención de los servicios y el diálogo entre los equipos de salud y las comunidades.

Citando a Celia Almeida, se entiende que las reformas sanitarias son "procesos de cambios estructurales en el área de atención a la salud, vinculados a transformaciones más amplias (contexto económico, político, ideológico y social). Esto es, momentos históricos en que se alteran tanto las concepciones (y las creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios". Pero hay que estar atentos a pensar que éstas no constituyen: "meros procesos técnicos naturalizados por la globalización, y que se resuelven en ese ámbito, con el soporte de evidencias empíricas científicamente comprobadas, creyéndose en una supuesta neutralidad de la ciencia. Ese presupuesto permite que solamente se identifique como "reforma" a aquellos cambios que se adecuen a determinados referenciales, excluyéndose todos los otros cambios de política de salud que no lleven en consideración determinado paradigma; y que se particularice el carácter social de la política de salud, esto es, que se redefina el derecho de la salud, excluyéndolo del elenco de beneficios sociales" (Almeida, 2004).

A su vez, el sistema de cuidado a la salud es una red compleja de prácticas sociales que tiende a depositar en determinadas instituciones y personas el deber ser, la responsabilidad, el tiempo disponible y los recursos, con el fin de atender y cuidar a individuos y grupos humanos, mediante acciones más o menos específicas, definidas como prácticas de cuidado a la salud.

Cuando se abarca la salud sexual y reproductiva, no sólo se está abordando la demanda de tecnología anticonceptiva, de monitoreo de los parámetros de la salud de la embarazada, del acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno, de la prevención y protección específica y de la rehabilitación. Se están abordando necesidades existenciales de las personas respecto a su presente y futuro, de las dinámicas familiares, de las decisiones reproductivas de una persona y su pareja.

También se está incidiendo, a través de las prácticas y del vínculo, de la escucha y de la orientación, en aspectos que hacen a la salud integral y la calidad de vida.

Resulta a veces difícil, desde la dinámica y estructura de los servicios de salud, pensar en la incidencia que tienen las prácticas profesionales y administrativas en el mundo del trabajo (remunerado y no remunerado) y en la calidad de vida de las personas consultantes.

Las recomendaciones hacia las usuarias que emanan de las consultas en servicios de salud, tienen una fuerte repercusión en la persona, en su núcleo de pertenencia, en sus afectos, en sus tareas y en su supervivencia.

Suelen ser las mujeres quienes consultan mayoritariamente a los servicios de salud para el cuidado infantil y para ello, aplazan o postergan otros aspectos de su vida en pos del cuidado de su hijo/a. Los tiempos de espera en un servicio de salud pueden estar incidiendo en las posibilidades laborales de estas mujeres (aspectos que reconoce la posibilidad de un día libre en lo laboral remunerado para realizarse los exámenes de prevención de las neoplasias ginecológicas). La calidad del tiempo es un aspecto crucial para promover el cuidado mutuo y el autocuidado.

Resolver con eficacia y eficiencia las demandas de las mujeres por su propio cuidado, de la salud infantil, dando cabida real a la participación masculina como pareja, como individuo y como padre, son aspectos sustantivos de la salud sexual y reproductiva.

Complementariamente, es necesario tener muy presente la salud y las condiciones laborales de quienes promueven la atención de calidad de las personas en los servicios. Si bien su tarea es favorecer procesos, garantizar derechos a través de la atención, es imprescindible, como se dice habitualmente “cuidar a los que cuidan”.

EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Hacia fines del año 2008, a iniciativa del Proyecto Desarrolla/PNUD, el Programa Nacional de la Mujer y Género (DIGESA, MSP) y el Área de Infancia y Adolescencia de ASSE, se fueron generando instancias técnicas con vistas a la formulación de un documento base sobre “Buenas Prácticas de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva” (BPASSR). A comienzo del año 2009, se convalida un primer borrador entre estas partes, el cual resume diez buenas prácticas, priorizadas y consensuadas.

Presentada la propuesta en una instancia de coordinación del Proyecto “Canelones Crece Contigo”, surge el interés de la Dirección Departamental de Salud, de la Dirección de Desarrollo Social de la Comuna Canaria y de la Dirección del Hospital de Las Piedras de ASSE en realizar una experiencia piloto en la que se pudiesen implementar dichas prácticas.

La iniciativa es presentada en la Mesa Interinstitucional de Salud Sexual y Reproductiva del departamento de Canelones (agosto 2009) contando con su respaldo. El equipo de salud sexual y reproductiva del Hospital de las Piedras, contando con el apoyo de la dirección de dicha institución, se comprometió con este proyecto. Del trabajo conjunto de estas instituciones y de la implementación de la experiencia piloto a través del Hospital de Las Piedras, se definieron las diez Buenas Prácticas en SSR. Se consensúa el objetivo general y de cada práctica:

Objetivo de las Buenas Prácticas de Atención en Salud Sexual y Reproductiva:

Promover y atender la salud de mujeres y varones en el Primer Nivel de Atención en Salud, respetando y garantizando el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, favoreciendo la participación comunitaria y procurando los mayores niveles de calidad en la atención, a través de 10 Buenas Prácticas para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

A continuación, se desarrollan algunas apreciaciones sobre cada una de las diez Buenas Prácticas de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, que implican su formulación y aspectos básicos para favorecer su aplicabilidad.

Primera buena práctica:

El servicio brinda asesoramiento en anticoncepción a mujeres y varones de todas las edades, sin discriminación, promoviendo que las/los usuarias/os conozcan sus derechos, beneficios y riesgos relativos al uso de los MAC, incluyendo el preservativo.

Esta práctica pretende garantizar la equidad en el acceso a información y asesoramiento de calidad, favoreciendo la toma de decisiones por parte de mujeres y varones. Ello involucra a todo el equipo de salud, a las direcciones del centro sanitario, a funcionarias/os que pueden favorecer o inhibir la accesibilidad de usuarias/os a la atención y a los responsables de la comunicación institucional.

El asesoramiento implica la previa y continua capacitación del personal para conectarse con calidez y actuar con capacidad técnica, apertura a nuevos conocimientos y a los saberes populares.

El asesoramiento, como instancia centrada en el diálogo con una persona o pareja, también se fortalece de las acciones de información y comunicación institucional.

Evitar información sesgada, contar con tiempo suficiente para la recepción de dudas y comentarios, dialogar, forma parte de la tarea de asesoramiento.

Si bien puede darse en el marco de una consulta por otro motivo – por ejemplo en consulta ginecológica, pediátrica, de medicina general, de psicología - también es importante contar con un horario definido y un tiempo estimado para esta práctica de asesoramiento. Por otra parte, debe ser registrada la intervención en asesoría, dejando constancia de esta actividad en el sistema de registro.

Las personas que concurrieron a este espacio, deben contar con la oportunidad de nuevas consultas, así como de poder conectarse con sitios web, bibliotecas y otros recursos que permitan decidirse ante una u otra modalidad de cuidado anticonceptivo.

El servicio debe contar con material informativo suficiente, actualizado y con anticipación para cubrir la demanda. Ello supone planificar las acciones de asesoramiento, procurando que éstas no queden libradas a la posibilidad de tiempo disponible de los profesionales o pasar períodos sin material informativo disponible.

Segunda buena práctica:

El servicio provee a mujeres y varones que lo requieran, métodos anticonceptivos, incluyendo preservativos, de acuerdo a la canasta básica del MSP.

Se pretende garantizar el acceso efectivo a métodos que permitan regular la fecundidad y tener una vida sexual placentera, responsable y segura. Para lo cual, se promueve la doble protección: anticonceptiva y ante las infecciones de transmisión sexual.

EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se contribuye a la inclusión de los varones en la responsabilidad reproductiva, mediante una apertura de los servicios a su efectiva integración. El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2009), señala la persistente dificultad en los servicios relevados de incluir a los varones, así como de contar con la doble protección mencionada.

Es fundamental contar con una ruta bien definida en la administración y distribución de los métodos anticonceptivos /preservativos y que las recomendaciones de MSP y de ASSE sean cumplidas.

Tercera buena práctica:

El servicio brinda consultoría pre concepcional, como parte de las prestaciones del servicio en SSR.

En nuestro país, ésta es una actividad que no se encuentra consolidada en los servicios. Habitualmente, los aspectos que hacen a la consulta pre - concepcional, han sido escasamente abordados, operando muchas veces, los prejuicios que limitan el derecho a la elección de las mujeres respecto a la reproducción.

Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública recomienda en las guías de atención en salud sexual y reproductiva que se desarrollen acciones al respecto, por parte de los equipos (ver Normas de atención a la mujer embarazada del MSP).

En otros países, la Planificación Familiar es incluyente de tres componentes: acceso a la anticoncepción, tratamiento de la infertilidad y atención pre - concepcional.

Cuarta buena práctica:

En el servicio a la mujer embarazada se promueven los derechos sexuales y reproductivos, a través de la información adecuada.

Promover los derechos sexuales y reproductivos implica que el propio equipo técnico revise sus prácticas desde la dimensión social, subjetiva, su implicación en el proceso de consulta y en la ruta de atención.

Trabajar desde una perspectiva de equidad de género, supone reconocer los derechos de la mujer embarazada a controlar adecuadamente la evolución de su embarazo, transitar por un parto seguro y acompañado, así como un puerperio saludable.

