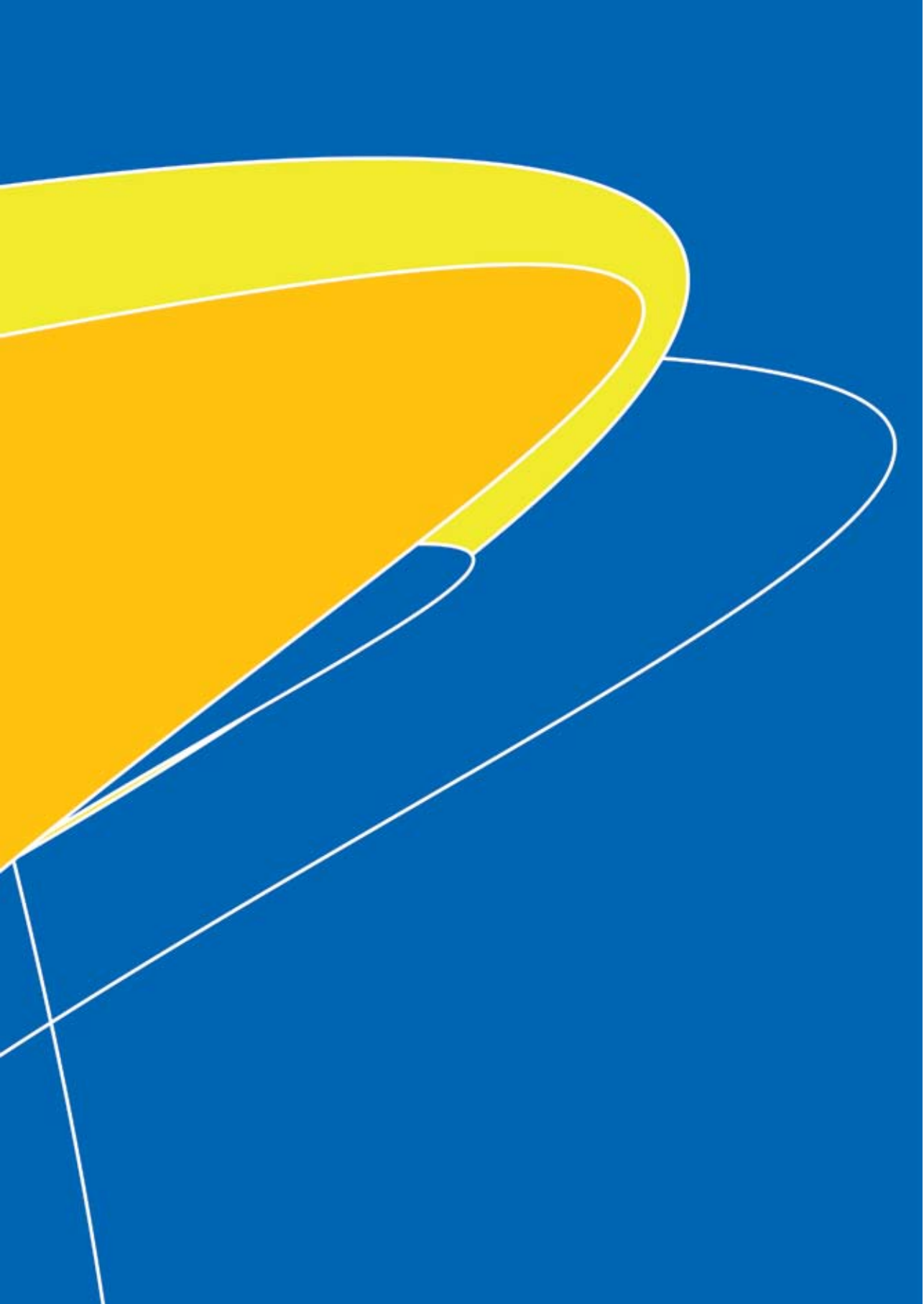


ISBN: 978-9974-98-251-2
Diciembre de 2010

SER PARTE DE LA SOLUCIÓN...
LA EXPERIENCIA DE INICIATIVAS SANITARIAS, URUGUAY

Queda hecho el depósito que ordena la ley
Impreso en Uruguay - 2010
Tradinco S.A.
Minas 1367 - Montevideo.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización del autor.

Diseño de portada y armado: Augusto Giussi

Ser parte de la solución…

la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay

SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.
MODELO DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS
Iniciativas Sanitarias- Uruguay.

Iniciativas Sanitarias

safe abortion action fund

PRÓLOGO

Resulta siempre un honor y una responsabilidad escribir el prologo de un libro, no solo porque es el primer contacto entre el lector y los autores, sino además porque quienes solicitan esta tarea confían en nosotros para poder sintetizar la importancia del material que se presenta. En este caso en particular, se suma además el compromiso compartido con los autores ante un tema de interés común

El libro resume la experiencia de un grupo consolidado que comienza su trabajo en 2001 en el Hospital de la Mujer "Dra. Paulina Luisi" (CHPR). En un comienzo el accionar del grupo se centro en la búsqueda de respuestas a un problema grave de Salud Pública que hasta el momento solo nos causaba dolor e impotencia: "Mortalidad Materna por aborto en condiciones de riesgo"

Con la experiencia acumulada por el grupo, la rigurosa metodología en el análisis del tema, y los resultados de las primeras propuestas e intervenciones, en el año 2007 se implementa en el Hospital el Primer Servicio Integral de Salud Sexual y Reproductiva.

Este servicio pionero en el país no solo aborda la problemática desde una perspectiva de derechos, con enfoque integral, e interdisciplinario, sino que en su gestión constituye también una de las primeras experiencias del Hospital en coordinación interinstitucional entre ASSE[1] , Facultad de Medicina, y la Sociedad Civil de Profesionales de Salud, representada por "Iniciativas Sanitarias"

En lo asistencial, a lo largo de estos años, el Servicio con su integración multidisciplinaria, ha adquirido una invalorable experiencia que permitió el crecimiento y desarrollo, no solo de sus integrantes sino también de la Institución, en beneficio de todas las usuarias de ASSE, y del SNIS[2].

Debemos destacar la importancia del Servicio en la *docencia* como centro de formación y capacitación, contribuyendo a la formación de Ginecólogos, Médicos de Familia y Obstetras Parteras, organizando cursos de Actualización entrenamiento y pasantias destinadas a especialistas nacionales y extranjeros.

1 ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado
2 SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

En la *investigación* el Servicio se ha destacado por el desarrollo de proyectos con reconocimiento nacional e internacional, que han contribuido a la generación de conocimiento en el tema desde una nueva perspectiva.

Por último debemos mencionar la importancia que ha tenido el Servicio en el desarrollo de las Políticas Públicas participando en diferentes etapas del ciclo desde la elaboración, la implementación y evaluación de las mismas, en el nuevo contexto jurídico de Salud Sexual y Reproductiva.

No dudamos del éxito de esta obra y de su gran utilidad para los estudiantes, profesionales de salud y para la Sociedad, por lo que agradecemos afectuosa y sinceramente a los autores, colaboradores e integrantes del servicio, por su contribución a la misión del Hospital, a la salud de las usuarias y principalmente al dedicado compromiso con la sociedad uruguaya.

Noviembre 2010

Dra. Ima León

Directora del Hospital de la Mujer, "Dra. Paulina Luisi". CHPR

CONTENIDOS

CAPITULO 1. ¿Qué es Iniciativas Sanitarias? 11

1.1. Iniciativas Sanitarias: la organización 11

1.2. Iniciativas Sanitarias: el modelo (ISCAPCR) 13
1.2.1. Bases conceptuales 14
1.2.2. Guías clínicas 20
1.2.3. Componentes del modelo 24

1.3. Iniciativas Sanitarias: los servicios 28

CAPITULO 2. La experiencia de Iniciativas Sanitarias Uruguay 35

2.1. La propuesta al SAAF. SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO 36
Resumen, Justificación, Meta, Objetivos y Resultados Esperados 36

2.2. CREACION DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 41
2.2.1. Contexto político y sanitario 41
2.2.2. Estructura institucional y gestión 45
2.2.3. ¿Qué encuentra la usuaria que consulta en el SSSR? 50
i. Características generales de la atención integral en salud sexual y reproductiva 50
ii. Ruta critica centrada en la usuaria que consulta 51
iii. Prestaciones 53
iv. Referencia y contrarreferencia 54

2.3. EL IMPACTO DEL PROYECTO SAAF EN LA CREACION Y EL DESARROLLO DEL SSSR 55
2.3.1. Infraestructura 55
2.3.2. Integración, capacitación y funcionamiento del equipo técnico 59
2.3.3. Estudio de accesibilidad: de la teoría a la realidad…
¿qué factores inciden en el acceso de las usuarias al SSSR? 65
2.3.4. Difusión del SSSR 69
2.3.5. Investigación clínica aplicada 72

2.4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE INICIATIVAS SANITARIAS 73
2.4.1. Infraestructura edilicia y administrativa 74
2.4.2. Áreas de acción 81
2.4.3. Alianzas estratégicas 88
2.4.4. Centro de capacitación 90
i. Desarrollo y sistematización del modelo de capacitación para equipos de salud 90
ii. Talleres, cursos y pasantías para funcionarios y profesionales del CHPR 93
2.4.5. Incidencia política 99
i. Estrategia comunicacional 100
ii. En el ámbito académico 100
iii. En el ámbito político 100
iv. Componentes esenciales del discurso público en la defensa del modelo 101

CAPITULO 3. Ser parte de la solución… 107

3.1. RESULTADOS 107
3.1.1. A nivel sanitario 108
i. Aspectos generales de la implementación del modelo 108
ii. Utilización del misoprostol como método para interrumpir el embarazo. 112
iii. Monitoreo de mortalidad y morbimortalidad materna 113
iv. Monitoreo de calidad del SSSR 115
3.1.2. A nivel de los/as profesionales de la salud 122
i. Cambio en la relación sanitaria 122
ii. Cambio a nivel de instituciones académicas 123

3.1.3. A nivel de Incidencia política y cambios legales 124

3.2. CONCLUSIONES 127
3.2.1. Alianza estado, universidad, sociedad civil 127
3.2.2. Rol de los profesionales en la defensa y promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos 128
3.2.3. IS, contrahegemonía y el cambio legal 132

CAPITULO 4. Perspectivas 137

4.1. Y DESPUES DEL PROYECTO SAAF, ¿qué?… sustentabilidad y nuevos desafíos 137
4.1.1. Desarrollo del Centro de Capacitación de Iniciativas Sanitarias 139
4.1.2. Certificación del SSSRR 142

4.2. Reproductibilidad del modelo uruguayo a nivel regional 146

ANEXOS 149

ANEXO 1. 149
RESULTADOS del MONITOREO SOCIO ANTROPOLOGICO: Identificación de facilitadores y obstáculos para el acceso al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

ANEXO 2. 163
Profundización en la evidencia clínica sobre la decisión de las mujeres luego de la consulta de asesoramiento en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSyR) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

ANEXO 3. 177
Integralidad de la consulta en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva

ANEXO 4. 185
Grupo: "Desvinculo/ adopción, salud y derechos"

ABREVIATURAS Y SIGLAS

IS	Iniciativas Sanitarias
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
ISCAPCR	Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo
APCR	Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo
MSP	Ministerio de Salud Púbica
OMS	Organización Mundial de la Salud
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
IPPF/RHO	Federación Internacional de Planificación Familiar/Región Hemisferio Occidental
AUPF	Asociación Uruguaya de Planificación Familiar
SAAF	Safe Abortion Action Found
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SSSR	Servicio Salud Sexual y Reproductiva
DDHH	Derechos Humanos
DDSSRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
DIGESA	Dirección General de la Salud
IAE	Instituto de Altos Estudios
UNICEM	Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo

AUTORES/AS

Mónica Gorgoroso. Editora

Ginecóloga. Servicio de Salud Sexual y Reproductiva, CHPR.
Coordinadora Área Implementación de Servicios. Iniciativas Sanitarias.
Coordinadora proyecto SAAF

Leonel Briozzo

Profesor Titular, Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina.
Director General de Iniciativas Sanitarias.
Director proyecto SAAF

Cecilia Stapff

Psicóloga. Servicio de Salud Sexual y Reproductiva, CHPR.
Coordinadora Área Difusión y Política. Iniciativas Sanitarias.

Verónica Fiol

Ginecóloga. Servicio de Salud Sexual y Reproductiva, CHPR.
Coordinadora Área Capacitación. Iniciativas Sanitarias

Ivana Leus

Psicóloga. Servicio de Salud Sexual y Reproductiva, CHPR.
Coordinadora Área Desvinculo-adopción. Iniciativas Sanitarias

Ana Labandera

Obstetra Partera.
Directora Administrativa. Iniciativas Sanitarias

Monica Pereira

Doctora en Abogacía
Asesora legal de Iniciativas Sanitarias

¿Qué es Iniciativas Sanitarias? Presentación y antecedentes

1.1. INICIATIVAS SANITARIAS: LA ORGANIZACIÓN

Hoy INICIATIVAS SANITARIAS[3] (IS) es una asociación de profesionales de la salud multi e interdisciplinaria en su integración y funcionamiento que promueve el desarrollo teórico y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, en tanto derechos humanos básicos.

Nuestra visión (1) se dirige al desarrollo de una práctica profesional que defienda y promueva los derechos humanos en el contexto de la relación sanitaria.

En este sentido IS promueve un reposicionamiento de las y los profesionales de la salud, hacia un mayor y real compromiso con el cambio en la relación clínica interpersonal, así como en el marco colectivo. El objetivo es aportar desde los valores profesionales a la mejora de las condiciones y el ejercicio de los derechos vinculados a la salud de las mujeres y hombres, y también al cambio social, cultural y político.

Nuestra misión es la de contribuir a este nuevo posicionamiento desde tres pilares:

- Desarrollo de una práctica profesional comprometida con las usuarias y la sociedad, que promueva los valores de las profesiones de la salud: vocación, conocimiento teórico y práctico, calidad técnica y humana, compromiso con la salud individual y colectiva, especialmente de las y los más vulnerables.