Es un derecho de la mujer tener un embarazo saludable y una maternidad y crianza con

corresponsabilidad por parte de su pareja. A tales efectos, es importante difundir y promover la Ley de Acompañamiento del Parto y Puerperio de acuerdo a la Reglamentación del MSP (2006).

El servicio debe poseer una planificación anual de actividades y talleres de preparación para el parto y nacimiento, coordinados con los centros CAIF de referencia, en el marco del convenio ASSE – CAIF (2008). Además el servicio de salud tiene que destinar un espacio físico (propio o en acuerdo con la comunidad) confortable, para actividades grupales con mujeres y sus acompañantes. Generar una estrategia para la captación precoz de las mujeres embarazadas es imprescindible con el fin de asegurar un proceso que considere los derechos de las mismas.

Quinta buena práctica:

El servicio ofrece un asesoramiento integral a situaciones de especial vulnerabilidad como: consulta pre y post aborto, violencia doméstica, ITS - VIH, uso problemático de sustancias psicoactivas.

En muchas ocasiones, las problemáticas por las cuales se asiste a las mujeres tienen un alto grado de focalización/especialización en sus intervenciones. Así, equipos que trabajan en ITS no integran la dimensión anticonceptiva, equipos que trabajan en uso/abuso de sustancias psicoactivas no incluyen la asistencia a la violencia doméstica, entre otros posibles cruces. También pueden visualizarse enfoques sistémicos que no integran el enfoque de género o abordajes interdisciplinarios sin enfoque de derechos.

El proceso de construcción de un abordaje integral, requiere de la apertura de cada servicio para favorecer los procesos de abordaje a situaciones complejas y para evitar re victimización de las personas en situaciones críticas.

Existen guías normativas, pautas de abordaje y experiencia acumulada en la atención de situaciones como la atención a mujeres en situación de violencia doméstica, de orientación o consejería en ITS – VIH, de asesoramiento pre y post aborto en el actual marco legislativo. Los altos niveles de coordinación a nivel local para la resolución de situaciones como las señaladas, deben articularse con los niveles de confidencialidad pertinentes y por supuesto, con la calidad de atención reflejada en el buen trato, en la efectividad y en el seguimiento de los resultados de la intervención de los equipos técnicos involucrados.

Sexta buena práctica:

El servicio garantiza la calidad de atención a través del trato digno a usuarias/os y de las condiciones higiénicas de los servicios.

EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Si se concibe al ciudadano/a como “usuario/a” o como “paciente”, esto se enmarca en una situación de subordinación, en el marco de relaciones entre técnicos de poder en los servicios. Una vez que ingresan en el recinto, muchas mujeres y varones son visualizados en calidad de “visitantes”. Frecuentemente, se trata a las mujeres con modismos, que, con tono despersonalizado, tienen una intensa carga peyorativa. Un claro ejemplo es la nominación “madre” a todas las mujeres que consultan a los servicios de SSR y pediatría.

Cuando se incorpora el enfoque de derechos, la calidad de atención prima a la hora de brindar un servicio a la ciudadanía. Esto implica trabajar con los equipos de salud y el personal administrativo aquellos aspectos de la calidad en general y dentro de ésta el respeto y el buen trato.

Las condiciones higiénicas de los servicios, son un claro reflejo de la trascendencia que se le otorga quienes son “usuarias/os”. A veces, por falta de recursos materiales, u otros motivos, se restringe el acceso a elementos higiénicos básicos. Sin embargo estos resultan indispensables a la hora de poner foco en la calidad de atención.

Los beneficios para los equipos de salud y para las mujeres y varones consultantes son una inversión que no puede pensarse como mero “gasto”.

Es sabido que para muchas mujeres, la higiene personal en sus hogares es restringida o tras un tiempo de traslado al servicio o de espera en sala, es necesario el uso de un gabinete higiénico. La observación de elementos faltantes en los mismos, resulta en sí, un indicador de una práctica no adecuada.

Séptima buena práctica:

El servicio articula la programación de la consulta puerperal y la consulta pediátrica.

Para las mujeres - y más para aquellas que viven en situación de pobreza económica - el traslado a los servicios de salud por motivos relacionados con el cuidado de la salud de sus hijos y la consulta puerperal, más otras posibles derivaciones tiende a resultar complejo. Generalmente, las mujeres postergan el cuidado de su propia salud en el puerperio, priorizando la salud de sus hijos/as.

La posibilidad de programar para una misma oportunidad ambas consultas, puede resultar muy positivo para la salud del núcleo familiar.

Es importante pensar en un mecanismo de cuidado de niñas/os pequeñas/os mientras las madres consultan o la coordinación con los servicios de cuidado infantil de la localidad para interactuar efectivamente.

Octava buena práctica:

El servicio fomenta la participación del acompañante de las mujeres usuarias y la co-responsabilidad paterna.

Garantizar la presencia del/la acompañante por diferentes motivos de consulta en el servicio de salud sexual y reproductiva implica tener muy presente el enfoque de género.

Las mujeres pueden desear concurrir solas al servicio y ello deber ser respetado. En algunas ocasiones, es la posibilidad de lograr un espacio de confidencialidad para plantear problemas conyugales, situaciones de violencia doméstica, etc.

Si se presta la debida atención a los resultados presentados en el Observatorio 2009, sobre acompañamiento en el parto, cercano al 50%, es posible inferir que en el primer nivel de atención aún no se trabaja con eficiencia en la transmisión de los derechos de las mujeres a ser acompañadas.

El acompañamiento es un derecho que puede concretarse en la consulta anticonceptiva, en la preconcepcional, en la obstétrica, en la puerperal, en la pediátrica.

Tener presente al acompañante significa de un conjunto de acciones concretas como por ejemplo: que el personal administrativo lo permita, contar con mobiliario adecuado, poseer una actitud profesional habilitante y de salas adecuadas para ello.

Novena buena práctica:

El servicio ofrece instancias regulares de capacitación a todo el equipo en salud sexual y reproductiva.

Esta práctica tiende a fortalecer conocimientos, a revisar actitudes y prácticas, a incorporar nuevos enfoques y a consolidar la integración de la perspectiva de género y derechos.

En el marco del SNIS, esta práctica resulta en plena consonancia con las metas prestacionales definidas por el MSP.

A su vez, fortalece a las restantes buenas prácticas. El equipo técnico de SSR del Hospital de Las Piedras ha incentivado varias instancias de capacitación, incluyendo a profesionales de servicios públicos e IAMC del primer nivel de atención en la ciudad, a integrantes de comisiones de salud, de CAIF, de instituciones educativas.

EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Décima buena práctica:

La 1ª consulta obstétrica y la consulta ginecotológica de las adolescentes es considerada prioritaria.

Se intenta evitar la pérdida de contacto primario con las mujeres por aspectos burocráticos - administrativos y que resulten potencialmente perjudiciales para éstas, en especial en las situaciones de embarazo y de las adolescentes.

El concepto de “urgencia” se refiere a no perder la oportunidad de acercarse a la mujer usuaria al servicio, cuando en situaciones complejas, o bien no vuelve a consultar o consulta en forma tardía, haciendo que las intervenciones sean más difíciles y costosas.

Para ello es necesaria la priorización en la recepción del servicio y la comunicación interna a todo el servicio para que facilite la consulta.

DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA APLICACIÓN DE LAS BPASSR. INDICADORES DE RESULTADOS

La aceptación de cada una de las Buenas Prácticas implica un nivel de compromiso asumido por las direcciones de los servicios de salud, del universo de actores institucionales y de los equipos específicos que atienden las demandas de la población.

Para poder avanzar en el logro de las Buenas Prácticas en tanto metas, es imprescindible contar con criterios de aplicabilidad.

Estos criterios permiten la implementación a través de niveles operativos crecientes de la práctica en cuestión, basadas a su vez en la normativa vigente.

Asimismo, los indicadores definidos son útiles porque permiten medir, comparar y corregir rumbos y estrategias. La medición a través de evaluaciones de los equipos de salud y de las personas usuarias, resultan fundamentales.

A continuación se plantea un cuadro que resume las BPASSR con posibles criterios de aplicación e indicadores.