3 www.iniciativas.org.uy

- Aplicación del saber con arreglo a los principios deontológicos y bioéticos que rigen la práctica profesional en Uruguay. En el actual contexto de la práctica profesional sanitaria, se coloca el acento en el principio moral de autonomía y en el derecho-deber a la confidencialidad de todo lo que concierne a la relación clínica.

- Desarrollo de políticas de salud basadas en los derechos de las y los usuarios, con enfoque de género. La estrategia es lograr la igualdad desde la equidad en las prestaciones de salud.

Desde estos 3 pilares, IS se propone contribuir a construir una Relación Sanitaria[4] comprehensiva desde los componentes profesional y usuaria, más comprometida desde los profesionales y equipos y más equitativa y empoderante para las usuarias.

La Relación Sanitaria es una relación humana, única e intransferible y en especial en el área de la salud sexual y reproductiva, implica una atención centrada en la mujer. A pesar de ser asimétrica en cuanto a información, conocimiento y experiencia, debe ser pro-activa y de beneficio mutuo mediante el cuidado y reconocimiento recíprocos.

Desde nuestros equipos profesionales promovemos la complementariedad de roles, la articulación en la búsqueda de las mejores soluciones y la convergencia en el objetivo principal: la salud y el bienestar integral de la mujer.

IS impulsa la optimización de la asistencia sanitaria, la investigación clínica aplicada y la docencia.

Además, genera en su acción —desde el diagnóstico de situación hasta las acciones asistenciales— una forma de *advocacy (incidencia política)* novedosa y de impacto.

Desde su surgimiento en el año 2001, IS ha estado marcada en su accionar por el compromiso con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) de las mujeres y en particular en relación a temas tan complejos como el embarazo no deseado- no aceptado y su consecuencia en un marco legal restrictivo como el de Uruguay: el aborto provocado en condiciones de riesgo

En ese año quienes trabajábamos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)[5], veíamos como el aborto provocado en condiciones de riesgo era la causa del 47% de las muertes maternas acaecidas en el hospital y del 28% de todas las muertes maternas ocurridas en el país en el quinqueño 1995-1999 (2), constituyéndose en la primera causa de muerte materna.

Por esos años, era una práctica generalizada la de denunciar a la policía a las mujeres que llegaban al hospital refiriendo haberse realizado maniobras abortivas, lo que no hacía más que alejar a las usuarias en esta situación del sistema de salud. La consulta pues, era siempre tardía, la negación de lo hecho y la desconfianza hacia el equipo de salud una constante y la muerte una consecuencia ominosa y esperable

En este contexto, desde la reflexión y el compromiso con la salud de las mujeres un grupo de profesionales decidimos ser parte de la solución y no ya del problema

Así se desarrolló la estrategia "Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo" (ISCAPCR) (3) que en el año 2004 es ratificada por el Ministerio de Salud

4 Relación sanitaria: relación que se establece entre e/la profesional de la salud y el equipo sanitario en un lugar y tiempo concreto con un-una usuaria – flia y comunidad en el marco de un sistema de provisión de servicios asistenciales dado

5 Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), centro nacional de referencia en la atención de la salud de la mujer en el Uruguay, donde nacen 1 de cada 5 uruguayos/as y se forman el 90% de los/as profesionales en obstetricia y ginecología.

Pública (MSP) en la Ordenanza 369/04 "Medidas de Protección Materna Frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo" (4), incluyendo definitivamente el tema del embarazo no deseado-no aceptado y del aborto provocado en el marco institucional de atención de la salud de la mujer

En su desarrollo institucional desde esta perspectiva inicial, IS ha ampliado su mirada hacia la integralidad de la salud sexual y reproductiva, construyendo desde los valores profesionales un nuevo rol de los equipos de salud en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que trascendiendo el ejercicio asistencialista de la profesión, nos posicione como sujetos de cambio social: ser parte de la solución…

Equipo Iniciativas Sanitarias. 2008

1.2. INICIATIVAS SANITARIAS: EL MODELO (ISCAPCR)

Este modelo constituye una manera original y no reportada hasta el momento a nivel internacional, de abordar el problema del aborto inseguro en países con legislación restrictiva con respecto a la interrupción del embarazo.

Es una estrategia sanitaria de abordaje integral del embarazo no deseado-no aceptado cuyos objetivos son:

- Disminuir la mortalidad materna
- Disminuir la morbimortalidad por aborto inseguro
- Disminuir el aborto de riesgo
- Disminuir la necesidad de que las mujeres recurran al aborto voluntario

Desde nuestra perspectiva, como profesionales y equipo de salud, el aborto provocado en condiciones de riesgo es antes que nada un problema de salud pública. Así entendido, en su abordaje deben primar los contenidos de la relación «médico– paciente» clásica, o mejor aún, «equipo de salud– usuaria–comunidad», sobre los aspectos legales y especialmente sobre la perspectiva punitiva y de denuncia. Esto tiene mayor relevancia en tanto es claro que la actitud punitiva y de rechazo lo único que logra es incrementar los riesgos y los daños.

En el contexto de ilegalidad actual en Uruguay, es muy improbable llegar a un «aborto sin riesgo» como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), pero creíamos entonces, y estamos convencidos ahora, que es posible desarrollar una estrategia de intervención integral; que poniendo a la usuaria y sus necesidades, en el centro de atención de la relación sanitaria, disminuye los riesgos y los daños del aborto inseguro. La base del planteo es pasar de una situación de aborto clandestino a un escenario con protección

institucional, desde una situación humillante a una situación de respeto y contención a la mujer, previniendo además el abuso y la explotación propias de situaciones ilícitas, las frecuentes complicaciones e inclusive la muerte de la mujer embarazada derivada del aborto inseguro.

1.2.1. BASES CONCEPTUALES DEL MODELO

El modelo se fundamenta en 5 pilares que se describen a continuación:

- **POLITICAS DE DISMINUCION DE RIESGO Y DAÑO**

Partiendo del análisis de situación que detallamos anteriormente, el problema de salud más relevante de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en nuestro país, era la morbilidad y la mortalidad por las complicaciones, sobre todo infecciosas, del aborto provocado en condiciones de riesgo, es que analizamos las políticas de reducción de riesgos y daños como un eventual medio de aproximarnos a minimizar esta gravísima situación (6).

Analizamos entonces algunos presupuestos básicos en la construcción de nuestro modelo de reducción de riesgos y daños en el aborto inseguro:

- Los motivos por los cuales una mujer decide interrumpir un embarazo son probablemente tan variados como mujeres en situación de embarazo no deseado no aceptado existen (7).

- La necesidad de interrumpir el embarazo es, para algunas mujeres y en algunas circunstancias, tan fuerte, que no escatiman frente a los riesgos, aún a costa de su vida; esta práctica se seguirá realizando con absoluta independencia de lo que los profesionales de la salud opinemos en términos individuales y/o colectivos sobre la misma (8).

- La función principal de los profesionales de la salud es ayudar a que las mujeres tomen resoluciones conscientes acerca de su vida y su salud y para ello debemos contribuir y asegurarnos de que las mismas sean libres, es decir sin coerción de ningún tipo, para que sus decisiones sean responsables, es decir que se logre se evalúen las distintas alternativas y los riesgos de las mismas luego de recibir una correcta información al respecto (9).

- El riesgo vital de las mujeres al realizarse un aborto estaba relacionado a los métodos que utilizaban para interrumpir los embarazos, como también al tiempo en el que demoraban en consultar luego de haberlo realizado. El primero de los elementos se relacionaba con la falta de información y la desesperación, el segundo con la falta de condiciones habilitantes desde los profesionales y el sistema de salud para atenderlas sin denunciarlas (10).

En base a estos elementos es que analizamos de manera sistemática la estrategia de reducción de daños para evaluar su aplicación al problema del aborto inseguro.

Para hacerlo las bases de este modelo de reducción de riesgos y daños deben ser (11):

– Pragmáticas: basadas en hechos más que en creencias.

– Realistas: estas conductas son parte integral de muchas sociedades, lo que tiene tanto efectos positivos como negativos.

– No prejuiciosas: no deben condenar a aquellos que tiene problemas relacionados con esto.

– Inclusivas: en lugar de hacer referencia a las personas que viven esta problemática, éstas deben ser involucradas.

– Creadoras de sinergia: deben estimular la cooperación entre todos los interesados y reconocer las diferencias, considerándolas como desafíos antes que obstáculos.

– Dirigidas a la responsabilidad: junto con las medidas basadas en control externo, deben fortalecer la responsabilidad individual.

– Promotoras de una educación honesta sobre el tema, basada en datos objetivos y dirigidos a reforzar la responsabilidad individual.

– Estimuladoras de la investigación y la evaluación de las intervenciones de reducción del daño y facilitadoras de la divulgación de los resultados.

Las políticas de disminución de riesgos y daños como políticas de salud deben tener tres niveles sobre las que deben incidir de manera sinérgica: el individual, el comunitario y el socio-político (12).

A nivel individual las acciones fundamentales se orientan a la educación y deberían (13):

1. Aumentar el conocimiento específico que las mujeres tienen sobre sus derechos sexuales y reproductivos y específicamente sobre el aborto.

2. Desarrollar la auto eficacia de las mujeres, es decir, su convicción última de que son capaces de lograr las metas que se propongan, como por ejemplo cambiar un comportamiento no deseado o gestionar exitosamente una situación de riesgo.

3. Habilitar la participación en programas integrales de promoción de salud.

4. Promover el desarrollo de habilidades personales en diferentes contextos: familia, trabajo, comunidad, institución educativa.

A nivel comunitario incluso más allá del núcleo que rodea a la paciente, las acciones deben dirigirse a lograr la facilitación y movilización social.

Ubicamos aquí la labor de información calificada que desde los profesionales y los equipos de salud, en los diferentes medios se puede desarrollar y que buscan como objetivo sensibilizar a la opinión pública acerca de la necesidad de abordar el tema del aborto desde una perspectiva de salud pública, de promoción de salud y de inclusión social.

Concomitantemente con la educación y el desarrollo de hábitos saludables, así como también la promoción de la consulta precoz post aborto; son acciones que se dirigen al logro de empoderar a las comunidades acerca de sus derechos sexuales y reproductivos y de hacer conocer el deber de confidencialidad que debe respetar el equipo de salud.

A nivel socio-político, las acciones buscan la defensa y apoyo activo de los derechos sexuales y reproductivos de las ciudadanas y particularmente de algunos derechos humanos básicos que estaban siendo avasallados como el derecho a la información y el derecho a la salud, incorporando el concepto que una mujer en situación de embarazo no deseado – no aceptado, sigue siendo un ser humano sujeto de derechos (8)

- **DEFENSA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS**

El modelo de ISCAPCR se basa en la defensa y la promoción de los Derechos Humanos básicos además de los derechos sexuales y reproductivos, como parte de estos Derechos Humanos, a la vez que posibilita pasar de lo discursivo a lo práctico mediante la acción profesional comprometida (14).

Los derechos humanos directamente vinculados con el modelo de ISCAPCR son el derecho a la vida, a la información, a la salud, autonomía e intimidad.

El derecho a la vida, a la salud y a la integridad

En casi todos los países de América Latina el aborto inseguro es una de las principales causas de mortalidad materna. La muerte o incapacidad de mujeres por abortos inseguros constituye una situación que vulnera gravemente el derecho a la vida y la salud de las mujeres y jóvenes de nuestros países.

En este contexto, el modelo de reducción de daños es una estrategia adecuada para reducir las tasas de mortalidad materna y en consecuencia garantizar estos derechos, de dos maneras: reduciendo los riesgos de los abortos inseguros mediante una entrevista donde se brinda asesoramiento integral e información a las mujeres en situación de embarazo no deseado y mediante la atención integral posterior al aborto, de rutina, o de emergencia.

El derecho a la información y al goce de los avances científico tecnológicos

El derecho a la información es un derecho humano fundamental que sirve de base para el ejercicio de otros derechos.

En una de las primeras resoluciones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas se sostenía que "la libertad de información es un derecho humano fundamental y piedra de toque de todas las libertades a las cuales están consagradas las Naciones Unidas" (15). De esta manera se reconocía que el acceso a la información constituye un aspecto central en la toma de decisiones y que las personas no pueden ejercitar sus derechos y libertades, ni tomar decisiones efectivas, si no están adecuadamente informadas. La misma señala que "todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión".

El derecho a la autonomía y a la dignidad

El Derecho a la autonomía de las mujeres, está vinculado con la capacidad que éstas tienen para tomar decisiones responsables sobre sus propias vidas. En su artículo 16 la CEDAW (16) da cuenta de la importancia de estos principios al reconocer el derecho de todas las personas a "decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

Derecho a la intimidad

Por último nos referiremos al derecho a Intimidad. Confidencialidad. Secreto profesional.

El derecho a la intimidad está reconocido en el art. 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (17), en el art. 12 de la Declaración de Derechos Humanos , en el artículo 16 de la Convención de los Derechos del Niño y en el art. 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

El modelo de reducción de riesgos y daños propone el máximo respeto de la confidencialidad de la consulta que efectúan las mujeres que acuden al sistema de salud cursando un embarazo no deseado y principalmente la confidencialidad de la consulta que efectúan por complicaciones post aborto.

Este respeto resulta básico como garantía del derecho a la intimidad de estas pacientes.

La obligación de guardar secreto sobre la información a la que accedan los profesionales de la salud, resulta fundamental para evitar que las mujeres desistan de acudir a la consulta por temor a las consecuencias penales y a los efectos de lograr una relación médico-paciente en la que prime la confianza y el entendimiento.

- **LA ACCIÓN PROFESIONAL BASADA EN VALORES: EL PROFESIONALISMO MÉDICO**

Es el rol característico del médico (18) es su papel como profesional. Los requisitos de la práctica profesional se pueden clasificar en la competencia técnica y la humanística.

Con respecto a la competencia técnica, la calidad asistencial, la actualización científica, la cooperación, la adaptabilidad al trabajo en equipo y la autonomía profesional, son claves en el ejercicio de la práctica profesional. Cuando nos referimos a salud y derechos sexuales y reproductivos se debe desarrollar una práctica para la que no fuimos capacitados en las facultades.

Con respecto a la capacidad humanística, la misma se caracteriza por la honestidad, la vocación, la confianza, la confidencialidad, la veracidad, el respeto a la autonomía del paciente, la integridad y la afectividad en el trato. Generalmente estos componentes se vinculan con lo que se ha dado en llamar medicina asertiva

Cuando nos referimos a salud y derechos sexuales y reproductivos se debe ser particularmente estricto en la capacidad de entender, aceptar y adoptar el rol en defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

La profesión médica y el resto de las profesiones y los equipos de salud sexual y reproductiva: obstetras, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, etc. tienen valores de referencia en los cuales se basa su relacionamiento con la sociedad.

Específicamente para la profesión médica estos valores son: la vocación, la disciplina, la competencia y el compromiso (19).

La vocación se define por la preeminencia del rol social de su función profesional por encima del beneficio económico. La opción vocacional implica considerar que el bien de intercambio en la relación usuaria-comunidad con la profesión es predominantemente el reconocimiento de la necesidad y el beneficio social de la tarea profesional. Como valor opuesto a la vocación se encuentran los antivalores que correspondería al comercialismo y lucro como fines primarios o exclusivos.

La disciplina define la subordinación del profesional a las reglas establecidas por el colectivo, por ejemplo en el contexto de un colegio médico. Se requiere un cierto nivel de autonomía profesional de las entidades prestadoras de servicios. En oposición a la disciplina se encuentran el corporativismo y la desprofesionalización.

La competencia define la calidad técnica y tiene tres componentes: conocimientos, habilidades y actitudes en las relaciones interpersonales. El valor principal de la competencia es el saber y su aplicación integral. Este se opone al monopolio médico del conocimiento y la arrogancia en su aplicación.

Por último, el compromiso es la capacidad de involucrarse con la problemática dimensión social de la medicina y tiene relación, entonces, con la moralidad a propósito de la utilización correcta (honesta) del saber en el ejercicio de la profesión, en base a los principios de la bioética: la autonomía, la beneficencia,

la no maleficencia y la justicia. Este valor intrínseco del profesionalismo se opone al elitismo como antivalor profesional.

Desde esta perspectiva, para actuar acorde al así llamado "profesionalismo médico" , los médicos y médicas deben ejercer esos valores y principios en su práctica profesional (18).

- **LA ACCIÓN PROFESIONAL BASADA EN LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS**

Citamos a continuación a la Dra. Ma. Teresa Rotondo, miembro responsable de la Comisión de Bioética del Sindicato Médico del Uruguay: «Este proyecto introduce un elemento importante: muestra a la población cómo se deben conducir los profesionales en esta situación tan crítica para la vida de su paciente y del fruto de la concepción. El atenderla antes o después del aborto no significa que estoy induciendo o colaborando con un delito, sino que estoy actuando como lo obliga el deber profesional. Y es precisamente recibiendo a la mujer, escuchándola, aportándole un apoyo mediante un equipo apropiado. En general, no son problemas médicos los que se viven en este momento, sino que por otras causas se origina la decisión de interrumpir el embarazo.

Esto magnifica la necesidad del aporte de otras disciplinas, psicológicas, sociales, religiosas, etc., en el tratamiento del tema.» «Esta forma de comportarse mostrará que se ha abandonado el paternalismo ejercido durante años por los médicos. La paciente no sentirá el peso, la coacción, la valoración negativa de una acción a realizar o realizada, no se le perdonará ni juzgará porque no somos jueces ni sacerdotes. El objetivo de la medicina es curar a los enfermos, aliviar y acompañar a los enfermos, prevenir de enfermedades, educar en materia de salud» (20)

«Beneficencia y no maleficencia. El giro actual respecto a este principio es el reconocimiento de que quién debe decidir lo que corresponde al bien para el paciente es justamente el paciente, de modo que el criterio beneficentista mantenido desde la tradición hipocrática no se puede sostener. El o la paciente debe autorizarnos a actuar en su bien, y de acuerdo con lo que él o ella, según sus preferencias y valores, considere beneficioso»

«Principio de autonomía: autonomía personal significa autogobierno; el concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral de una persona, supone congruencia con sus planes de vida, de elección, de ausencia de coerción.»

«Principio de justicia: El análisis de los datos *aportados en la propuesta* muestra cómo *la mortalidad materna en nuestro* país tiene como primera causa de muerte las complicaciones debidas al aborto; y también que existe desigualdad en la distribución dentro de la población de esas muertes o morbilidades, siendo entre las usuarias del hospital, prove-

nientes de las poblaciones más carenciadas económicamente, donde ocurren con más frecuencia los abortos provocados en condiciones de riesgo.»

Por último concluye: «El proyecto explicita entre sus objetivos el de disminuir el número de abortos provocados, como también las graves consecuencias de los mismos, por lo cual no propicia ningún hecho incorrecto. …. El tema del aborto es de abordaje complejo y difícil, y origina corrientes de aprobación o rechazo en las distintas comunidades del mundo. En las sociedades pluralistas, respetuosas de los valores de todos los participantes, el tema no será solucionado desde la perspectiva ética, sino que luego de debates donde se realice el análisis reflexivo, se intentará alcanzar un consenso social, dentro de una sociedad democrática.»

En definitiva, desde la bioética el reconocer nuestra obligación profesional de actuar ante una crisis de salud y que esta acción debería basarse en el requisito de posicionar a una mujer en situación de embarazo no deseado– no aceptado como un sujeto moral, fue lo que nos permitió abordar el tema desde los valores intrínsecos de la profesión.

- **MARCO JURÍDICO Y MEDICO LEGAL**

Concomitantemente al compromiso ético, las ISCAPCR debían ser respetuosas del marco jurídico vigente.

Al respecto, el derecho a la confidencialidad y el secreto profesional, se posicionaban como las bases del accionar médico.

Tres son las razones que hacen que el Secreto Profesional sea un valor fundamental para los equipos de salud: en primer lugar la fidelidad de los profesionales con los y las pacientes – usuarias para generar las condiciones de confianza en la relación, en segundo lugar el de asegurar la intimidad para que todas y todos puedan decir la verdad sin miedo a ser denunciados, por último la necesidad de respeto a la libertad de las personas y sus derechos individuales.

Y si el Secreto Profesional es importante en general, mucho más importante es a la hora de valorar todos los temas que tienen que ver con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Si no se asegura la confidencialidad, una mujer puede y tiene derecho, a no decir la verdad y con ello no permitir que los profesionales y el sistema asistencial hagan lo mejor por su salud.

La confidencialidad es un reclamo permanente de las usuarias y de la sociedad. Las instituciones deben promover las condiciones para que la práctica profesional se desarrolle en el marco de la confidencialidad.

Por todo esto el Secreto Profesional es un deber y un derecho desde la ética, y a su vez es una obligación del profesional desde la ley, y un derecho de la paciente.

En el año 2002 los doctores Hugo Rodríguez Almada y Guido Berro Rovira, de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, se refieren a las ISCAPCR de la siguiente manera:

“En suma, las Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo pueden aplicarse dentro del ordenamiento legal vigente, en tanto toman en cuenta y respetan el carácter ilegal del aborto provocado, excluyendo al médico de toda participación directa o indirecta, a excepciones de los casos contemplados en el ordenamiento jurídico.

En cuanto al manejo propuesto del secreto médico y la denuncia obligatoria, la propuesta se adapta a las normas éticas y jurídicas vigentes" (21)

1.2.2. GUIAS CLINICAS DEL MODELO DE ISCAPCR (22)

Las acciones del Modelo de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo se basan en que, dado el status jurídico del aborto en nuestro país, los profesionales de la salud no podemos actuar durante el proceso del aborto ya que este es un delito. Pero sin embargo si podemos y debemos actuar antes y después, buscando la disminución del riesgo y el daño, la disminución del número de abortos y del número de embarazos no deseados.

EL ANTES: LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO

Los objetivos de esta consulta son:

- Informar, prevenir y asesorar sobre riesgos y daños del aborto provocado
- Analizar las causas que llevan a la usuaria a plantearse la decisión de interrumpir su embarazo

Para ello el equipo debe comprender el contexto en el cual se presenta el embarazo no deseado-no aceptado.

Ante un embarazo no deseado y no aceptado no hay decisiones fáciles. Tanto el continuar con el embarazo como el interrumpirlo no son nunca decisiones sencillas, ni tomadas a la ligera por ninguna mujer o pareja.

Quien llega a la consulta solicitando asesoramiento porque está considerando o ha decidido interrumpir su embarazo, se encuentra en una situación de máxima vulnerabilidad, en la cual son frecuentes los sentimientos encontrados, la duda, la tristeza, la incertidumbre, la vergüenza y el temor. Además, producto de la restricción del aborto y la censura social con que se maneja el tema en Uruguay, la mujer en situación de embarazo no deseado - no aceptado suele verse se enfrentada a la culpa, el maltrato, la humillación y a la falta de apoyo tanto a nivel familiar y social como en las instituciones que prestan servicios médicos.

Por otro lado el embarazo no deseado es un fenómeno muy complejo que no admite respuestas simples. Sus causas son múltiples y cualquiera que sea, éste implica que la mujer se ve enfrentada a una situación vital no elegida y para ella incompatible con su realidad en ese momento.

En el marco de la entrevista de asesoramiento, se debe procurar un acercamiento a esta realidad, habilitando un espacio de reflexión para un proceso de decisión responsable. Una de las metas de la consulta es asegurarse de que la decisión que se tome sea la mejor para sí misma, teniendo en cuenta las expectativas, los sentimientos, los valores y las realidades de esa mujer. Por lo demás, toda la intervención debe ayudar también a la prevención de futuros riesgos.

En la consulta de asesoramiento no sólo se da información, se debe propiciar un apoyo integral a la mujer consultante. El asesoramiento debe ser empoderante y no disciplinante, debe habilitar a la mujer para la toma de decisiones.

CUADRO 1.1.
¿QUÉ HACER EN LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO?

- Genere un buen vinculo inicial: preséntese, llame a la usuaria por su nombre, muéstrese interesado/a por la situación que motiva la consulta.
- Explicite que la consulta se enmarca dentro de la ley y de acuerdo con la normativa de asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado.
- Explique que es el derecho de la usuaria el ser asesorada y asistida ante un embarazo no deseado.
- Asegúrele a la usuaria que todo lo discutido en la consulta es confidencial.
- Confirme el embarazo, la edad gestacional y la viabilidad solicitando una ecografía.
- Explique siempre la importancia de la ecografía y pesquise si la usuaria desea ver o no la pantalla del ecógrafo. Explique que tiene derecho a no verla si no lo desea. Haga constar este dato en el pedido de tal examen.
- Solicite el grupo sanguíneo y el factor Rh siempre. Explíquele a la usuaria la importancia de conocer este dato.
- Detecte y evalúe la presencia de otros factores de riesgo como por ejemplo: situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias sicoactivas, patologías médicas o sociales, etc.
- Evalúe e identifique como se posiciona la mujer en cuanto a la decisión de interrumpir el embarazo y asesórela según corresponda:
  - A- escenario de dudas con respecto a la resolución
  - B- certeza en la resolución de la usuaria

A- Si la usuaria tiene dudas sobre la interrupción o continuación del embarazo	B- Si la usuaria ha resuelto la interrupción del embarazo
• Identifique el motivo/os por los cuales considera la posibilidad de interrumpir el embarazo y apórtele información confiable, objetiva y pertinente para aclarar estos puntos.(Por ejemplo la usuaria puede necesitar información sobre: riesgo de cromosomopatías, riesgo de transmisión vertical de infecciones como el HIV, etc.) • Si corresponde explíquele que su caso está considerado dentro de los eximentes previstos por la ley y proceda según las “Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal” • Infórmele sobre la posibilidad de dar a su hijo en adopción como alternativa al aborto y los mecanismos para ello. • Infórmele sobre los riesgos del aborto provocado seguro e inseguro • Ofrézcale la posibilidad de apoyarla desde otros aspectos: sicología médica, trabajo social, consejería legal según corresponda, con el fin de elaborar la situación de embarazo no deseado y sus motivos para la interrupción del mismo • Proponga un espacio y un tiempo de reflexión.	• Si corresponde explíquele que su caso está considerado dentro de los eximentes previstos por la ley y proceda según las “Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal” • Infórmele sobre los métodos de interrupción del embarazo de mayor riesgo y de menor riesgo (misoprostol) • Ofrézcale la posibilidad de apoyarla desde otros aspectos: sicología médica, trabajo social, consejería legal según corresponda, con el fin de esclarecer su situación de embarazo no deseado y sus motivos para la interrupción del mismo

Antes de finalizar la consulta y en todos los casos:

- Asegúrese de que la usuaria ha entendido la información recibida y que la misma se adecua a sus necesidades: repase los aspectos más importantes, pregúntele si tiene dudas o si desea hacer alguna otra pregunta
- Llene con la usuaria el formulario preestablecido aclarando su confidencialidad
- Fije una nueva consulta para discutir dudas o realizar el control posaborto
- Haga explícito que cualquiera sea la decisión tomada la usuaria puede volver a su consulta cuando lo crea necesario

EL DESPUES: LA CONSULTA INTEGRAL POST-ABORTO

La atención integral post – aborto contempla la provisión de atención integral a la mujer después de realizado el aborto, incluyendo las esferas bio-psico-sociales para su reintegro satisfactorio a una vida normal. Las acciones dentro de esta consulta tienen los siguientes objetivos generales:

- Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de complicaciones y/o disfunciones que puedan aparecer en cualesquiera de las áreas bio-psico- social.

- Rehabilitación integral

- Ofrecer orientación y servicios de anticoncepción post-aborto para la prevención de futuros embarazos no deseados.

En la consulta post-aborto se debe establecer el nivel de riesgo de la paciente. Del análisis de cada usuaria en esta consulta pueden surgir esquemáticamente 2 situaciones:

· Atención integral post-aborto de menor riesgo para aquellas usuarias que cursando embarazos de hasta 12 semanas, obtuvieron abortos con métodos farmacológicos (misoprostol), que no presentan complicaciones y que concurren para control. Generalmente son casos de aborto completo o casos de aborto incompleto no complicado que requieren de una evacuación endouterina.