PRÁCTICA	CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA	INDICADORES
1. El servicio brinda asesoramiento en anticoncepción a mujeres y varones de todas las edades, sin discriminación, promoviendo que las/los usuarias/os conozcan sus derechos, beneficios y riesgos relativos al uso de los MAC, incluyendo al preservativo.	<p>Se incluye el asesoramiento en las consultas ginecológicas, obstétricas, de atención a adolescentes, llevadas adelante por ginecotocólogos, médicos/as de familia, parteras en las siguientes instancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control anual de las mujeres - 1º consulta en anticoncepción de mujeres y varones - 1º consulta en puerperio <p>Se registran las actividades de asesoramiento en anticoncepción</p> <p>Se realiza seguimiento individual/ de pareja de las/los consultantes que lo ameritan</p> <p>Las recomendaciones en el uso de los MAC refieren a normas de anticoncepción del MSP (métodos reversibles e irreversibles)</p>	<p>La totalidad del equipo de salud sexual y reproductiva conoce las guías normativas del MSP</p> <p>El 80% del equipo de salud se siente capacitado para asesorar en anticoncepción</p> <p>El 80% del equipo de salud se siente motivado para asesorar en anticoncepción</p> <p>Al menos 80% de las personas que han consultado por anticoncepción han recibido asesoramiento y se muestran satisfechas con el mismo.</p> <p>La observación directa del servicio muestra que existe material informativo disponible para los diferentes públicos.</p>

DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA APLICACIÓN DE LAS BPASSR. INDICADORES DE RESULTADOS

PRÁCTICA	CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA	INDICADORES
	<p>El personal de salud se encuentra motivado, capacitado y actualizado en anticoncepción, con enfoque de género y derechos</p> <p>El servicio posee material informativo (folletería, afiches, etc.) sobre los diferentes métodos y para los diferentes públicos</p>	
<p>2. El servicio provee a mujeres y varones que lo requieran, MACs y preservativos, de acuerdo a la canasta básica del MSP</p>	<p>El servicio posee un stock permanente de todos los MAC, de acuerdo a su demanda mensual</p> <p>El servicio cuenta con un protocolo interno, o del Programa Salud de la Mujer y Género del MSP que asegura calidad de atención y continuidad en el acceso a MACs</p>	<p>Los diferentes métodos se encuentran disponibles en el servicio de acuerdo a los registros administrativos, de lunes a viernes, los 12 meses</p> <p>80% de las personas consultantes afirman haber accedido en tiempo y forma a los MACs</p> <p>Se encuentra disponible el protocolo interno o del MSP, de actuación para la proveeduría de MAC – condones</p> <p>El sistema de registro del servicio, de entradas y entregas de MAC, demuestra una entrega constante y permanente stock</p>
<p>3. El servicio brinda consultoría pre-concepcional, como parte de las prestaciones del servicio en SSR</p>	<p>El servicio promueve e informa a la población usuaria sobre la existencia de un espacio de consulta pre concepcional</p> <p>En la consulta pre concepcional se aplican las recomendaciones de procedimiento de las guías normativas de la mujer embarazada del MSP</p>	<p>Al menos el 20% de los embarazados atendidos han tenido o conocen el servicio de consultoría pre concepcional</p> <p>Todos los integrantes del servicio conocen la existencia y condiciones de accesibilidad a la consultoría pre concepcional</p>

PRÁCTICA	CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA	INDICADORES
<p>4. Se promueven los derechos sexuales y reproductivos de la mujer embarazada, a través de la info adecuada</p>	<p>El equipo interdisciplinario promueve la educación para el embarazo, parto y puerperio con enfoque de género y derechos</p> <p>Se difunde y promueve la Ley de Acompañamiento del Parto y Puerperio de acuerdo a la Reglamentación del MSP</p> <p>El servicio posee una planificación anual de actividades y talleres de preparación para el parto y nacimiento, coordinados con los CAIF de referencia, en el marco del convenio ASSE - CAIF</p> <p>El servicio destina espacio físico (propio o en acuerdo con la comunidad) confortable para actividades grupales con mujeres y sus acompañantes</p> <p>El equipo genera una estrategia para la captación precoz de las mujeres embarazadas</p> <p>El servicio cuenta con un sistema de consultas eficiente y efectivo</p>	<p>Al menos 80 % de las mujeres embarazadas controladas por el servicio, han realizado su primer control en el 1º trimestre de embarazo</p> <p>Todo el equipo técnico del consultorio conoce las Normas de Atención a la Mujer Embarazada</p> <p>Las y los profesionales conocen y comparten las estrategias del servicio para la captación temprana de las embarazadas</p> <p>Las mujeres embarazadas tienen 5 controles a lo largo de su embarazo en al menos 90%</p> <p>Las usuarias consultadas confirman que se les dio número de consulta para controles de rutina, en un plazo no mayor a una semana</p> <p>El servicio cuenta con un referente identificado para promover acciones con CAIF y posee registro de asistentes a talleres y actividades, habiendo realizado al menos 2 talleres en el último trimestre</p> <p>La información sobre Acompañamiento en el Parto, métodos irreversibles, cartillas sobre derechos sexuales y reproductivos se encuentran disponibles en cantidad y calidad</p>

DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA APLICACIÓN DE LAS BPASSR. INDICADORES DE RESULTADOS

PRÁCTICA	CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA	INDICADORES
<p>5. El servicio ofrece un asesoramiento integral a situaciones de especial vulnerabilidad como: consulta pre y pos aborto, violencia doméstica, ITS-VIH, uso problemático de sustancias psicoactivas</p>	<p>El servicio conoce y aplica adecuadamente las recomendaciones para:</p> <p>La atención a la violencia doméstica en el primer nivel de atención;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la atención en situaciones vinculadas a Salud Mental - las recomendaciones de atención a la mujer embarazada, - las guías normativas en anticoncepción - las pautas de atención VIH – SIDA <p>La Normativa de Atención Sanitaria y Guía de Práctica Clínica de la Ordenanza 369/04.</p> <p>La confidencialidad en la consulta está garantizada</p>	<p>El conocimiento de las normas del MSP es evidente en 90 % del equipo de salud</p> <p>Las normas publicadas están accesibles en el servicio</p> <p>Existen registros de situaciones críticas documentadas en las historias clínicas, incluyendo sistema de referencia y contrareferencia</p>
<p>6. El servicio garantiza la calidad de atención a través del trato digno a usuarias/os y de las condiciones higiénicas de los servicios</p>	<p>Las consultorios ginecotológicos y de parteras /obstetras presentan condiciones higiénicas y de atención adecuadas, que garantizan la confidencialidad de las mujeres consultantes, contando con bancos suficientes para las mujeres y sus acompañantes, material para higiene personal en baños y material informativo y formativo en sala de espera</p>	<p>Al menos el 90% de las usuarias del servicio ginecotológico asegura haber encontrado siempre el espacio en condiciones de higiene, lugar para sentarse ella y su acompañante y haber sido tratadas en forma amable</p>
<p>7. El servicio articula la programación de la consulta puerperal y la consulta pediátrica</p>	<p>Los horarios programados, garantizan la presencia del equipo interdisciplinario en el servicio, de modo que se puedan realizar los dos controles en el mismo día, en un lapso no mayor a dos horas entre el término de una consulta y el comienzo de la siguiente</p>	<p>Los horarios de consulta están programados.</p> <p>Al menos el 80% de las mujeres puérperas que llevan sus hijos a control han sido invitadas a realizar sus controles ginecológicos en el mismo día</p>

PRÁCTICA	CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA	INDICADORES
8. El servicio fomenta la participación del acompañante de las mujeres usuarias en el servicio	Se estimula el ingreso a consulta del acompañante, en especial del varón, preparándose para la participación en el parto y se cuenta con la infraestructura básica para su inclusión en la consulta y en las actividades educativas	Al menos 50% de las mujeres manifiestan que se autorizó y estimuló la participación de su acompañante en las consultas y actividades educativas
9. El servicio ofrece instancias regulares de capacitación a todo el equipo en salud sexual y reproductiva	El servicio organiza al menos dos instancias anuales interdisciplinarias de capacitación interna y externa	La totalidad de los integrantes del equipo de SSR entrevistados, confirman haber participado en al menos una instancia de capacitación en SS y R en los últimos 12 meses
10. La 1ª consulta obstétrica y la consulta ginecotológica de las adolescentes es considerada una prioridad	El personal administrativo y el personal de salud deben lograr que la consultante tenga contacto efectivo con un/a integrante del equipo de salud en el mismo día de la consulta	Al menos 50% de las mujeres que consultaron por primera en el servicio, fueron atendidas el mismo día por un integrante del equipo de salud

LECCIONES APRENDIDAS DE LA APLICACIÓN DE LAS BPA EN SSR EN EL HOSPITAL LAS PIEDRAS

Durante el proceso de validación de las BPA en SSR, ha sido posible observar la realidad del servicio de salud sexual y reproductiva del Hospital de Las Piedras.

Para ello fue aplicado un formulario auto administrado. El mismo fue modificado con el equipo técnico que trabajó en el proceso. La dirección elaboró una nota, invitando a los técnicos y a completar el formulario.

En el mes de noviembre se distribuyeron los formularios. Una primera percepción fue la dificultad en lograr que los mismos fuesen entregados en los plazos requeridos. Asimismo, el número de formularios entregados quizás no haya alcanzado a todos los actores implicados en la atención, por sentir la pertinencia técnica o considerar que se encontraba diseñado para especialistas (ver anexo). Se enfatiza brevemente en algunos aspectos relevados:

Uno de los aprendizajes ha sido el hecho de poder visualizar el “**universo**” de quienes influyen -en carácter de técnicos y administrativos-, directa o indirectamente en la salud de las mujeres consultantes en torno a la salud sexual y reproductiva.

Habitualmente, se considera que es un equipo técnico de especialistas y los respectivos administrativos adjuntos, quienes tienen la responsabilidad e inciden plenamente en el proceso de atención. Sin embargo, al aplicar la dinámica de la construcción de **algoritmos de atención**, se visualiza la interdependencia con otros profesionales y administrativos, con procedimientos y definiciones institucionales que superan ampliamente al equipo de salud sexual y reproductiva. Esto no es menor, pues a la hora de evaluar impactos y resultados, los mismos aparecen también condicionados por estos otros actores.

Metafóricamente, el equipo técnico puede ser el centro, de este universo. Pero deben ser considerados todos quienes orbitan en torno a este centro.

El equipo técnico, una vez que percibe esta amplia influencia intra - institucional, puede tomar en consideración nuevas estrategias incluyentes de estos actores y aminorar o potenciar su actuación para alcanzar los resultados esperados.

Por otra parte, los servicios de salud han desarrollado sus acciones centrados en disciplinas fundamentalmente médicas y dentro de ellas, la biomedicina ha logrado un importante avance por sus técnicas y por su tecnología disponible. Sin embargo, en el primer nivel de atención, la influencia de los determinantes sociales (estilos de vida, medio ambiente, cultura local, capital social, etc.) tiene un peso importante sobre los motivos de consulta y sobre las respuestas que puede o podría brindar el servicio. Sin embargo, la disyuntiva entre lo biomédico y lo socio cultural debería ser superada. Las situaciones de

riesgo, los factores protectores, pueden plantearse esquemáticamente en forma separada, pero en definitiva, las soluciones (orientaciones, controles, tratamientos) no pueden disociarse de la realidad en la cual esa mujer está inserta.

Las normativas del MSP son reconocidas, de acuerdo al relevamiento realizado por el proyecto Desarrolla, pero es necesario protocolizar los procedimientos internos, generar mapas de ruta y evaluar las modalidades de derivaciones interinstitucional e intersectorial, según los 14 técnicos que responden el formulario. En los países desarrollados suele medirse el impacto profesional de las distintas modalidades de diseminación de las guías clínicas. (Wiysonge C; 2008).

La poca utilización de la información disponible en los registros es un tema a profundizar en este y otros hospitales. Lograr el desarrollo de una cultura de registro se articula con la posibilidad de contar posteriormente, por parte de técnicos a nivel local y de las personas usuarias organizadas o no, de la información pertinente. Ello puede incidir positivamente en cambios de actitud en los propios profesionales (Flottorp, S; 2008).

Por ejemplo, con relación a la disponibilidad y el acceso a los métodos anticonceptivos, las imágenes son diferentes para unas y otras integrantes del universo. Quienes están más próximos de la atención en anticoncepción, manejarán información que otros profesionales que no lo están. Y ello influirá en los procesos de consulta, a través de las conversaciones u otras formas de comunicación, al no estar consolidada la difusión de la información entre técnicos y usuarias/os.

Este primer sondeo muestra que no existe unanimidad sobre la percepción de los niveles de capacitación que necesita el equipo técnico. Sin dudas, cada quien verá sus carencias y necesidades o percibirá las carencias de otros. Sólo a través del intercambio y problematización entre los involucrados puede existir un menú consensuado.

Por otra parte sólo en el equipo que realiza talleres de preparación para el parto, se identifica un adecuado trabajo con mujeres embarazadas.

Sin embargo, hay casi nula participación de los hombres en relación a la consulta en salud reproductiva y específicamente en acceso a anticoncepción.

En los casos de interés masculino, el referente es el médico de familia, quien opera como nexo con el servicio de salud.

La consulta pre - gestacional, a la que refiere una de las buenas prácticas, no existe como una instancia específica, con un horario y técnicos designados. Se encuentran acciones

LECCIONES APRENDIDAS DE LA APLICACIÓN DE LAS BPA EN SSR EN EL HOSPITAL LAS PIEDRAS

integradas a la consulta ginecológica, pero no se encuentra sistematizada como tal.

Por último, debemos poner en consideración que una política intersectorial con un objetivo común como lo es el Convenio ASSE CAIF (ver anexo) es reconocido por algunos técnicos pero no hay acciones conjuntas entre el Hospital y el Plan CAIF a nivel local, para optimizar los recursos, a los efectos de planificar acciones, definir referentes y en definitiva, dar cumplimiento a la voluntad política.

LA MIRADA DESDE EL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE LAS PIEDRAS

Las siguientes consideraciones están basadas en un documento elaborado por el equipo técnico del Hospital para esta publicación, en el mes de junio de 2010.

El Hospital de Las Piedras ha transitado, sin dudas, por un período de transformaciones en el campo de la atención en salud sexual y reproductiva y en la salud infantil.

Cuando se plantea, desde una mirada retrospectiva, el análisis de las fortalezas y debilidades en un proceso de diez años del equipo técnico del Área Mujer y Salud Sexual y Reproductiva es necesario considerar la perdurabilidad, la continuidad y los distintos apoyos institucionales que han potenciado los resultados.

Breve historia

En el período comprendido entre los años 1997-99, contando con el aval de la Dirección del Hospital y el patrocinio de la Dirección Departamental de Salud de Canelones el Área de Servicio Social del Hospital, se realiza la convocatoria a los grupos de mujeres organizadas del departamento de sectores productivos y sociales, con el objetivo de elaborar una propuesta de promoción de salud. Los programas abordados fueron la prevención de cáncer genito mamario y la promoción de hábitos de alimentación saludable. La población objetivo estuvo constituida por estudiantes de primaria y mujeres habilitadas para realizarse estudios preventivos genito mamarios de las zonas y barrios: Cerrillos, Canelón Chico, Las Brujas, Santa Lucía, Sauce, Las mañanitas, Rincón del Colorado, Pedernal, Totoral de Sauce, Las Piedras, La Paz, Progreso, San Francisco, El Obelisco, San Antonio, Vista Linda y San Marcos.

En este período, el equipo interdisciplinario trabajó en escuelas rurales, clubes sociales, asociaciones rurales, casa de la cultura, policlínicas. La apropiación de estos espacios no tradicionales para las acciones de educación para la salud, involucró a la comunidad toda; no solo al grupo convocante. El impacto trascendió la actividad pues visibilizó su capacidad de autogestión.

En 1999, se implementa el servicio de atención a la adolescente, centrado en la atención en policlínica y en los talleres de preparación para el parto. Equipo interdisciplinario: Licenciada en Fisioterapia, Licenciadas en Trabajo social, Médica Ginecóloga.

Su funcionamiento fue discontinuado a lo largo de los primeros años, ardua fue la labor para instalar la demanda en la población destinataria, en el equipo consolidar el grupo, vencer y superar las adversidades, fortalecerse.

Según el equipo técnico, la trayectoria diferencia a éste de otros de la institución

LA MIRADA DESDE EL EQUIPO TÉCNICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL DE LAS PIEDRAS

desarrollando una mirada común. El equipo técnico se despliega dentro del ámbito institucional, sus decisiones administrativas, normativas y relaciones de poder. Pese a las dificultades, estos técnicos que incluye a profesionales de la salud y administrativos se consolida, entendiendo que su existencia promueve un avance en la promoción de la ciudadanía. El trabajo interdisciplinario supuso desde ese período, una definición ideológica y una concertación metodológica.

En el segundo semestre del 2007, la Dirección del Hospital de Las Piedras, ante la propuesta de la Organización Iniciativas Sanitarias para participar en el Proyecto “Salvar Madres y Recién Nacidos” de FIGO: “Proteger la Vida y la Salud de las Mujeres Uruguayas Disminuyendo el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo”, asume el desafío de incorporar al servicio, el asesoramiento a las mujeres que cursan embarazos no deseados, no aceptados, de acuerdo con la ordenanza 369/04 del MSP. El asesoramiento se incluye como prestación en la policlínica de SSR en el Hospital y en la Policlínica de San Marcos. El abordaje interdisciplinario ha posibilitado una intervención conjunta simultánea, desde los saberes formales e informales, sin fragmentación.

Determinados aspectos han sido potenciados en el trabajo conjunto con Iniciativas Sanitarias, ha permitido mejorar la sistematización del equipo de Salud Sexual y Reproductiva, ha enfatizado la planificación y el análisis de indicadores, ha favorecido la difusión del servicio en los medios de prensa y fortaleció el reconocimiento a la interna y con instituciones locales. Si bien en diciembre de 2009, finaliza el convenio con esta organización, la prestación continúa.

En 2009 en el marco del Proyecto Desarrolla - PNUD, se conforma el Comité de Buenas Prácticas de alimentación del Hospital de Las Piedras. Se protocoliza - de acuerdo a las evidencias científicas suplementar con hierro - a las mujeres durante el embarazo y la lactancia.

En noviembre de 2009 el equipo de Salud Sexual y Reproductiva adhiere al Proyecto Desarrolla: Buenas Prácticas en la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.

El 16 de octubre de 2009, el jurado del Premio Nacional por la Maternidad Amiga de la Mujer “Juan José Crottogini” y el Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género del MSP, hacen un reconocimiento a la Maternidad del Hospital de Las Piedras. Se valoraron así, las transformaciones logradas para favorecer la salud de las mujeres en su proceso de gestación y en el parto.

Sin dudas, la participación en cada uno de los proyectos mencionados desafía al equipo técnico a un análisis de gestión y elaboración de nuevas propuestas metodológicas para superar las debilidades.

EVALUACIÓN PRIMARIA DE LA EXPERIENCIA PILOTO EN BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El grupo de trabajo constituido por el equipo técnico de SSR del Hospital de Las Piedras y el equipo técnico de Desarrolla, evaluaron diversas estrategias para generar las condiciones básicas a los efectos de lograr BPASSR.

En el mes de octubre de 2009, el grupo de trabajo, desarrolló una evaluación basada en un formulario aplicado a los distintos técnicos vinculados en la atención de la SSR, y con aval de la dirección hospitalaria. Fueron distribuidos 25 formularios y se obtuvieron 16 de ellos completos.