· Atención integral post-aborto de alto riesgo o complicado para aquellas usuarias que utilizaron métodos de alto riesgo para la interrupción del embarazo y/o que presentan complicaciones o disfunciones en alguna de las áreas de su salud.

CUADRO 1.2.
¿QUE HACER EN LA CONSULTA POST ABORTO?

- Pregúntele a la usuaria cual fue el método utilizado para la interrupción del embarazo, y en que condiciones se llevo a cabo
- Evalúe clínicamente los signos y síntomas de aborto y su evolución
- Detecte la presencia de complicaciones post aborto
- Evalúe las repercusiones sico-afectivas de la decisión tomada
- Evalúe e identifique el riesgo del aborto efectuado y proceda de acuerdo a ello

Atención integral posaborto de menor riesgo (*)

"Aborto de menor riesgo" es aquel que se da, aun en la clandestinidad, pero dentro de un marco normativo con atención pre aborto, uso de fármacos y atención integral post aborto.-

- Determinar vacuidad uterina: realizar examen clínico y ecografía
  - Aborto completo: control al mes
  - Aborto incompleto: proceda a la evacuación uterina por métodos aspirativos, y/o LEC o derive a la usuaria a un centro donde pueda recibir este tratamiento
- Descartar infección:
  - No hay infección: control
  - Dudas sobre la presencia de infección: indique antibioticoterapia, explique síntomas de alarma, control a la semana.
  - Hay infección. Pasa a alto riesgo
- Indique la inmunoprofilaxis cuando corresponda, a fin de disminuir el riesgo de conflicto por factor Rh en futuras gestaciones
- Realice la consejería en anticoncepción inmediata. Destaque la importancia de la protección dual (dos métodos incluyendo el preservativo)
- Evalúe la necesidad de asistencia sico-social especifica

Atención posaborto de alto riesgo o complicado

- Recuerde que esta usuaria constituye una urgencia médica
- Indique el ingreso de la usuaria o derívela a un centro de mayor complejidad para su valoración general

Complicaciones hemorrágicas

- Evalúe la entidad de la repercusión hematológica y hemodinámica e indique las medidas habituales de reposición
- Identifique el origen de la genitorragia y adopte las medidas instrumentales o quirúrgicas indicadas en cada caso

Complicaciones infecciosas

- Proceda según las guías clínicas de aborto provocado febril y sepsis posaborto

Si la usuaria no tuvo una consulta previa de asesoramiento:

- Explicite que la consulta se enmarca dentro de la ley y de acuerdo con la normativa de asesoramiento a la mujer en situación de aborto.
- Asegúrele a la usuaria que todo lo discutido en la consulta es confidencial
- Evalúe la necesidad o no de administrar gama globulina hiperinmune para la prevención del conflicto Rh (D) negativo en el futuro
- Detecte y evalúe la presencia de otros factores de riesgo: violencia, consumo problemático de sustancias sicoactivas, patologías médicas o sicológicas, etc.

Antes del alta y en todos los casos:

- Asegúrese de que la usuaria ha entendido la información recibida y que la misma se adecua a sus necesidades: repase los aspectos más importantes, pregúntele si tiene dudas.
- Realice la consejería en anticoncepción inmediata posaborto
- Llene con la usuaria el formulario preestablecido aclarando su confidencialidad
- Planifique una nueva consulta de evaluación y seguimiento en un periodo de 1 a 3 meses.

1.2.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DE ISCAPCR

La estrategia de las ISCAPCR incluye las acciones que se deben desarrollar para lograr exitosamente la implementación del modelo de consulta con sus actividades inherentes: consulta de asesoramiento y atención integral post aborto

Estas acciones articuladas operan sobre los tres componentes de la relación sanitaria:

- el relacionado con los cambios en los profesionales y equipos,
- el relacionado con el trabajo con las usuarias y la comunidad
- el relacionado con las modificaciones en el sistema asistencial.

De esta manera se plantea la posibilidad de modificar la relación sanitaria, desde las intervenciones en cada uno de sus componentes.

COMPONENTE DE TRABAJO EN/CON LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS

Es en este componente que se basa la estrategia ya que lo que se busca es lograr profesionales y equipos de salud protagonistas del cambio en la relación sanitaria.

Este componente abarca 3 sectores: la formación de profesionales en la problemática que se aborda, la de los cambios en las instituciones de formación y representativas de los mismos, y la conformación de una herramienta que impulse estos cambios que es la asociación civil Iniciativas Sanitarias.

- **Formación**

Este componente es relevante ya que implica el punto de inflexión desde el cual se busca que los profesionales y equipos de salud sean parte de la solución y no ya parte del problema.

La piedra angular de todo el componente es el desarrollo de cambios en las prácticas de los equipos de salud.

La forma de realizarlo es mediante el Modelo de sensibilización y capacitación de Iniciativas Sanitarias cuyo fundamento es el de pasar de los cursos de adiestramiento a la idea de capacitación integral.

El marco axiológico de referencia del Modelo de sensibilización y capacitación de IS lo constituye la declaración de la visión, la misión y los valores institucionales expresados anteriormente, entre los que se destaca como núcleos principales: "el desarrollo de una práctica profesional que defienda y promueva los derechos humanos en el contexto de la relación sanitaria y un reposicionamiento de las y los profesionales de salud que implica un mayor compromiso con la usuaria en el marco del respeto de su autonomía" (1)

Lograr esto en el contexto profesional nacional actual implica un proceso de transformación de los contenidos de los currículos, las agendas y los diversos ámbitos de construcción del profesionalismo médico.

IS promueve el reposicionamiento de los profesionales de la salud mediante el reconocimiento y respeto a la autonomía de la usuaria en tanto ser distinto y libre.

Los contenidos de este Modelo de sensibilización y capacitación de IS abarcan los aprendizajes cognitivos, (suponen el conocimiento y desarrollo de habilidades y actitudes intelectuales: comprensión, aplicación, análisis, síntesis, evaluación), los aprendizajes psico – afectivos actitudinales y los aprendizajes de destrezas y habilidades (23).

- **Cambios Institucionales**

Los cambios institucionales comprenden por un lado los cambios en las instituciones formadoras de profesionales (Facultades de Medicina, Enfermería, Psicología, Escuela de Parteras, etc.) y por otro lado los cambios en las instituciones representativas del universo de la salud: Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior, Sociedad Ginecotocológica del Uruguay, Asociación Obstétrica del Uruguay entre otras

- **Desarrollo de iniciativas sanitarias como organización**

La idea de crear una organización de profesionales de la salud para impulsar los derechos sexuales y reproductivos fue producto de nuestra práctica clínica asistencial. IS se conforma así como una Organización Civil de Profesionales de la Salud.

IS ha logrado una alianza inter–institucional con la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay y la Asociación Obstétrica del Uruguay. Dicha alianza interactúa de manera dinámica y con intención articuladora con la sociedad civil organizada en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

IS impulsa desde su organización:

– La optimización de la asistencia sanitaria.

– La investigación clínica aplicada.

– La docencia específica en el ámbito formal de educación médica universitaria y en el ámbito social.

COMPONENTE TRABAJO CON LAS USUARIAS Y LA COMUNIDAD

El trabajo con la comunidad es inherente al planteo estratégico de IS, y parte de la base de que el diálogo entre los equipos de salud y la comunidad es relevante para ambos componentes de la relación sanitaria. Para la promoción del diálogo en temas de salud es fundamental integrar el concepto de Resonancia Comunitaria. Del punto de vista metodológico la Resonancia Comunitaria se basa en el empoderamiento de la comunidad, promoviendo su participación en los temas sanitarios, siendo la comunidad quien identifique los riesgos y daños locales en términos de salud y siendo esta quien integre nuevos conocimientos que apuestan al cambio en la relación sanitaria.

El objetivo general de esta intervención es contribuir desde la acción comunitaria directa de los equipos de salud al cambio de la relación sanitaria y al desarrollo del empoderamiento de mujeres y comunidades.

Los objetivos específicos son: incrementar el acceso a los servicios; fortalecer las alianzas interinstitucionales; y contribuir a cambiar la base social de apoyo a los cambios legales.

Otro tema importante es la difusión hacia la opinión pública. En este sentido la elaboración de materiales gráficos para la discusión: (libros, artículos, pautas, folletos, videos, etc) están orientadas a contribuir en la disminución de las "barreras culturales" que operan dificultando tanto el acceso a servicios de salud, así como el tránsito (desde el punto de vista emocional) por la situación de embarazo no deseado y no aceptado y eventual aborto, desde una perspectiva de género y dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Proyecto Resonancia Comunitaria. Convocatoria Taller. Ciudad de Florida

COMPONENTE DE TRABAJO EN EL SISTEMA ASISTENCIAL

Este componente incluye:

- El proceso de implementación de servicios de asesoramiento
- Las estrategias de seguimiento y monitoreo de la calidad
- La evaluación y difusión de los resultados

Implementación de servicios y estrategia de seguimiento

El sistema asistencial, las instituciones prestadoras de servicios son un componente fundamental en la medida que constituyen el escenario en el cual se desarrolla la relación sanitaria. En este sentido es insoslayable considerar como es que las instituciones generarán los espacios habilitantes para que las usuarias ejerzan sus derechos y los equipos de salud desarrollen su práctica profesional de acuerdo con los principios éticos y valores profesionales ya planteados.

Para IS entender cómo se da y como se facilita el proceso de cambio a nivel de las instituciones, en estrecho contacto con los cambios a nivel del equipo y de las usuarias hace al cumplimento de los objetivos de la estrategia de reducción de riegos y daños en la medida en que los mismos dependen de que las mujeres efectivamente accedan a una atención de alta calidad técnica y humana y respetuosa de sus derechos y valores.

El objetivo de implementar servicios que apliquen la ordenanza 369/04 es que las instituciones incorporen el asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado a la "oferta asistencial" en forma sustentable y completa. Ello requiere de una estrategia de seguimiento que monitoree el proceso de implementación, facilite y fortalezca el proceso de cambio antes mencionado y permita evaluar la calidad del asesoramiento.

Este seguimiento sigue los lineamientos de la metodología de la supervisión capacitante (24).

Evaluar para mejorar la calidad

Cuando de calidad se trata, evaluar es obligatorio.

El equipo mejor capacitado, la institución más comprometida y la comunidad más informada no nos asegura que el servicio que se está brindando realmente aplica a cabalidad los pilares de esta estrategia de atención… pero amen de ello lo que parece adecuado en un determinado contexto puede no serlo en otro, por lo que la evaluación es un factor de importancia indiscutible en la implementación de servicios de alta calidad.

Más aún, la actitud que le permite a la institución y a los profesionales autoevaluarse en forma reflexiva, incluso a la luz de lo que perciben las/os usuarios, es la actitud que más contribuye a una relación sanitaria equitativa y justa.

Difundir los resultados: una cuestión de ética

Siendo el acceso a la información un derecho humano básico, difundir los resultados de lo trabajado es antes que nada para Iniciativas Sanitarias una responsabilidad ética, en la medida en que creemos que el conocimiento de esta experiencia puede aportar a la salud de las mujeres en distintos contextos.

Además de ello, difundir información a la que los profesionales tenemos acceso privilegiado por nuestro rol en la relación sanitaria (con estricto resguardo de la confidencialidad individual e institucional); en canales a los que accedemos en virtud de nuestras profesiones y del rol que la sociedad nos ha adjudicado; información que pone en evidencia la dimensión real del problema del aborto provocado en condiciones de riesgo; es parte de asumirnos como sujetos de cambio social y político y por ende un compromiso ineludible.

1.3. INICIATIVAS SANITARIAS: LOS SERVICIOS

El desarrollo teórico del modelo de ISCAPCR tuvo su origen en la práctica asistencial y está destinado a aplicarse en ese mismo ámbito. Desde el año 2001, Iniciativas Sanitarias viene aplicando esta estrategia, inicialmente en el contexto de los servicios universitarios que funcionan en el CHPR.

Cuando se diseñó la estrategia de ISCAPCR surgió la necesidad de contar con una Normativa sanitaria que diera marco e implementara el cambio profundo que suponía su aplicación.

Esta Normativa debía servir para:

1. Dar un marco institucional a la estrategia, avalando la intervención como política pública las prestaciones del sistema de salud en un área de máxima vulnerabilidad.

2. Permitir y estimular un desempeño profesional adecuado a los principios bioéticos y médico–legales en el área de la prevención de daño por aborto realizado en condiciones de riesgo.

3. Generar las condiciones para disminuir la distancia existente entre los pronunciamientos legales y los acuerdos internacionales a los que el Uruguay suscribió con relación a las prácticas sanitarias

Con estos objetivos, un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, liderados por Iniciativas Sanitarias, desarrolló una normativa sanitaria denominada: **"MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO".**

Para lograr sostener esta normativa asistencial en la práctica, también se hacía imprescindible acortar las distancias que existen entre la letra de una Normativa y la práctica clínica. En ese contexto desarrollamos las «guías clínicas», como instrumento para la práctica asistencial.

En el año 2002, con el objetivo de elaborar esas guías clínicas, ISCAPCR convoca a un equipo multi e interdisciplinario, con la participación de profesionales provenientes de sectores variados de la academia, la sociedad civil organizada, el movimiento de mujeres y el Estado.

Los objetivos de estas guías se refieren a:

- Dar seguridad a los integrantes del equipo de salud con respecto a la implementación de la normativa.

- Estandarizar los contenidos de la entrevista de asesoramiento y la atención integral post–aborto, sin perjuicio de considerar cada consulta y situación como única.

La normativa y sus guías clínicas, fueron presentadas el 8 de abril del año 2002 al MSP para su consideración, siendo aprobada en agosto de 2004, luego de dos años de aplicación en el CHPR.

En ese año, el modelo de IS adquiere estatus de ordenanza ministerial (Ordenanza 369/04: "*Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*"), norma de atención sanitaria aplicable a nivel nacional, señalando la inclusión del tema en el sistema sanitario y la obligación de las instituciones de salud de incluir el asesoramiento en embarazo no deseado-no aceptado dentro de su oferta asistencial habitual.

El mismo año se abre la POLICLINICA DE ASESORAMIENTO en el CHPR, a cargo de profesionales de IS, quienes asistían a las mujeres que acudían planteando su situación de embarazo no deseado-no aceptado con la aplicación del modelo antes descripto.

Esta primera experiencia de aplicación sistemática del modelo arrojaría rápidamente las primeras lecciones aprendidas:

- Resulta estratégica la alianza de blindaje institucional del modelo, conformada por la Facultad de Medicina, la Sociedad de Ginecología del Uruguay y el Sindicato Médico del Uruguay.

- Es estratégica a su vez la aplicación y el desarrollo del modelo desde el hospital de referencia de atención de la salud de la mujer, el CHPR.

Sin embargo, para la aplicación efectiva y eficaz del modelo se requiere avanzar simultáneamente en dos niveles de orden institucional:

- La incorporación de servicios en el primer nivel de atención: con el objetivo de ampliar la cobertura, mejorar el acceso y universalizar la aplicación de la normativa ministerial, transformando la letra en una política pública de impacto real

- La profundización de la integralidad de la atención: cumplir los objetivos del modelo requiere una atención multidisciplinaria e integral que cubra las necesidades de las usuarias en relación a su salud sexual y reproductiva como un todo y no solamente en relación al actual embarazo no deseado-no aceptado.

O dicho de otra manera, se hace evidente la necesidad de avanzar hacia la creación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva que incluyan la atención del embarazo no deseado-no aceptado (Modelo ISCAPCR) dentro de una oferta mayor de servicios especializados en salud sexual y reproductiva, con equipos multidisciplinarios que desarrollen una atención integral fundada en las bases conceptuales del modelo, y que estos servicios estén disponibles en el primer nivel de atención.

La existencia de una normativa ministerial de aplicación nacional habilita estas posibilidades, más no asegura que se tomen las decisiones políticas y los esfuerzos presupuestales necesarios para la implementación del modelo a nivel nacional, que como hemos visto implica un trabajo sistemático de sensibilización, capacitación y monitoreo y requiere de cambios profundos en los tres componentes de la relación sanitaria.

Los servicios más allá del CHPR…

En este contexto, en el año 2005 la Sociedad de Ginecología del Uruguay, presenta ante la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) el proyecto *"Iniciativas Sanitarias- Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo"* en el marco de la consigna "Salvar madres y recién nacidos" que la FIGO impulsa con el objetivo de que las sociedades científicas que la integran se involucren activamente en las acciones destinadas al descenso de la mortalidad materna.

Iniciativas Sanitarias es la institución encargada de la implementación de este proyecto

PROYECTO Iniciativas Sanitarias-
"Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo"

Este proyecto tiene como finalidad apoyar la aplicación de la Normativa Asistencial: "ISCAPCR – Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" contenido en la Ordenanza 369-04 del Ministerio de Salud Pública en instituciones seleccionadas del sistema público de salud del Uruguay.

La aplicación de la Normativa busca como Objetivo General la disminución de la Mortalidad y la morbilidad materna secundaria a las complicaciones del, además de contribuir a la disminución de la necesidad de que las mujeres recurran al aborto provocado.

La aplicación de la Normativa se desarrollará a través de una intervención que buscará modificar la "relación sanitaria" (RS) haciéndola más comprehensiva y comprometida (desde los profesionales y los equipos de salud), más equitativa, mediante el empoderamiento de las mujeres hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos en general y hacia la atención de la situación de embarazo no deseado – no aceptado en particular. Esta intervención, desde IS, está compuesta de actividades articuladas e integradas de sensibilización, capacitación, implementación de servicios y difusión.

Mediante este proyecto se busca además incrementar las capacidades de las organizaciones profesionales responsables: Sociedad de Ginecotocología del Uruguay (SGU) y Asociación Obstétrica del Uruguay (AOU), en conjunto con IS en el ejercicio de promoción política "advocacy" que lleve a cambios en la normativa sanitaria y legal vigente. Este cambio se dará alineado con la defensa y promoción de los DDSSRR en general (definiciones de OMS, FIGO y FLASOG), así como la defensa y promoción del derecho de la mujer en situación de embarazo no deseado – aceptado a ser atendida integralmente en salud tal como lo establece la normativa en nuestro País, en particular.

Todo el proceso del proyecto, las actividades y las fases serán monitorizadas y evaluadas desde una doble perspectiva epidemiológica y social.

La última fase del proyecto implicará la transferencia efectiva de la estrategia al MSP, para su sostenibilidad y universalización.

El desarrollo del proyecto FIGO (2006-2009) determinó la implementación de servicios que aplican el modelo de ISCAPCR en 8 instituciones públicas de primer y segundo nivel de atención, en un contexto general amplio e integral de servicios de salud sexual y reproductiva.

El monitoreo epidemiológico y socio-antropológico da cuenta del cumplimiento de los objetivos planteados.

Los servicios en la región…

Concomitantemente, en 2007, Iniciativas Sanitarias establece un acuerdo con la Federacion Intenacional de Planificación Familiar (IPPF/RHO) como socio del proyecto regional de aborto seguro desarrollado por IPPF/RHO.

IPPF, proyecta servicios integrales en salud sexual y reproductiva y desde ellos la atención con enfoque de reducción de riesgos y daños, por lo cual acuerda con IS como socios en la expansión regional a otros países de Latinoamérica.

Inicialmente dicho acuerdo planteaba que IS prestaría asistencia técnica sobre el modelo ISCAPCR en cuatro asociaciones miembros en la región: BEMFAM de Brasil, MEXFAM de México, INPPARES de Perú y PLAFAM de Venezuela y en la asociación miembro de IPPF en Uruguay, la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF). La evaluación del trabajo conjunto y nuevos acuerdos (2008-2011) han extendido esta experiencia a Argentina, Panamá, Nicaragua, Honduras, Suriname, Bolivia y Ecuador.

Implementar los servicios que apliquen el modelo de ISCAPCR a nivel nacional e internacional, implicó desarrollar una estrategia que permitiera ir de la teoría a la práctica en todos sus aspectos y componentes, y adaptar la misma a los distintos contextos sanitarios y socio culturales de aplicación.

Este ha sido un proceso en el cual han sido fundamentales, el monitoreo y evaluación permanentes, la reflexión sistemática sobre la práctica y el aporte sustancial de los profesionales y equipos de cada institución.

¿Por qué un servicio de referencia?

Desde el inicio de este proceso se visualiza la necesidad de desarrollar un Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) de referencia que posibilitara:

- Aplicar en forma sistematizada el modelo ISCAPCR en un marco integral de atención en salud sexual y reproductiva (SSR) de alta calidad técnica y humana, y garantizar el acceso de todas las mujeres, pero específicamente de aquellas en situación de mayor vulnerabilidad social
- La conformación de un equipo multi e interdisciplinario con formación y experiencia en la atención de la SSR en un marco de derechos, basados en una práctica profesional fundada en los valores profesionales y los principios bioéticos
- La sensibilización y capacitación de profesionales y equipos de salud del ámbito nacional e internacional
- La investigación clínica aplicada en temas de SSR y la difusión de los resultados; como base para la incidencia en las políticas públicas desde los profesionales de la salud y específicamente la incidencia en los cambios legales que garanticen los derechos sexuales y reproductivos en general y la liberalización del marco legal en relación al aborto en particular

Desde esta perspectiva IS plantea al Safe Abortion Action Found (SAAF) en el año 2007, el proyecto: SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

> "La meta general del proyecto es mejorar la salud de las mujeres instrumentando un SERVICIO modelo de atención integral del embarazo no deseado que se base en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos con especial énfasis en atención a las mujeres más pobres en situación de aborto. De esta manera, este SERVICIO contribuirá a modificar la relación sanitaria de las mujeres en situación de embarazo no deseado y/o no aceptado en 3 niveles (usuarias y comunidad, profesionales y equipo de salud, y sistema sanitario) y a través del fortalecimiento de la organización profesional. INICIATIVAS SANITARIAS contribuirá a modificar favorablemente la percepción que los integrantes de estos 3 niveles tienen con respecto a la problemática del aborto, y por consiguiente, la situación legal de la práctica del aborto voluntario en nuestro país hacia una legislación más liberal incluida en una Ley de respeto de los derechos sexuales y reproductivos".

En el capítulo 2 describiremos la experiencia de IS, el proyecto SAAF y sus principales actividades

BIBLIOGRAFIA

1. *Sanitarias., I. Misión, visión y Objetivos. 2008. www.iniciativas.org.uy*

2. *L. Briozzo, F. Rodriguez, , I. Leon, G. Vidiela G. Ferreiro,J.E. Pons. Unsafe abortion in Uruguay. Internacional Journalof Gynecology &Obstetrics. 2003.*

3. *Pons, J.E., et al., Normativa de atención sanitaria. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo., in Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales y jurídicos., L. Briozzo, Editor. 2002, Sindicato Médico del Uruguay.: Montevideo. p. 75-84.*

4. *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Normativa de Atención Sanitaria y Guías de práctica clínica de la Ordenanza 369 del MSP. "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto en condiciones de riesgo". Montevideo: MSP; 2004. 40 p.*

5. *WHO. Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. 2003, Geneve*

6. *Briozzo, L., et al., A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. Int J Gynaecol Obstet, 2006. 95(2): p. 221-6.*

7. *Faundes, A. and J. Barzelatto, O drama do aborto. em busca de um consenso. 2004, Campinas, Sao Paulo.: Komedi. 304.*

8. *Briozzo, L., Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis - estrategias para su reducción. . Rev. Méd. Urug, 2003.* ***19****: p. 188-200.*

9. *Briozzo, L. and A. Faundes, The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. Int J Gynaecol Obstet, 2007.*

10. *Briozzo, L., Vidiella, G. and B. Vidarte. Análisis de las pacientes trasladadas del Centro Hospitalario Pereira Rossell a Centro de Cuidados Intensivos por complicaciones post aborto provocado. in La mortalidad materna por aborto provocado: emergente de la salud de la mujer. 2001. Anfiteatro "Caldeiro Barcia" - Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell: Datos no publicados.*

11. *Vidiella, G., Politicas de reducción de riesgo y daño, in Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, L. Briozzo, Editor. 2007, Arena: Montevideo. p. 147-150.*

12. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986 [cited 2008 4 de febrero]; http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf].*

13. *Lapetina, A., Reducción de riesgos y daños y promoción de salud:...desde las drogas al aborto. Un marco general para el desarrollo de iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, in ISCAPCR 2008, B. Leonel, Editor. 2008: Montevideo.*

14. *Carino, G., C. Barroso, and V. Ward, Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud in ISCAPCR 2008, B. Leonel, Editor. 2008. Montevideo.*

15. *Organización, N.U. Declaración Universal de los Derechos humanos Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948. New York: http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm.*

16. Organización, N.U., Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer CEDAW. *http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm*, 1979.

17. Organizacion, N.U. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1976. *http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_cescr_sp.htm.*

18. Jovell Fernández, A., El futuro de la profesión médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. 2001.

19. Pardell Alentá, H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? Educación Médica, 2003; 6(2): 63-80.

20. Rotondo, M. T. Fundamentos bioéticos. Análisis ético del tema: "Iniciativas Médicas Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo". In. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: SMU, 2002. p 99-107

21. Rodriguez, H., Berro, G. Fundamentos Médico-Legales. In. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: SMU, 2002. p 109-114

22. Briozzo, L., Gorgoroso, M., Rodriguez, H., Rodriguez, F., Vidiella, G. Guias Clínicas y aspectos prácticos de las Iniciativas Sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo. In. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: Arena; 2007; 2: 47-97

23. Sanjurjo L, V.M., Aprendizaje significativo y enseñanza en los niveles medio y superior. Ediciones Homosapiens, . 1994, Rosario (Argentina).

24. IPPF. Fortaleciendo la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Supervisión capacitante para la mejora de la calidad. Manual de referencia. 2003.

La experiencia de Iniciativas Sanitarias Uruguay

Como ya hemos visto IS surge en el año 2001 como una respuesta desde los profesionales de la salud para la reducción de los riesgos y los daños vinculados al aborto provocado, dando lugar a una estrategia que en el año 2004 se transforma en una Normativa Ministerial.

En ese mismo año se comienza a aplicar el modelo de ISCAPCR en el CHPR en la denominada policlínica de asesoramiento

Posteriormente en el año 2005 se presenta ante la FIGO el proyecto "Iniciativas Sanitarias-Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo" desarrollado en el período 2006-2010, con el objetivo de apoyar al Ministerio de Salud Pública en la aplicación de dicha normativa sanitaria

En el año 2007 se establece el acuerdo regional con IPPF/RHO para la expansión regional del modelo

En este contexto, habida cuenta de la necesidad de contar con un servicio de referencia para la aplicación del modelo y concomitantemente profundizar el desarrollo institucional como organización de profesionales, IS le plantea al Safe Abortion Action Found (SAAF), el proyecto: SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

2.1. La propuesta al SAAF. "SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO"

Resumen del proyecto

Creación y desarrollo de un SERVICIO gratuito de atención integral para la mujer en situación de embarazo no deseado y/o no aceptado.

En este SERVICIO se desarrollarán diferentes actividades que tendrán por finalidad:

1. **Disminuir la morbi mortalidad materna** por aborto provocado en condiciones de riesgo y así cumplir con la meta 6 de los objetivos del milenio (ODM). Esto se logrará generando una estrategia sanitaria que incluya al sistema de salud (en vez de excluir) a las mujeres que deseen practicarse un aborto, y así informar y empoderarlas sobre la utilización de prácticas abortivas de menor riesgo como por ejemplo el uso del misoprostol.

2. **Formación de recursos humanos** (agentes comunitarios, parteras, psicólogas/os, asistentes sociales, médicas/os, ginecólogas/os, etc.) con expertice en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos con especial énfasis en el aborto, alineada con la Conferencia del Cairo en adelante. Se crearán y realizarán cursos de capacitación adecuados al lugar que ocupa cada uno de estos integrantes del equipo sanitario en la atención de la mujer que desea interrumpir su embarazo. También se realizarán actividades con fines docentes de pregrado y de especialización en los integrantes del equipo sanitario con enseñanza terciaria, e investigación epidemiológica y social.