Del procesamiento, se concluía sobre una serie de aspectos fundamentales a la calidad de atención.

En lo que refiere a Procedimientos:

- No existía acuerdo en relación a mapas de ruta de atención y en los modos de derivación de las y los consultantes en SSR.
- Las técnicas que participaron del relevamiento afirmaban conocer las guías normativas en SSR del MSP.
- Se concluía que era necesaria una mayor protocolización de los procedimientos internos.

En lo que refiere a Registros:

- La mala calidad en los registros, se atribuía al poco hábito de trabajo con los mismos. Un ejemplo de ello era la unanimidad en la percepción de buen trabajo en la captación temprana de la embarazada, pero el desconocimiento de los indicadores de salud utilizados.

En lo que refiere a Infraestructura:

- La percepción de las entrevistadas es que las condiciones estructurales no son óptimas. Se destacaban opiniones encontradas en relación al acondicionamiento adecuado de las salas de espera, los baños de acceso al público, los lugares para actividades con las usuarias y logros para preservar intimidad. La observación directa por parte del equipo técnico de Desarrolla, constataba, en diversas oportunidades, algunas dificultades en las salas de espera y recepción administrativa (filas, escasez de sillas para el número de consultantes) y de los gabinetes higiénicos para mujeres (falta de papel o jabón).

Materiales informativos:

- Se visualizaba el déficit de material informativo en temáticas de SSR, fundamentalmente en folletería, si bien se contaba con folletos propios sobre MAC y Asesoramiento en relación a la Ordenanza 369 del MSP. La observación directa develaba que algunos afiches claves en SSR, se encontraban ubicados

EVALUACIÓN PRIMARIA DE LA EXPERIENCIA PILOTO EN BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

en lugares escasamente visibles para las usuarias, así como la dificultad en el uso de medios audiovisuales en la sala de espera.

Acceso a Métodos anticonceptivos:

- El relevamiento indicaba una adecuada disponibilidad en términos generales, pero no existía consenso sobre el acceso a todos los métodos disponibles. La anticoncepción de emergencia, por ejemplo, y su disponibilidad en la emergencia del Hospital es una de ellas.

Capacitación:

- Existía necesidad de unificar conceptos y criterios en torno al campo de la SSR. No había unanimidad sobre la percepción de los niveles de capacitación en temáticas que integran este campo.

Enfoque Género:

- La integración del Enfoque de género en las prestaciones era visualizada por las entrevistadas como un atributo del equipo técnico de SSR. Si bien se identifica un adecuado trabajo con mujeres embarazadas y sus parejas, se concluía que existe baja participación de los hombres en relación a anticoncepción. En los casos de participación masculina, el médico de familia es visto como el nexa con el servicio de salud.
- Esta mirada por parte de técnicas que trabajan en varios tópicos de la SSR, sobre la existencia de un grupo que específicamente trabaja en género, derechos y SSR, conduce a pensar que:
 - no todos/as los/las profesionales y administrativos/as comprenden el alcance de la SSR y sus diferentes campos de intervención en lo educativo y en lo clínico.
 - la vigencia de la filosofía del enfoque materno - infantil y la escasa incidencia del enfoque de SSR en la mayoría de las entrevistadas.
 - el esfuerzo de un grupo específico de técnicos que son depositarios del enfoque es reconocido por su grado de profundidad conceptual y metodológica.

Estos aspectos conducen a describir a un **universo de técnicos** que inciden directa e indirectamente en la atención a la SSR, sean o no concientes de ello. Y también, un grupo que se identifica y se diferencia, al que se le denomina **equipo de salud sexual y reproductiva**.

El resultado de la atención, será la interacción de unos y otros, con sus mensajes contradictorios y sus potencialidades, con su fragmentación y/o integración.

En suma, las instituciones en su dinámica aborda la salud sexual y reproductiva desde diversos espacios, más allá de la especificidad de algunas acciones.

Trabajo por especialidades:

- Se puede concluir que existía un fuerte énfasis en el trabajo con las mujeres embarazadas adultas y adolescentes, así como en consulta sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Surgen dudas en relación al trabajo multidisciplinario. Asimismo, a pesar del trabajo del grupo más comprometido con el paradigma de la SSR, se visualiza la separación entre el área “biológica” y “afectivo-social”, con dificultades para su integración conceptual y práctica.

Consulta pre gestacional:

- No existía como tal, sino integrada a la consulta ginecológica. No hay acuerdo sobre las acciones sobre este tópico. La ausencia de una consulta específica, como existe en otras áreas de la SSR (ITS, anticoncepción, gravidez, etc.), la ausencia de protocolo y registro sistemático, conspiraría con la buena calidad de esta prestación.

Convenio ASSE CAIF:

- Es reconocida la existencia y trascendencia por parte de algunas técnicas, pero no se habían implementado al momento del relevamiento, acciones conjuntas planificadas entre el Hospital y los centros CAIF de referencia en esta modalidad de convenio.

Esa dificultad fue corroborada por el equipo técnico de Desarrolla ante la posibilidad de coordinación con el Plan CAIF a nivel local: las culturas institucionales parecerían conspirar para la intersectorialidad tan mentada.

ANÁLISIS Y PROPUESTAS A PARTIR DE LOS RESULTADOS DEL RELEVAMIENTO

Contar con un estado de situación en torno a las prestaciones desde un enfoque integral de la atención en SSR, favoreció una serie de cambios ante aspectos que tenían diferentes grados de visibilidad en la práctica cotidiana.

Lo trascendente es que, desde mediados de diciembre a mayo de 2009, se impulsaron cambios que afectan la calidad, es decir se avanzó en las BPASSR.

En cuanto a los procedimientos, se ha avanzado en la **re organización e implementación de un protocolo en el servicio de ITS**. Aún es necesario avanzar en otros tópicos.

En lo referente al conocimiento de guías normativas en SSR del MSP, se tramita y accede a número importante de las mismas, en sus distintos capítulos, en formato impreso. Asimismo, se coloca a disposición la totalidad de las mismas en formato electrónico, a través del blog del Hospital.

En torno a la capacitación continua del personal de salud, aún persisten dificultades, las cuales, según el equipo de Las Piedras, se pueden atribuir a la carga horaria y el multiempleo.

La creación del **Blog del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital de Las Piedras**, presentado públicamente en diciembre de 2009 - tiene como objetivo: -favorecer el sentimiento de pertenencia institucional, habilitar nuevas modalidades de participación intra e interinstitucional, favorecer el acceso a protocolos y guías de procedimientos, así como a difundir las jornadas de capacitación de recursos humanos en el marco de las metas prestacionales del SNIS.

En relación a los registros, el **SIAMEF** (servicio integral de atención a la mujer embarazada y familia) se ocupa del relevamiento y captación precoz para la derivación a los servicios de promoción y atención en salud.

En aspectos de Infraestructura, se avanza en la **mejora en las condiciones de sala de espera**, a través de la provisión de sillas.

Con relación a la difusión del servicio y de los derechos de las usuarias/os en SSR, se actúa en la actualización permanente de las carteleras informativas. Por otra parte, se realizó la solicitud de espacios de difusión (cartelera) en el Banco de Previsión Social (BPS), en el piso de atención para trámite de prenatal.

Se difunde por vía correo electrónico a servicios de primer nivel de atención y medicina familiar del cronograma, actividades de promoción en SSR como los talleres de preparación para el parto.

Se diagrama un tríptico para adjuntar al carné de control de embarazo con servicios y prestaciones protocolizadas, que sería financiado por el PNUD a través del Proyecto Desarrolla.

En cuanto al acceso a los métodos anticonceptivos, se continúa con la canasta básica del MSP, con disponibilidad en farmacia central y en las policlínicas periféricas del Hospital. Y se logra el acceso en el hospital, durante las 24 horas, a la anticoncepción de emergencia.

En cumplimiento de la Ley 18.426 se realiza la ligadura tubaria y vasectomía, con un cambio en el enfoque y en la accesibilidad a esta prestación.

LA ESTRATEGIA DEL MAPA DE RUTA DE LAS PRESTACIONES, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS BPASR

Para lograr superar algunas dificultades y para integrar un enfoque centrado en las personas, se plantea la construcción del algoritmo de prestaciones (marzo de 2010) en el que debe especificarse las rutas de acceso a las prestaciones, visualizando cómo los sectores y servicios responsables del Hospital cumplen con las buenas prácticas en Salud Sexual y Reproductiva.

Ello permitió visibilizar la participación y adhesión del “universo” de actores en SSR, que supera al equipo de atención directa con la población destinataria. También, divulgar resultados e impactos de la atención, evaluando y mejorando las vulnerabilidades.

El mapa de ruta consiste en pensar en la demanda de mujeres y varones en SSR, desde situaciones concretas. Así, se plantea una posible consulta de una adolescente en anticoncepción y se va desplegando la ruta de lugares por los cuales deberá transitar, los horarios, los técnicos responsables, los condicionantes, los exámenes solicitados.

Desde la dimensión de la persona, quedan en evidencia las dificultades que pueden surgir en la ruta de la atención, cuáles son los espacios a fortalecer, las condiciones para considerarse una buena práctica. De esta manera, la presentación pública de los mapas de ruta, permitió reconocer las potencialidades y los obstáculos concretos.