3. **Advocacy**. Se intentará influir en público en general (mediante publicidad de resultados, conferencias de prensa, publicación de libro), a nivel de los profesionales de la salud (influyendo en la currícula universitaria y formándolos en el SERVICIO), y en el estado (generando una corriente de opinión en el público general y a nivel de los integrantes del equipo sanitario favorable al respeto de los derechos sexuales y reproductivos). También será un objetivo del SERVICIO que los resultados que se obtengan sean divulgados desde el ambiente académico y en campañas de información pública a principios del año electoral, de tal forma que se constituirán en un insumo ineludible en la campaña electoral del Uruguay del año 2009. De esta manera, los insumos generados por el SERVICIO podrán ser utilizados por candidatos afines a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y liberalización del aborto. Se tendrá una política de auditoria continua de la metodología utilizada y los resultados obtenidos, con una devolución a la sociedad de estos insumos en eventos escogidos en forma estratégica que tengan por cometido generar un cambio favorable hacia la legalización del aborto y de una ley de derechos sexuales y reproductivos.

4. **Centro de referencia regional**, donde los diferentes actores vinculados a la problemática del aborto puedan concurrir en forma de pasantías para lograr expertice y transmitir el modelo ideado por iniciativas sanitarias a sus países.

META DEL PROYECTO Y POBLACION OBJETIVO

La meta general del proyecto es mejorar la salud de las mujeres instrumentando un SERVICIO modelo de atención integral del embarazo no deseado que se base en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos con especial énfasis en atención a las mujeres más pobres situación de aborto. De esta manera, este SERVICIO contribuirá a modificar la relación sanitaria de las mujeres en situación de embarazo no deseado y/o no aceptado en 3 niveles (usuarias y comunidad, profesionales y equipo de salud, y sistema sanitario) y a través del fortalecimiento de la organización profesional. INICIATIVAS SANITARIAS contribuirá a modificar favorablemente la percepción que los integrantes de estos 3 niveles tienen con respecto a la problemática del aborto, y por consiguiente, la situación legal de la práctica del aborto voluntario en nuestro país hacia una legislación más liberal incluida en una Ley de respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Las líneas de acción en estos 3 niveles se resumen de la siguiente manera:

A nivel de las usuarias y las comunidades, empoderamiento logrando un mejor acceso a prácticas de aborto de menor riesgo con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo, y mejorar el ejercicio de su ciudadanía exigiendo una atención de calidad.

A nivel de los/las Profesionales Y Equipo de Salud se insistirá en la formación, docencia e investigación con la finalidad de sensibilizar y formar agentes de salud comprometidos con los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la problemática del aborto.

A nivel del Sistema de Salud se generará un cambio en las políticas sanitarias hacia el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, y específicamente desarrollaremos un marco sanitario para que la mujer en situación de embarazo no deseado y/o no aceptado tenga derecho a la información que la empodere y así resolver de acuerdo a su convicción la decisión a tomar, con el menor riesgo posible, aún en un contexto de legislación restrictiva.

POBLACION OBJETIVO:

El SERVICIO que estamos proponiendo se desarrollará en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Este es el principal hospital público de ginecología y obstetricia en nuestro país, donde nace 1 de cada 5 uruguayas/os, donde se forman el 100% de las parteras, 80% de las/os ginecólogas/os, y el 100% de las/os médicas/os realizan estudios de pregrado.

Este hospital tiene una fuerte inserción social y coordinación con centros del primer nivel, con un ágil mecanismo de referencia y contrarreferencia que será de vital importancia impulsar en nuestro proyecto.

La población meta de nuestro SERVICIO comprende a las mujeres que atienden su salud en el centro hospitalario Pereira Rossell y los centros de primer nivel vinculados a él. Según nuestros estudios (2), estas mujeres suelen ser: jóvenes (edad promedio 24 años), en situación de pobreza, con escasa educación formal, ama de casa, con hijos/as a su cargo, y que de no contar con este tipo de alternativa recurrirán a la práctica de aborto mediante métodos de riesgo elevado. Este grupo de mujeres corresponde a mujeres jóvenes pobres desposeídas y marginadas y por lo tanto más vulnerables.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna en general y específicamente por aborto provocado en condiciones de riesgo. Esto se logrará desarrollando un SERVICIO "amigable" para la atención de mujeres que se encuentran en situación de embarazo no deseado y/o no aceptado. Incluir a estas mujeres al circuito asistencial permitirá realizar acciones preventivas que disminuyan el riesgo de los métodos que ellas decidan utilizar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

USUARIAS Y LA COMUNIDAD:

Objetivo 1.- Disminuir el N° de abortos provocados en condiciones de riesgo. Esto se logrará mediante distintas estrategias; disminución del aborto (mediante la atención integral post aborto que incluye la anticoncepción post evento), desarrollo de prácticas de menor riesgo (uso de misoprostol), y acceso al aborto legal institucional (en los casos permitidos por nuestra ley).

Objetivo 2.- Empoderar a las mujeres mediante información de sus derechos sexuales y reproductivos desde la práctica en el SERVICIO mediante advocacy de los profesionales y desde las campañas públicas que desde aquel se desarrollen, dirigidas desde la organización INICIATIVAS SANITARIAS

EQUIPO SANITARIO:

Objetivo N° 3.- Lograr una mayor formación y compromiso de los integrantes del equipo de salud en los derechos sexuales y reproductivos y en especial con la problemática del aborto. Con las actividades docentes queremos influir en todos los integrantes del equipo sanitario y la población en general (la docencia se realizará en estos dos ámbitos) a favor de estos derechos y esta problemática. Específicamente en los Profesionales se mejorará el conocimiento, habilidades y actitudes en la temática del aborto provocado en condiciones de riesgo, basado en el compromiso de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

Objetivo N° 4.- Se diseñarán líneas de acción destinadas a lograr una alianza multi y trans disciplinaria duradera con las diferentes instituciones (estado, universidad, sindicatos, sociedad civil organizada, etc) involucradas con la temática del aborto.

SISTEMA SANITARIO:

Objetivo N° 5.- Provocar un cambio en el sistema de salud que integre (en vez de excluir) a la mujer en situación de embarazo no deseado y/o no aceptado a sus prestaciones.

Objetivo N° 6.- Iniciativas Sanitarias ha desarrollado servicios de atención a mujeres en situación de aborto en los centros de atención del primer nivel en Montevideo e interior del país por intermedio del proyecto "PROTEGER LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES URUGUAYAS, DISMINUYENDO EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO". Se realizará una articulación con este proyecto, tanto con las alianzas concretadas como con la creación de mecanismos de referencia y contrarreferencia para magnificar el impacto del SERVICIO.

ACCESO A METODOS DE MENOR RIESGO PARA GESTIONAR EL ABORTO PROVOCADO:

Objetivo No 7.- Se diseñarán estrategias que tengan por finalidad influir en el desarrollo de normativas por parte del Ministerio de Salud Pública a favor de la facilitación del acceso al Misoprostol y la liberalización de su uso.

Objetivo N° 8.- Se brindará información objetiva a las usuarias sobre todos los métodos disponibles para a interrupción de un embarazo. Se destacarán las ventajas y desventajas de cada método basados en las últimas evidencias científicas disponibles.

ADVOCACY DESDE INICIATIVAS SANITARIAS (como organización):

Objetivo N° 9.- Se mejorará la integración y articulación de las diferentes organizaciones que trabajan en la problemática del aborto con la intención de que tengan una mayor coordinación e influencia en el desarrollo de políticas del estado en esta temática. También deseamos influir en la población general, mejorando la percepción que esta tiene sobre la problemática del aborto.

Objetivo N° 10.- Incidir en la campaña electoral del año 2009, mediante la devolución a la sociedad de los resultados obtenidos en el SERVICIO, con la intención de proporcionar insumos que puedan ser utilizados por candidatos a la presidencia de la república, senado y diputados, a favor del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, y así influir favorablemente en lograr una Ley de salud sexual y reproductiva y una liberalización del aborto.

RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

MUJERES Y LA COMUNIDAD:

Disminuir la mortalidad y morbilidad del aborto provocado en condiciones de riesgo y así contribuir en alcanzar la meta 6 del milenio de disminuir la mortalidad materna en 2/3 para el año 2015. De ser así, este sería el único objetivo del milenio que nuestro país lograría alcanzar.
Mejorar la identificación de la población en general y fundamentalmente de las mujeres más pobres con los derechos sexuales y reproductivos y en especial, con la problemática del aborto.

EQUIPO SANITARIO

Crear la infraestructura conceptual necesaria para el diseño y puesta en práctica de servicios sanitarios "amigables" para las mujeres que deseen interrumpir sus embarazos en forma voluntaria. Esperamos que estos servicios sean autosustentables, reproducibles y replicables.

SISTEMA SANITARIO

Producir cambios en la infraestructura institucional (tiempos y espacios pensados para esta prestación asistencial), administrativo, normativo, y en la formación y sensibilización de todos los integrantes del equipo de salud y funcionarios que forman parte de la estructura institucional.

Ampliar y continuar desarrollando el mecanismo de referencia y contrarreferencia con el primer nivel de atención de la salud.

ACCESO A MÉTODOS DE MENOR RIESGO

Se facilitará la "ruta crítica" de las mujeres al acceso al misoprostol, fundamentalmente para la población más pobre y marginada.

ADVOCACY DESDE INICIATIVAS SANITARIAS

Esperamos proporcionar insumos utilizables por los candidatos de la campaña electoral del año 2009 con la finalidad del diseño de políticas de salud enmarcadas en los lineamientos de la Conferencia del Cairo en adelante. Con estos insumos se intentará posicionar la discusión con respecto a la salud sexual y reproductiva en general y al aborto en particular, de una manera racional y a favor de los cambios alineada con las evidencias científicas construidas a nivel nacional.

Lograr una alianza estable y duradera de todas las organizaciones que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

INDICADORES

1.- Para el objetivo general

INDICADORES DE PROCESO: nº de abortos, nº de aborto provocados en condiciones de riesgo, Tasa de aborto de menor riesgo (aborto en legislaciones restrictivas que cumplen con la consulta antes y después del aborto), nº de consultas antes, nº de consultas después, atención integral post aborto (utilización de herramientas tipo software como por ejemplo COMPAC), mecanismo de aborto empleado (AMEU, instrumental, farmacológico), Métodos Anticonceptivos utilizados antes y después.

INDICADORES DE RESULTADOS: Tasa de Mortalidad Materna, Tasa NEAR MISS (definido por la necesidad de traslado a CTI), Tasa de Morbilidad Mayor (transfusiones, histerectomías, días de internación, etc.), Gastos del sistema que le implica el APCR.

2.- Para los objetivos específicos

Objetivo Nº 1: Nº de abortos, Nº de abortos provocados en condiciones de riesgo, Nº de abortos institucionales, Nº de abortos legales.

Objetivo Nº 2: Nº de mujeres que consultan en el SERVICIO, Nº de mujeres que responden acertivamente a cuestionarios específicos que valoran conocimientos en salud sexual y reproductiva, Nº de personas que participan en actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Objetivo Nº 3: Nº de funcionarios que participan en actividades de promoción, Nº de funcionarios que integran el SERVICIO, Test de satisfacción de atención de las usuarias, Nº de actividades de promoción realizadas, Habilidades y Destrezas (evaluación en el campo, sistema de cartas de compromiso profesional y observación externa)

Objetivo Nº 4: Nº de actividades en conjunto, Nº de actividades de promoción en conjunto, Nº de integrantes de cada SERVICIO en las actividades de promoción.

Objetivo Nº 5: Nº de normas sanitarias aprobadas con perfil de respeto a los derechos sexuales y reproductivos, Nº de mujeres de la población general que integran el SERVICIO. Nº de actividades de la comunidad que tengan por finalidad al SERVICIO.

Objetivo Nº 6: Nº de mujeres que consultan al SERVICIO derivadas del primer nivel, Nº de mujeres del primer nivel que resuelven su situación en el primer nivel, Nº de mujeres del primer nivel que realizan la consulta “después del aborto” en el primer nivel. Nº de actividades del SERVICIO en el primer nivel de atención.

Objetivo Nº 7: Percepción de la población con respecto al misoprostol previo SERVICIO y posterior a l funcionamiento del mismo, Nº de mujeres que abortan mediante el uso de misoprostol, costo del comprimido de misoprostol, percepción de la facilidad al acceso del misoprostol por arte de la usuaria.

Objetivo N° 8: Por intermedio de planillas de llenado se evaluará el conocimiento de las usuarias sobre los diferentes métodos abortivos.

Objetivo N° 9: N° de ONG que intervienen en el SERVICIO, N° de personas integrantes de ONG que intervienen en el SERVICIO.

Objetivo N° 10: Impacto de las actividades: N° de apariciones en público de integrantes del SERVICIO en prensa radial, escrita y TV. N° de minutos en el aire en prensa radial y TV.

2.2. CREACION DEL SERVICIO de SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA (SSSR)

2.2.1. CONTEXTO POLITICO y SANITARIO[6]

Desde el punto de vista sanitario ya han sido referidas las circunstancias que rodean la creación del SSSR: el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (APCR) es la primera causa de Muerte Materna en el Uruguay. Ello determinó el diseño de la estrategia de Iniciativas Sanitarias y la Ordenanza ministerial que la oficializa.

A un nivel mas general y político se gesta y profundiza en el Uruguay una reestructura del Estado que incluye cambios conceptuales en el modelo de atención y la reforma estructural del sector salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud a través de la Ley 18.211 del 5/12/2007. Esta ley reglamenta "el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud". Consagra dentro de sus principios rectores: la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población, la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios y la orientación preventiva, integral y de contenido humanista, entre otros (1).

Paralelamente el modelo de reducción de riesgos y daños para el abordaje del aborto inseguro inicia su implementación mas allá del CHPR y se generan las condiciones institucionales que hacen necesario y posible el desarrollo de un servicio integral de referencia

A continuación transcribimos los aspectos sustanciales del proyecto de creación del SSSR que fuera refrendado por el MSP, la Facultad de Medicina e IS en el año 2006.

6 Proyecto de Creación del Servicio. 2006

PROYECTO DE CREACION DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

JUSTIFICACION

La creación de este Servicio se justifica como una manera de implementar el "Cambio de Modelo de Atención con énfasis en la descentralización y fortalecimiento del Primer Nivel de Atención enmarcado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud.