Pueden entonces considerarse algunos de los aspectos relevantes para la consolidación, perpetuación y aumento de adherentes (autoridades, técnicos, usuarias organizadas, otras instituciones) a la propuesta de trabajo basada en las BPASSR, desde una perspectiva de género y derechos:

- reconocer la trascendencia de la formulación de propuestas de trabajo claras con explicitación de objetivos factibles de evaluación cuantitativa y cualitativa.
- reafirmar que el impregnar a los servicios con una perspectiva de género y derechos, implica una reorientación en aspectos conceptuales, metodológicos y prácticos.
- planificar y poner en marcha acciones de calidad, implican tener en cuenta la disponibilidad de horarios de consulta de usuarias/os.
- adoptar medidas para sensibilizar a los efectores en torno a las necesidades específicas de las mujeres y de los hombres.
- propiciar la discusión en los varones de los cambios en los roles de género y las nuevas dimensiones de la masculinidad, sobre todo en relación a los aspectos de la sexualidad, las decisiones sexuales y reproductivas, el ejercicio de la violencia. El Equipo de Salud Sexual

y Reproductiva, en las instancias de talleres de preparación para el parto promueve la inclusión del varón. El hospital garantiza su participación en el acompañamiento en el trabajo de parto y parto proporcionando la indumentaria requerida y la permanencia junto a la mujer durante la internación.

Para la gestión y la acción en promoción y atención de la salud resulta indispensable la intersectorialidad y la participación social. En enero de 2010, un artista plástico que dos años atrás, con su pareja adhirió a la propuesta participativa, manifiesta su necesidad de reconocer la labor profesional del equipo y de la Institución en una escultura. El Hospital lo considera como un símbolo, creación de un integrante de la comunidad. Y fue así que en junio de 2010, la escultura fue presentada en el Hospital, en un entorno participativo de diversos actores. Donde también se presentaron los avances en las BPASR, la información de los avances cuantitativos y cualitativos.

Las integrantes del equipo de salud sexual y reproductiva de este hospital afirman entonces que “cada indicador de apropiación por parte de la comunidad, de compromiso ciudadano permite atisbar que el paradigma se va instalando e incorporando en el imaginario colectivo. Es deber de los equipos de salud habilitar espacios de participación para la creación conjunta de estrategias de cuidado y auto- cuidado”.

PRIMERAS CONCLUSIONES, UN FINAL ABIERTO

La propuesta de BPASSR, que surgió en el Proyecto Desarrolla y se fue consolidando en el intercambio entre diferentes actores institucionales, ha demostrado la viabilidad en la práctica. Ello se ha logrado, a través de esta experiencia, por el acumulado de cambios institucionales del MSP, de ASSE, de las organizaciones de la sociedad civil, y de los avances legislativos.

Pero, ante todo, por lograr la articulación con un equipo comprometido con los cambios sociales y sanitarios, desde un enfoque integral e integrador. Enfoque de derechos, enfoque de género, que no resulta excluyente de las acciones en salud infantil. La integración de acciones en salud reproductiva integra los derechos SSR de las mujeres, incluye a los varones, respeta las decisiones personales, problematiza los dispositivos de atención en el contexto comunitario y se presenta atento a las personas en situación de pobreza.

Habilita a pensar en la reproducción, desde las dimensiones biológicas y socio - culturales y sus consecuencias en la salud de unas y otros.

Visualiza a los niños como sujeto de derecho, desde la atención prenatal, el parto acompañado, hasta las condiciones de cuidado familiar y social. Los avances en el Hospital de Las Piedras son prometedores, teniendo en cuenta las limitaciones durante el período de ejecución (cambio de autoridades, período de licencias, etc.).

Las BPASSR son una modalidad de plasmar los derechos en territorio, de transformar a las instituciones, de desafiar la cultura organizacional desde el enfoque de derechos, incluyendo las necesidades sentidas por las comunidades. En este sentido, es una propuesta abierta, a ser enriquecida, sistematizada, modificada, en un horizonte de cambios hacia la salud integral y la calidad de vida de quienes consultan en los servicios. La viabilidad y la replicación constituyen nuevos desafíos en esta propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, R. (2009): "Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay". INE / UNIFEM/ INMUJERES / UdelaR, basado en Encuesta Continua de Hogares (2007), Montevideo

Almeida; C. (2004): "Panorama de los Sistemas de Salud y la Reforma en América Latina y el Caribe" - Ponencia en curso "Adaptándose al cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del sector salud". México (sin editar)

Arriagada, I: (2006): "Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina". Conferencia magistral. CEPAL. Santiago de Chile.

ASSE, MSP, MIDES, Plan CAIF, INAU (2008): Plan de trabajo ASSE – Plan CAIF para la implementación del Convenio Interinstitucional MSP - MIDES - ASSE – INAU. Plan CAIF Educación y Salud en la Primera Infancia. "Por la equidad de oportunidades desde el inicio de la vida". Disponible en página web PNUD/ Desarrolla.

Castro, R. (2000): "La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza". Ediciones CRIM. UNAM. México

Commes, Y; Stolkiner, A, (2004): "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales".
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a13.pdf>

Corbo, G; Dambrauskas, A; d'Oliveira, N; Güida, C. (2010): "Puentes y fronteras: entre el barrio y el centro educativo. Actitudes en salud sexual y reproductiva, vínculos entre mujeres y varones y perfiles de crianza en estudiantes de CECAP". Proyecto Desarrolla- CECAP/PET/MEC. Montevideo.

De los Ríos, R. (1995): "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington.

Flottorp S. (2008): "Brindar información sobre su rendimiento a los profesionales de la salud, ¿mejora su desempeño en la práctica?" Un resumen SUPPORT de una revisión sistemática. <http://www.support-collaboration.org/summaries.htm>

Güida, C. (2003): "El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas". Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Tomo 6, N° 3. Montevideo

INE (2008): "Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares". INE, UNIFEM, INMUJERES, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. Montevideo.

López Gómez, A. (coordinadora), Benia, W., Güida, C., Contera, M. (2003): "Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas". Edición Facultad de Psicología UdelaR - UNFPA. Uruguay.

BIBLIOGRAFÍA

López Gómez, A; Abracinskas, L; Furtado, M (2009): "Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción". UNFPA – Uruguay.

Mora, L. (coord) (2006): "Igualdad y equidad de género: aproximación teórico -conceptual. Herramientas de Trabajo en Género para Oficinas y Contrapartes del UNFPA". Volumen I. EAT. México.

MSP (2009): "Guías para el Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención". Programa Nacional de Adolescencia. Montevideo.

MSP (2006): "Guías de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención en Salud. Abordajes de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer". Programa Salud de la Mujer y Género. DIGESA. MSP. Montevideo.

MSP (2005): "Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción". Dirección General de Salud. Programa Salud de la Mujer y Género. MSP. Montevideo.

MSP (2007): "Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada". DIGESA. Programa Salud de la Mujer y Género. MSP. Montevideo.

Naciones Unidas (1994): "Informe de la Conferencia internacional de Población y Desarrollo". Nueva York.

OMS (2009): "Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados". OMS/UNFPA, Ginebra.

PNUD - OIT (2009): "Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social". Santiago de Chile.

Standing, H. (2000): "Impactos de género de las reformas de salud. Actual estado de las políticas y la implementación". En: Revista Mujer Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), Sgo. de Chile.

Varela, C. (2007): "Fecundidad. Propuestas para la formulación de políticas" en Calvo, J. J; Mieres, P. (editores) "Importante pero urgente Políticas de Población en Uruguay". Rumbos – UNFPA. Montevideo

Wysonge C.S. (2008): "¿Cuáles estrategias de disseminación de guías clínicas mejoran la práctica profesional?" Un Resumen SUPPORT de una revisión sistemática. Agosto de 2008. <http://www.supportcollaboration.org/summaries.htm>

ANEXO I

Ley Nº 18.426
DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Publicada D.O. 10 dic/008 - Nº 27630
NORMAS
El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental
del Uruguay, reunidos en Asamblea General,
DECRETAN:

CAPÍTULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 1º. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2º. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;

ANEXO I

- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Artículo 3º. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;

k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;

l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a)**
1. dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
 2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
 3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
 4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
 5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
 6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b)**
1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
 2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
 3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c)** Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.

ANEXO I

- d)** 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e)** 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f)** 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g)** Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónicas degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h)** Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i)** 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;
3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;

4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Artículo 5º. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2º y 3º de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6º. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPÍTULO II

Disposiciones finales

Artículo 7º.- Incorporase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

ANEXO I

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Artículo 8º. (Derogaciones).- Derogase todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General,
en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

JOSÉ MUJICA,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
Marti Dalgarrondo Añón,
Secretarios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Montevideo, 1º de diciembre de 2008.

ANEXO II

PRINCIPALES ACCIONES IMPLEMENTADAS Convenio ASSE – CAIF – Infamilia – MSP (Apoya Proyecto Desarrolla PNUD)

Período Marzo- Setiembre 2009

Aspectos centrales que implica el convenio:

1. Fortalecimiento de las redes institucionales vinculadas a embarazo y primera infancia. Sensibilización de las redes sociales frente al tema.
2. Formación de Recursos Humanos involucrados en las acciones específicas del convenio.
3. Sistemas de información que permitan:
 - a. Monitorear las acciones realizadas en cada localidad y el nivel de fortalecimiento de las redes.
 - b. Conocer en tiempo real el acceso a las prestaciones disponibles para las mujeres embarazadas y los niños de 0 a 3 años.
4. Estrategias de comunicación e información que acompañen las acciones y respalden a los actores locales.