Sus fundamentos son:

- Cubrir una demanda insatisfecha de mujeres que asisten al hospital (CHPR), solicitando distintos servicios relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva.
- Disponibilidad Hospitalaria de Recursos Humanos especializados conformando un equipo multidisciplinario (Parteras, Asistentes Sociales, Sicólogos, Gineco-obstetras etc.) con experiencia en las distintas áreas de la atención de problemas de Salud Sexual y Reproductiva.
- Docentes, comprometidos con la incorporación de los Derechos de las Mujeres a los programas de formación médica, basada en la Resolución de Problemas cada vez más frecuentes en la población hospitalaria.
- Disponibilidad de Servicios de Apoyo de diagnostico y métodos anticonceptivos, que permiten la resolución de los problemas en forma oportuna disminuyendo las "perdidas de oportunidades asistenciales por derivación"
- Registro y Sistematización de actividades consensuadas con el Programa Mujer y Género (Ministerio Salud Pública), que permitirá la investigación y difusión del conocimiento científico en el área
- El desarrollo e institucionalización de un cambio de modelo centrado en la Salud de la mujer y no en la salud materno infantil sustentado en el "binomio madre – hijo".

Por último, entendemos que la posibilidad que brinda actualmente el Hospital, de conformar equipos multidisciplinarios generando experiencia y normativas asistenciales que permiten la resolución de problemas derivados desde el Primer Nivel de Atención (Referencia) y la oportuna contrarreferencia, fortalece el Sistema de Atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en su conjunto

PROPÓSITOS

- Generar un modelo de atención dirigido a las mujeres, en particular a aquellas que requieren servicios especializados en el Área de la Salud Sexual y Reproductiva, en el Centro de referencia de la salud de la Mujer en nuestro País, el C.H.P.R.

- Contribuir junto con el Área Programática de SSRR del Programa Mujer y Genero y la Comisión Asesora de SSR de la Ministra al Desarrollo de una política en defensa de la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, aplicable y que abarque situaciones de la en las usuarias del C.H.P.R. cambiando la actitud de los efectores técnicos y no técnicos.

- Generar un servicio modelo que sirva como experiencia para ser transferida a otros Niveles y sectores asistenciales, coordinando los recursos humanos y materiales desde el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina.

- Desarrollar un servicio que pueda contribuir con la experiencia a brindar capacitación a efectores de salud (Educación Medica Continua) en el ámbito nacional e internacional.

- Coordinar con otros efectores específicos en el área de la Salud sexual y reproductiva tanto a nivel público (Estatal – Municipal) como privado, en todo el país.

- Contribuir a la formulación de una Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la Calidad en la Atención de las Mujeres que se atienden en el CHPR, en lo que refiere a Salud Sexual y los Derechos Sexuales y Reproductivos

Contribuir al proceso de modificación de conductas y actitudes en la comunidad mediante el empoderamiento de las mujeres, y la sensibilización del cuerpo técnico asistencial

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Brindar atención de calidad a las usuarias del M.S.P. en el C.H.P.R. en los tópicos principales a los que se refiere la salud Sexual y Reproductiva, contribuyendo además, a la formación de recursos humanos en salud en las siguientes áreas:

ANTICONCEPCION

Información, consejería y provisión de métodos anticonceptivos: condón, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales.

Desarrollo de políticas especificas con énfasis en Anticoncepción post evento obstétrico y Anticoncepción de Emergencia.

ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.

Aplicación de la Normativa de atención sanitaria y guías de práctica clínica de la ordenanza 369 del M.S.P.

Centralización de la asistencia en los casos clínicos asistidos en el C.H.P.R. y contemplados en los eximentes de la Ley Numero 9763 (Interrupción Legal del Embarazo)

ASISTENCIA FRENTE VIOLENCIA SEXUAL

Asistencia sanitaria Integral desde la perspectiva Bio sico social

Asesoramiento legal.

Pautas para la Interrupción legal en caso de embarazo fruto de violación.

Anticoncepción post abuso - Prevención de enfermedades de transmisión sexual.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL EMBARAZO Y PARTO

En el contexto del Derecho a un embarazo y parto seguros y a los servicios institucionales que lo garanticen se implementara la información y formación sobre:

Humanización del nacimiento institucional.

Acompañamiento en el Trabajo de parto.

Analgesia obstétrica.

ACTIVIDADES

ASISTENCIALES

- Atención Ambulatoria directa por el Equipo Multidisciplinario brindado asistencia integral y calificada de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y sus parejas.

DOCENTE FORMATIVOS:

- Desarrollo de Programas de capacitación y supervisión para los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Brindar capacitación al personal técnico y no técnico de los diferentes sectores del C.H.P.R. que participa en todas las instancias de contacto con las usuarias, según necesidades y/o formación previa.
- Desarrollar formación integral y curricular sobre esta temática a los Estudiantes de Medicina tanto de pregrado como de postgrado (residentes de las Clínicas Ginecotocológicas), a las Estudiantes de la Escuela de Parteras y de otras entidades de formación de recursos humanos de la salud.
- Establecer un servicio que implemente de manera teórico práctica el Desarrollo Profesional Médico continuo tanto a nivel nacional como internacional.

INVESTIGACION:

- Vigilancia epidemiológica mediante el establecimiento de indicadores de proceso asistencial propios.
- Evaluación de la puesta en práctica de las Normativas especificas en cada temática.
- Evaluación de la calidad de atención, la percepción de la calidad de asistencia por las usuarias y de la formación por los efectores del servicio.

2.2.2. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL y GESTION DEL SSSR

Desde su creación el SSSR funciona cogestionado por tres instituciones con perfiles, experticia y roles sociales diferentes, que se han articulado en virtud de sus competencias especificas y entorno al cumplimiento de los objetivos antes mencionados: Ministerio de Salud Pública (Administración de Servicios de Salud del Estado y Dirección General de la Salud), Facultad de Medicina e Iniciativas Sanitarias

Al Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) le compete fundamentalmente la asistencia directa de las usuarias, la provisión de los recursos humanos, materiales e institucionales necesarios para ello y la gestión integral de los procesos de atención.

Por su parte el mismo Ministerio a través de la Dirección General de Salud (DIGESA)[7] le corresponde fundamentalmente la tarea de elaboración y difusión de normativas de atención.

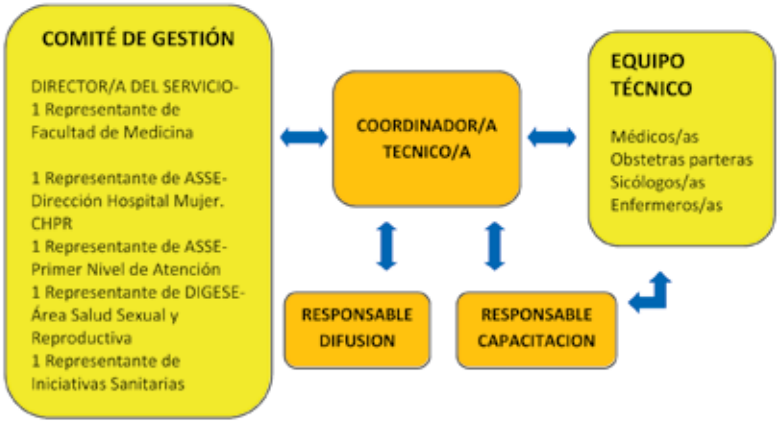
La Facultad de Medicina tiene como funciones principales la formación de los profesionales y equipos de salud e investigación clínica y contribuye junto a DIGESA en la normatización.

A IS, como organización de profesionales le compete fundamentalmente la cooperación con la normatización y difusión a lo interno de las asociaciones profesionales. IS es la organización social de referencia, dado su liderazgo en el diseño, implementación y monitoreo de calidad del modelo de reducción de riesgos y daños descripto en el capitulo 1.

Cabe agregar que la coordinación y gestión del SSSR ha estado permanentemente vinculada al Área de Implementación de Servicios de IS pudiendo aprovechar la experiencia y las herramientas generadas, en el desarrollo de otro servicios fuera del CHPR (proyecto FIGO) y a su vez fortaleciendo el rol de referente del SSSR y del Hospital de la Mujer

7 En marzo 2010 pasa a llamarse Dirección General de Secretaría (DIGESE)

CUADRO 2.1. SERVICIO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
ORGANIGRAMA



COMITÉ GESTIÓN

La integración interinstitucional del Comité de Gestión (ver organigrama arriba) busca facilitar los procesos de acuerdo entre las instituciones involucradas en la cogestión del SSSR así como garantizar el compromiso de cada parte en la implementación, evaluación y monitoreo del mismo

Dentro de las funciones del Comité se destacan:

- Gestionar los recursos para el funcionamiento y desarrollo del servicio
- Evaluar las actividades del servicio mediante indicadores de gestión
- Elaborar Guías de Atención
- Unificar junto con el Primer Nivel de Atención actividades y procesos de atención. Referencia-contrarreferencia
- Desarrollar planes de educación en salud sexual y reproductiva en la comunidad en general y las usuarias del CHPR en particular
- Discutir aspectos político-sanitarios propios de la actividad del SSSR

COORDINADOR/A TECNICO/A

El/la coordinador del SSSR está encargado/a de gestionar todos los aspectos vinculados al funcionamiento y desarrollo del mismo

A su vez se espera que ejerza liderazgo a nivel del equipo técnico-asistencial, para su fortalecimiento y la mejora continua de la calidad de la atención brindada

Perfil del coordinador/a:

- Profesional de la salud en cualquier disciplina afín al campo de la SSR, con capacitación y solvencia técnica en esta área basada en derechos y con perspectiva de género

- Con experiencia en procesos de implementación de SSSR, coordinación de equipos asistenciales y relacionamiento interinstitucional, capacitación de equipos de salud e investigación clínica

- Con experiencia en implementación de políticas públicas, capacitación en gestión de calidad y gestión de recursos humanos

Se definen como funciones propias del coordinador/a:

- Planificación de actividad asistencial de acuerdo a la demanda de atención: aspectos administrativos, logísticos y técnicos

- Referente técnico para el equipo de salud

- Relacionamiento del servicio con otros sectores/instituciones/grupos dentro y fuera del CHPR

- Gestión de la documentación del SSSR

- Implementación de herramienta de monitoreo de la calidad

- Relacionamiento con el Comité de Gestión

EQUIPO TECNICO

Los/as integrantes del equipo técnico tienen a su cargo la asistencia sanitaria de las usuarias del SSSR así como funciones administrativas y educativas en las áreas de anticoncepción, violencia sexual y sexualidad, asesoría de mujeres con embarazo no deseado-no aceptado y educación para el embarazo y el parto.

Amén de los aspectos asistenciales, de acuerdo a sus expectativas y aptitudes los profesionales que integran el equipo son parte fundamental del plantel docente de IS, por su experiencia clínica y el compromiso demostrado en la implementación del modelo

Tal vez uno de los aspectos más salientes de este servicio es el énfasis en el abordaje interdisciplinario de todas las actividades, desde la asistencia a la investigación, desde la gestión a la práctica clínica.

Ello requiere en cada integrante del equipo el compromiso de construir en conjunto con otros profesionales, validar y respetar el saber del otro/a, estando dispuesto a repensar las propias prácticas y modificarlas tanto como sea necesario para cumplir los objetivos y adaptarse a las necesidades cambiantes de las usuarias. Esta actitud de reflexión permanente y sistemática es a la postre una de las mayores fortalezas del equipo como tal

Competencias básicas requeridas para integrar el equipo:

- Calificación profesional propia de cada disciplina y formación sólida en el área de SSR basada en derechos y con perspectiva de género

- Buena capacidad de comunicación, con formación y práctica basada en la comunicación asertiva

- Capacidad de empatía
- Capacidad de reflexión sobre la propia práctica
- Habilidades para el trabajo en equipo interdisciplinario
- Compartir los lineamientos de Profesionalismo Médico
- Comprometido/a con la bioética y la práctica basada en sus principios.
- Compromiso con la mejora continua de la calidad de los servicios brindados

En tanto tales los integrantes del equipo no pueden objetar por motivos de conciencia ninguna actividad que se desarrolle en el SSSR incluyendo la adecuada información que permita el empoderamiento de la mujer en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo a las normativas vigentes

RESPONSABLE de CAPACITACION

Como queda claramente expresado desde los objetivos de su creación, la capacitación de profesionales y equipos de salud es uno de los aspectos fundamentales que hacen al desarrollo del SSSR como centro de referencia nacional en SSR

El/la responsable del área de capacitación tiene a su cargo el diseño, la planificación, coordinación y evaluación de todas las instancias de capacitación del propio equipo técnico (capacitación interna) así como de otros profesionales y equipos de salud de pre y posgrado, a nivel nacional e internacional

Conceptualmente el/la referente debe favorecer la reflexión y brindar orientación sobre los componentes educativos incluidos en las áreas de atención del SSSR para contribuir así a la promoción de los derechos humanos en el contexto de la relación sanitaria, mediante acciones formativas que faciliten el reposicionamiento de los y las profesionales de la salud en la defensa de estos derechos.

Son inherentes al desempeño de estas funciones la detección oportuna de las necesidades de sensibilización y capacitación de los/as profesionales así como la búsqueda e innovación en las herramientas metodológicas, la evaluación sistemática de la efectividad y la actitud de reflexión permanente sobre la propia práctica docente

Amén de las competencias requeridas para integrar el equipo -ya señaladas-, son necesarias para desarrollar este rol:

- Capacitación y solvencia técnica en SSR basada en género y derechos
- Capacitación en gestión de calidad
- Capacitación y experiencia en gestión de procesos de capacitación y evaluación de competencias
- Experiencia en tareas de coordinación de equipos asistenciales y relacionamiento interinstitucional
- Autonomía, liderazgo y capacidad de negociación

RESPONSABLE de DIFUSIÓN

Como decíamos en el capítulo 1, el difundir los resultados es una responsabilidad ética, en la medida en la que la información es un derecho humano básico.