1. Fortalecimiento de las redes institucionales vinculadas a embarazo y primera infancia. Sensibilización de las redes sociales frente al tema.

Encuentros de presentación del convenio

- ✓ En total se realizaron 33 encuentros de presentación del convenio, intercambio y planificación de acciones entre los actores de cada localidad.
- ✓ De esos 33 encuentros, 13 se realizaron en distintas zonas de Montevideo.
- ✓ De los encuentros realizados se obtuvieron aproximadamente 100 planes de acción locales a corto y mediano plazo.
- ✓ Participaron más de 1000 personas en los encuentros. Las mismas pertenecían a diversas instituciones y comunidades de usuarios de los servicios.
- ✓ En dichos encuentros se encontraron técnicos de al menos 10 instituciones distintas; CAIF, ASSE, INAU, ONGs, IAMCs, DIGESA, MIDES, SOCATs, intendencias municipales e INDA.
- ✓ También entre los participantes se contó con representantes del Movimiento de Usuarios de ASSE y agentes comunitarios que participan activamente en la comunidad. En 14 de los 33 encuentros realizados participaron representantes del Movimiento de Usuarios y en 3 encuentros más participaron agentes comunitarios.
- ✓ Tres cuartas partes de los participantes de los encuentros, son técnicos que trabajan de forma directa en la atención de la primera infancia desde la gestación.

ANEXO II

2. Formación de Recursos Humanos involucrados en las acciones específicas del convenio.

Para la implementación del convenio las instituciones involucradas acordaron efectuar instancias de capacitación para los equipos técnicos. El equipo conformado por representantes de ASSE y CAIF definió las líneas de capacitación necesarias para ambas instituciones y en función de eso el Proyecto Desarrolla del PNUD apoya la realización de los ciclos. Las instancias de capacitación previstas son las siguientes:

- a) Fortalecimiento del Programa Aduana a nivel nacional.
- b) Capacitación a psicólogos de CAIF en la temática de embarazo.
- c) Capacitación a personal de salud de ASSE en aspectos relacionados a la promoción y cuidado del desarrollo infantil, desde el embarazo hasta los dos años de edad.
- d) Seminario Internacional sobre “Metodologías de Trabajo a nivel de hogar” enfocado a técnicos de CAIF.
- e) Diseño de Screening de Desarrollo Infantil, a ser aplicado por pediatras.
- f) Apoyo a la certificación en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, en maternidades y consultorios de ASSE.

a) Fortalecimiento del Programa Aduana a nivel nacional.

De acuerdo al objetivo previsto en el Plan de Equidad, vinculado a la extensión del Programa Aduana a nivel nacional y en el entendido de que dicha meta fortalece los cometidos del convenio interinstitucional, se instrumentaron una serie de Talleres Regionales para el Fortalecimiento del Programa Aduana.

Cronograma de Talleres:

FECHA	LUGAR	DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES	CANTIDAD DE PARTICIPANTES
9/06/09	Melo	Cerro Largo, Treinta y Tres y Lavalleja	55
16/06/09	Maldonado	Maldonado, Canelones y Rocha	70
14/07/09	Rivera	Rivera, Tacuarembó, Artigas y Durazno	40
27/07/09	Montevideo	Montevideo, Colonia, Flores, Florida, San José y Soriano.	50

Para el último trimestre del año se prevé otro Taller regional a realizarse en Salto, el que incluirá Bella Unión, Paysandú y Río Negro.

En cada uno de estos talleres se analizaron fortalezas y debilidades de los siguientes tópicos:

- Sistema de Registros.
- Coordinaciones.
- Visitas domiciliarias.
- Sistema Informático.

El día 29 de setiembre se realizará un encuentro de todo el interior del país.

En octubre se prevé la realización de otro similar para Montevideo y para el mes de diciembre se realizará un encuentro nacional.

b) Capacitación a psicólogos de Plan CAIF en la temática de embarazo.

Se realizaron 5 talleres regionales de capacitación a psicólogos del Plan CAIF.

La actividad fue obligatoria para todos los psicólogos de dichos departamentos

FECHA	LUGAR	DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES
24/07/09	Salto	Salto, Bella Unión y El Topador, Paysandú y Río Negro.
30/07/09	Montevideo	Montevideo, Canelones y Florida.
14/08/09	Colonia	Colonia, Soriano, San José y Flores.
20/08/09	Maldonado	Rocha, Lavalleja, Maldonado, Treinta y Tres
28/08/09	Tacuarembó	Artigas (ciudad), Tacuarembó, Rivera, Durazno

ANEXO II

Todos los talleres fueron coordinados por la Psic. Denise Defey, quien además se encuentra elaborando un material que será editado y publicado para ser distribuido en todos los Centros CAIF del país.

c) Capacitación a personal de salud de ASSE en aspectos relacionados a la promoción y cuidado del desarrollo infantil, desde el embarazo hasta los dos años de edad.

Actualmente en curso talleres de capacitación a personal de salud sobre promoción y cuidado del desarrollo infantil.

Para este fin, Desarrolla realizó un llamado público para contratar una organización con especialidad en la temática, mediante el cual fue seleccionada la organización Atención Temprana a la Infancia (ATI).

Durante los meses de mayo-junio, se conformo un equipo de trabajo, integrado por ASSE, ATI y Desarrolla, para el diseño del curso.

El curso se desarrolla en 18 localidades (ver cronograma) y tiene una duración de 12 horas presenciales, las cuales se distribuyen en tres encuentros.

El objetivo general del curso es que los participantes, adquieran una serie de competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) que puedan ser aplicadas desde los servicios, a efectos de promover el desarrollo de la primera infancia, desde una perspectiva de salud integral y de equidad de género.

En cada encuentro se desarrolla una unidad temática, las cuales son:

- Embarazo.
- El niño 0 a 12 meses.
- El niño de 12 a 24 meses.

En cada unidad temática se trabaja en las siguientes áreas:

- Promoción del desarrollo desde prácticas de Nutrición.
- Promoción del desarrollo desde lo Emocional.
- Alertas del desarrollo.

Cronograma:

LOCALIDAD	MÓDULO 1	MÓDULO 2	MÓDULO 3
Cerro Largo	03-Sep	05-Oct	05-Oct
Treinta y Tres	04-Sep	06-Oct	06-Oct
Canelones Oeste	07-Sep	14-Oct	A confirmar
Maldonado (incluye Lavalleja)	08-Sep	07-Oct	A confirmar
Bella Unión	29-Oct	29-Oct	
Salto	25-Sep	30-Oct	30-Oct
Young (incluye Río Negro y Mercedes)	28-Sep	10-Oct	10-Nov
Artigas	29-Oct	29-Oct	
Canelones Este	29-Sep	15-Oct	A confirmar
Tacuarembó	01-Oct	03-Nov	03-Nov
Paysandú	02-Oct	04-Nov	04-Nov
Rivera	16-Oct	06-Nov	07-Nov
Montevideo Este	21-Oct	25-Nov	15-Dic
Montevideo Oeste	22-Oct	26-Nov	16-Dic
Montevideo Centro	23-Oct	27-Nov	17-Dic
A confirmar	Feb-10		
A confirmar	Feb-10		
A confirmar	Feb-10		

d) Seminario Internacional sobre “Metodologías de Trabajo a nivel de hogar” enfocado a técnicos de CAIF.

El pasado 1º de setiembre se realizó un Seminario sobre Metodología de Trabajo a nivel de hogar. El mismo fue orientado a técnicos de CAIF de todo el país y contó con la presencia de 1.500 personas.

ANEXO II

Se destacan en las conferencias, la presentación de experiencias innovadoras de Centros CAIF y de expositores extranjeros que dieron a conocer las experiencias de Cuba, Chile y Estados Unidos.

e) Diseño de Pauta de Screening para evaluación de Desarrollo Infantil desde los servicios de salud.

El Programa de la Niñez del MSP, en colaboración con el Plan CAIF y el Proyecto Desarrolla PNUD, ha desarrollado una pauta de Screening para la evaluación del desarrollo infantil, con el fin de que la misma pueda ser aplicada por todo el sistema de salud, a todos los niños a los 4 meses, 18 meses y 4 años de edad.

Para el último trimestre del año se va a realizar una fase piloto en los departamentos de Maldonado, Treinta y Tres y una región de Montevideo. Se prevé el comienzo de su implementación a nivel nacional para el próximo año.

f) Apoyo a la certificación en Buenas Prácticas de Alimentación (BPA) del Lactante y el Niño Pequeño, en maternidades y consultorios de ASSE.

El Proyecto Desarrolla durante este año ha venido dando apoyo al Área de Infancia de ASSE, en el fortalecimiento de las maternidades y consultorios en BPA.

Durante este año se han certificado en BPA, los Centros de Salud de La Cruz de Carrasco y Maciel.

Para fines del mes de setiembre se prevé la solicitud de evaluaciones para su acreditación de al menos 9 solicitudes provenientes del interior del país y 3 de Montevideo.

3. Sistemas de información:

Se destacan dos avances sustantivos durante este período: difusión del Plan de Implementación del convenio; la construcción de una Guía de Recursos y la elaboración de un Sistema de Monitoreo Nutricional a través del Programa Aduana.

a) Elaboración y Difusión del Plan de Implementación del Convenio.

Se definieron las funciones esperadas de los técnicos de ASSE y de CAIF en lo que hace a los objetivos del Convenio, especificando roles, carga horaria y espacios de coordinación.

El documento respectivo se hizo llegar a las instituciones referentes tanto a través de sus principales autoridades como de sus mandos medios y supervisores regionales.

b) Guía de Recursos:

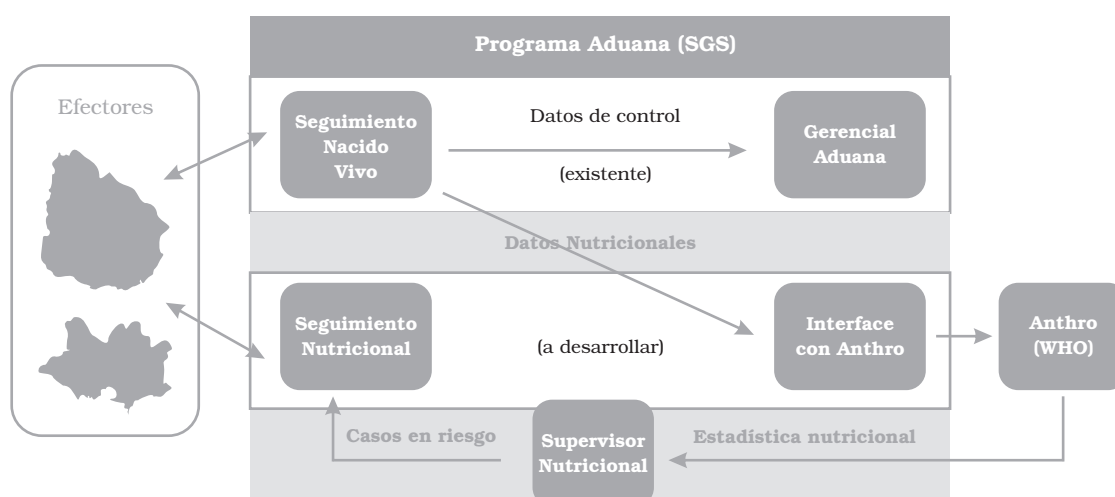
Desde diciembre de 2008 se actualiza la información de las instituciones públicas que brindan prestaciones para la gestación, la primera infancia y la familia. En este marco se decide incluir en la guía de recursos los centros CAIF, los servicios de salud de ASSE (1er, 2do y 3er nivel), servicios del MIDES, INAU y puestos de vacunación. Dicha actualización incluye la georreferenciación de todos los servicios. La Guía se encuentra en período de Edición. Se espera contar con la guía impresa para todos los efectores de salud de ASSE (incluyendo médicos de área y rurales), centros Caifs, Oficinas territoriales del MIDES, SOCATs y Servicios INAU para noviembre de este año.

c) Sistema de Monitoreo Nutricional a través del Programa Aduana.

ASSE en coordinación con el Proyecto Desarrolla PNUD están creando un Módulo de Seguimiento Nutricional integrado al Programa Aduana para el control de los niños con riesgo nutricional durante sus primeros 2 años de vida que permita:

- i. monitorear el estado nutricional de los niños menores de 2 años a partir de los datos capturados en los controles de Aduana;
- ii. detectar los casos de riesgo para comunicarlo oportunamente a los centros;
- iii. realizar un seguimiento nutricional de los niños identificados de riesgo independiente y complementario del seguimiento de Aduana.

La ubicación del módulo dentro del Programa Aduana y su interrelación con los componentes existentes se describe en la siguiente figura.



ANEXO II

El sistema está previsto que esté operativo para fines del mes de octubre.

1. Sistemas integrados de gestión de la información.

Se iniciaron las gestiones para contar con la información detallada de las prestaciones a las que tienen acceso en ASSE y CAIF los usuarios de ambas instituciones.

Para dicho fin se realizaron coordinaciones con el programa SIIAS (Sistema integrado de información en el área social).

En este sentido se está planteando una primera etapa de estudio de viabilidad de intercambio de datos entre las bases del programa Aduana y el SIPI (Sistema de información del INAU).

Los aspectos que están sujetos a evaluación actualmente son :

1. Las condiciones de confidencialidad y protección de la información.
2. Viabilidad efectiva de cruzar la información de ambas bases de datos.

2. Estrategias de comunicación e información que acompañen las acciones y respalden a los actores locales.

El día 9 de setiembre fue declarado Día Nacional de Prevención de la Prematurez.

Por tal motivo, instituciones públicas y privadas aunaron esfuerzos en la realización de una campaña de sensibilización a nivel nacional, que cuenta con presencia en diversidad de medios y acciones a nivel comunitario y barrial.

Propuesta:

“Territorio amigo de la primera infancia”, bajo el slogan: “PORQUE LA NIÑEZ COMIENZA EN LA GESTACIÓN”

Tomando en consideración que las acciones anteriormente detalladas, confirman un esfuerzo importante de trabajo de articulación intersectorial a nivel de todo el territorio nacional, y considerando que se está llegando a la etapa final del año, se propone la realización de una actividad para el último trimestre del año.

Esta actividad consiste en el lanzamiento de un concurso para la creación de **“Salas de Encuentro para las gestantes y sus familias”**, con una **impronta comunicacional propia**, que tenga como base el convenio ASSE-CAIF y acciones asociadas. Para ello se ha realizado la adquisición de equipamiento y se conformará un tribunal evaluador, cuyos

criterios de evaluación tomarán en cuenta el grado de avance en actividades ya planificadas vinculadas al convenio ASSE-CAIF y a los talleres para embarazadas. Como reconocimiento se equiparán 20 Servicios de Salud con mobiliario adecuado para la realización de talleres con embarazadas y sus parejas o acompañantes. Además de las temáticas inherentes al embarazo, parto y puerperios, serán espacios para trabajar buenas prácticas de crianza, temática de género, prevención de violencia doméstica, talleres de cocina, etc.

Metodología:

Se realizará una convocatoria a todo el territorio nacional. Todos aquellos Centros de Salud asociados con el territorio, que consideran que han logrado los resultados de acuerdo a las bases del llamado y a sus indicadores podrán solicitar una evaluación.

Todas las solicitudes recibidas serán evaluadas mediante un Tribunal Evaluador, designado para tales efectos, que se trasladará hasta el lugar en el cual mediante información objetiva evaluará los grados de cumplimiento de dichos resultados.

Culminada la evaluación se realizará un Ranking de los territorios, mediante el cual a aquellos que se ubiquen en los primeros 20 lugares se les otorgará como premio un set de equipamiento consistente en:

- 10 pelotas para esfero terapia de 95 cm
- 10 pelotas de 60 cm
- 30 pelotas de 5 cm de goma
- 1 TV 21 pulgadas
- Soportes para TV y DVD
- DVD y mp3
- Equipo de audio
- Equipos de aire acondicionados de 12.000 VTW
- 3 CD de música de relax
- 1 placard de metal
- Red para guardar las pelotas
- 20 colchonetas forradas (material lavable)
- Pizarra blanca de 1.20 cm X 0,70 mts
- Rotafolio de educación para la salud.
- Rotafolios de anatomía
- 10 sillas
- Un espejo

ANEXO II

Resultados e indicadores:

Si bien no contamos a la fecha con un relevamiento completo de acciones en curso, varios de los grupos de trabajo consolidados a partir de los encuentros de presentación del Convenio han reportado estar llevando a cabo actividades de preparación para el parto y educación durante la gestación, sobre todo en aquellos lugares en que dicha acción ya contaba con una trayectoria previa y un reconocimiento por parte de la población. Surge en algunos de estos reportes la demanda de los técnicos actuantes de un mayor compromiso político-institucional por parte de los mandos medios de ASSE.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES
1- En cada una de las instituciones existe responsables de las coordinaciones que ofician como referencia y contrarreferencia.	Lo responsables están claramente identificados y existe un sistema de referencia y contrarreferencia en funcionamiento.
2- Realización de talleres y/o actividades con mujeres embarazadas, sus parejas y/o referentes familiares.	Durante el período se han realizado al menos 2 talleres y/o actividades organizados en forma conjunta y de acuerdo a los lineamientos fijados en el documento oficial del Plan de Implementación.
3- Los profesionales de cada servicio tienen una participación clara de acuerdo a las pautas establecidas en el Plan de Implementación.	-Participación definida en horas adjudicadas de cada profesional designado para la actividad
4- Mejoras en el conocimiento de las/os usuaria/os.	el 60% de las mujeres embarazadas poseen conocimientos básicos sobre la importancia de los controles durante el embarazo; lactancia materna -ley de acompañamiento al parto
5- Adecuado n° de controles de los niños/as	-95% al primer mes -80% de niños/as menores de 6 meses se controlaron al menos 6 veces -50% de los niños/as de 6 a 12 meses se controlaron 4 veces -40% de los niños/as de 12 a 24 meses se controlaron 3 veces