El/la responsable de esta área tiene a su cargo el diseño, desarrollo, gestión y evaluación de la/las estrategias para difundir el SSSR, sus prestaciones y resultados a los públicos objetivos: usuarios/as, profesionales (integrantes del equipo técnico y externos al servicio) e instituciones sanitarias con las que el mismo se relaciona

De esta manera contribuye a la promoción de los DDHH y los DDSSRR en el contexto de la relación sanitaria mediante acciones informativas/formativas que facilitan el acceso de las usuarias al SSSR y el reposicionamiento de los y las profesionales de la salud en defensa de estos derechos.

Además, la difusión del SSSR es una herramienta para la incidencia en las políticas sanitarias en virtud de la posición del mismo como referencia nacional en temas de SSR, por lo que se requiere que quien planifica las instancias de difusión tenga una clara visión estratégica en este sentido.

Por otra parte se espera que la difusión apoye los procesos de capacitación sobretodo en dos aspectos fundamentales: la aplicación de las herramientas de comunicación a las instancias docentes y el diseño de los materiales de capacitación

Dadas las necesidades cambiantes de información de los distintos públicos objetivos indicados más arriba y los procesos continuos de cambio e innovación en las vías de comunicación, es fundamental además que el área de difusión evalúe sistemáticamente la eficacia y eficiencia de los mecanismos empleados para optimizar los recursos y las oportunidades

Amén de las competencias básicas para integrar el equipo que ya fueron señaladas, se requiere para desarrollar este rol:

- Capacitación y solvencia técnica en SSR basada en género y derechos
- Capacitación y experiencia en gestión de medios de difusión
- Capacitación en diseño de materiales informativos
- Experiencia en tareas de coordinación de equipos asistenciales y relacionamiento interinstitucional
- Autonomía, liderazgo y capacidad de negociación
- Compromiso con la mejora continua de la calidad de los servicios

2.2.3. ¿Qué encuentra la usuaria que consulta en el SSSR?

i. ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCION INTEGRAL EN SSR

INTEGRALIDAD

El abordaje integral se impone a la hora de considerar las múltiples implicancias de la vida sexual y reproductiva de las personas, las decisiones al respecto y las necesidades de atención en salud que ellas determinan

En este sentido se tienen en cuenta tres dimensiones de la integralidad

1. Dimensión bio-sico-social

Los aspectos vinculados al cuerpo, a la vida afectiva y a los vínculos que establecemos en cuanto seres sexuados, son sistemáticamente valorados durante el proceso asistencial, más allá que el motivo especifico de consulta que cada usuaria manifiesta determine la necesidad de atender prioritariamente alguno de ellos.

2. Enfoque de ciclo de vida

Contextualizar al individuo en un momento específico de su ciclo vital pero indefectiblemente relacionado con su historia de vida previa y sus expectativas y necesidades futuras, es fundamental. No solo para orientar adecuadamente las acciones y decisiones en salud, sino para favorecer el proceso por el cual las personas podrán sostener estas decisiones en la medida que ellas son producto de un análisis exhaustivo de sus antecedentes y consecuencias

3. Salud del/la individuo, la familia y la comunidad

Considerar las implicancias que las acciones sanitarias conllevan en los grupos y ámbitos de referencia de cada persona a su través, dado que estas acciones los afectan necesariamente. Ello no menoscaba la autonomía de cada usuaria como ser individual para tomar decisiones, sino más bien genera el ámbito de reflexión necesario para que esa autonomía sea realmente ejercida

Sin lugar a dudas la integración multidisciplinaria del equipo técnico es la gran fortaleza del SSSR para realizar un abordaje integral efectivo. Más aún, como veremos más adelante, las instancias de trabajo conjunto, intercambio y reflexión colectiva han ido generando un proceso de profundización y complementariedad de saberes que ha permitido avanzar hacia la construcción de un equipo interdisciplinario

CONFIDENCIALIDAD

Siendo un valor inherente a la relación entre las/os usuarios/as y los equipos de salud en todos los casos, adquiere una trascendencia especial en lo referente a la SSR

En forma expresa, se le brinda información a las usuarias sobre su derecho a la confidencialidad y el compromiso del SSR en el resguardo de la misma.

CALIDAD

La calidad está dada por la medida en la cual los servicios se adecuan a las necesidades y expectativas de la población de usuarias

En el SSSR se han implementado estrategias para conocer estas necesidades y expectativas, diseñar cambios en base a ellas, evaluar periódicamente la satisfacción de los/as usuarios/as y generar un plan de mejora continua de la calidad en base a esta evaluación sistemática

RESPETO Y PROMOCION DE LA AUTONOMÍA

En el SSSR la atención se centra en la mujer que consulta, en el respeto de sus decisiones, en la defensa y promoción de que las mismas sean conscientes, informadas y libres

En este sentido, juega un rol fundamental la información que se brinda. Nos esforzamos y comprometemos para que ésta sea completa, pertinente, culturalmente adaptada, y validada desde el punto de vista científico

Metodológicamente y desde el punto de vista práctico hacemos consejería en salud sexual y reproductiva

Conceptualmente, la consejería está compuesta por 3 componentes:

- El equipo de atención en salud, capaz de acompañar decisiones en SSR, que es quien ofrece la consejería basado en los valores profesionales y principios bio-éticos
- La intervención en salud capaz de responder a necesidades en SSR, basada en el respeto y la promoción de la autonomía del/la usuario/a.
- Las personas que consultan por necesidades/dificultades en SSR como sujetos de derechos.

El asesoramiento integral en SSR implica una acción proactiva para poner a disposición de la persona en consulta la mejor información disponible, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación, de una manera asertiva.

Para desarrollar la consejería y el asesoramiento de manera integral los profesionales del equipo técnico del SSSR se mantienen actualizados desde el punto de vista conceptual, evalúan y mejoran sus habilidades de comunicación y comparten experiencias, dilemas y lecciones aprendidas desde la práctica en un verdadero trabajo de equipo interdisciplinario permanente

ii. LA RUTA CRÍTICA CENTRADA EN LA USUARIA QUE CONSULTA

La usuaria concurre al SSSR desde orígenes diversos: autogestión de consulta, derivación desde otro servicio del CHPR o derivación desde otro nivel asistencial

Información a la usuaria

Las estructuras que brindan información a las usuarias (Oficina Atención al Usuario) cuentan con:

Información completa y actualizada sobre los servicios disponibles y su funcionamiento, incluidos los requisitos para la atención

Información calificada sobre el marco de derechos y confidencialidad en los que se prestan los servicios

Gestión de la Consulta Ambulatoria

Sistema de agenda previa de la consulta, centralizado

Demora máxima de 7 días, incluidos realización de exámenes paraclínicos

Disponibilidad para evacuar consultas del día ante necesidades urgentes

Horarios amplios de atención (7 a 16 horas)

Las usuarias que no tienen derechos asistenciales en las instituciones de ASSE (asistencia pública), son derivadas al sector de recaudación para abonar su consulta y acceder a ella en las mismas condiciones que las demás usuarias

En el SSSR:
Recepción de las usuarias

El SSSR cuenta en la recepción de usuarias con profesionales de primer contacto (enfermeras) entrenadas específicamente para recibir a las usuarias, detectar aquellas que requieren una consulta urgente y realizar un abordaje inicial y continentación en situación de crisis

Este rol es fundamental para evitar la pérdida de oportunidades de atención, disminuir los riesgos que enfrentan las usuarias por las dificultades de acceso y para dar a conocer lo que el SSSR brinda a cada usuaria en particular

No es infrecuente que sin información fidedigna y sin agendarse las usuarias lleguen a solicitar atención directamente al SSSR. Con mayor o menor urgencia desde el punto de vista médico de acuerdo a los riesgos que enfrentan, pero en general con la urgencia subjetiva dada por su situación vital estresante.

Este dispositivo de recepción personalizada, privada y confidencial permite informar a las usuarias sobre el funcionamiento del SSSR y el marco de atención, identificar a las usuarias que efectivamente requieren una consulta urgente y disponer las acciones administrativas para que la atención se desarrolle en todos los casos de acuerdo a los estandares habituales: registro en Historia Clínica centralizada, registro en Gestión de Consulta Ambulatoria, etc.

Consulta con equipo multi/interdisciplinario

Abordaje integral sistemático y plan de atención

El carácter de integralidad de la atención estará dado por el abordaje interdisciplinario sistemático de los aspectos discutidos más arriba en relación al motivo de consulta espe-

cífico y a las situaciones emergentes de la evaluación completa del estado de salud de la usuaria.

Este abordaje integral y sistemático permitirá valorar:

1. las necesidades y expectativas de la usuaria en relación a su motivo de consulta
2. las necesidades y expectativas de la usuaria en relación a otros temas en SSR
3. los riesgos percibidos por parte del equipo multidisciplinario

De esta manera el abordaje integral permite generar un diagnóstico de situación individual de la SSR de la consultante y la construcción de un plan de atención concensuado con ella de acuerdo a sus necesidades, expectativas y prioridades.

En conjunto con la usuaria y desde este abordaje integral se elabora el Plan de Atención que incluye:

- Jerarquización de prioridades asistenciales y oportunidades de atención
- Necesidades prioritarias: Resolución asistencial inmediata en el SSSR en la misma consulta
- Otras necesidades. Resolución mediata en el SSSR o derivación oportuna

El SSSR está preparado para brindar consejería y/o tratamiento específicos ante las necesidades detectadas como prioritarias en cada consulta o bien realizar una derivación eficaz si las necesidades de la usuaria requieren la intervención de otros servicios dentro del CHPR (referencia) o incluso en otro nivel de atención o institución (contrarreferencia)

iii. PRESTACIONES:

El equipo multidisciplinario está preparado para satisfacer las necesidades de atención ante las siguientes consultas:

- Asesoramiento en embarazo no deseado-no aceptado (aplicación del modelo de ISCAPCR)
- Consejería en anticoncepción y provisión de métodos anticonceptivos
- Información y preparación para técnicas de esterilización (ligadura tubaria laparoscópica o microinserto por histeroscopía)
- Detección sistemática y abordaje inicial de situaciones de violencia doméstica
- Atención y orientación en salud sexual

La atención que se brindan está normatizada de acuerdo a las disposiciones del MSP y las recomendaciones de organismos internacionales de referencia.

Específicamente la atención de las mujeres en situación de embarazo no deseado se realiza de acuerdo a la guía clínica de la normativa *"Medidas de protección materna frente al abor-*

to provocado en condiciones de riesgo" del año 2004, hoy contenida en la ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426)

Se aplican las guías de actuación frente a la interrupción institucional de la gestación en las situaciones previstas como eximentes por la ley 9.763 (28 de enero de 1938), según las *Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal* (2) elaboradas por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina

A sí mismo, en caso de mujeres que consideran la opción de continuar el embarazo para luego desvincularse del recién nacido/a, se acompaña la decisión, realizando la oportuna derivación a los servicios obstétricos y sociales del hospital. La complejidad del proceso de decisión que puede dar lugar a un caso de desvinculo-adopción, las múltiples instituciones y dimensiones involucradas directa e indirectamente, la sensibilidad del tema y la escasa formación que tenemos en general los profesionales de la salud para su abordaje, ha determinado que se genere desde Iniciativas Sanitarias un grupo multidisciplinario de especialistas en el tema, para la mejor comprensión de estas situaciones y la adquisición de herramientas concretas y útiles en la atención integral y oportuna de estas usuarias. Parte de su experiencia se incluye en el ANEXO 4

Para la atención en anticoncepción se elaboró la *Guía para el manejo de la anticoncepción,* que reúne las pautas nacionales del MSP y las recomendaciones de OMS e IPPF (3, 4, 5).

En lo referente a mujeres en situación de violencia se siguen las pautas nacionales contenidas en la Guía para el abordaje de situaciones de violencia doméstica en el primer nivel de atención del MSP (6). Se realiza la detección sistemática y el abordaje inicial e integral de las situaciones detectadas y la derivación a los centros de referencia

En lo referente a la salud sexual, el servicio cuenta con especialistas en sexología clínica, para brindar orientación y tratamiento específicos

iv. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

A través de las estructuras de coordinación con los otros niveles de atención e instituciones públicas y privadas, se ha trabajado en criterios y mecanismos de referencia y contarreferencia hacia y desde el SSSR a fin de mejorar el acceso de las usuarias con necesidades específicas en salud sexual y reproductiva y asegurar la continuidad asistencial en los servicios de cercanía en el contexto de las mismas

Una vez completado el proceso asistencial en el SSSR la usuaria es derivada al Centro de Salud de su localidad para que continúe allí su atención en cuanto a anticoncepción, control en salud, etc.

2.3. EL IMPACTO DEL PROYECTO SAAF EN LA CREACION Y EL DESARROLLO DEL SSSR

2.3.1. Infraestructura

Antes de contar con el apoyo del SAAF, el SSSR funcionaba en una planta física que, amén de insuficiente para las necesidades de atención y trabajo del equipo, coexistía con el servicio de atención de adolescentes del CHPR.

En este contexto usuarias adultas y usuarias adolescentes, usuarias en control de embarazo y usuarias cursando embarazos no deseados compartían la misma sala de espera.

Para el SSSR era visiblemente necesario contar con una infraestructura propia, a la vez que la coexistencia con el servicio de adolescentes (que funcionaba en dicha planta física desde hacía 15 años) contravenía las buenas prácticas que señalan la conveniencia de contar con espacios específicos para la atención de los/as adolescentes.

Con el apoyo del SAAF fue posible acondicionar un espacio desfuncionalizado del hospital, vincularlo al área de atención ambulatoria de usuarias adultas que consultan por otros motivos de su salud ginecológica (diferente del área en la que se realizan controles obstétricos) y contar con espacios de atención apropiados en cantidad y calidad, acordes a las necesidades y volumen de consultas, teniendo en cuenta los requerimientos de espacio, confort y privacidad que hacen a la calidad de atención y al bienestar del equipo de profesionales.

Actualmente el SSSR cuenta con:

- 3 salas de atención (consultorios), con los servicios necesarios para desarrollar las consulta ginecológicas, entrevistas sicológicas, etc
- 1 sala para la recepción de usuarias y procedimientos de enfermería
- Espacio de circulación para el equipo técnico
- Servicios higiénicos
- Sala de espera común con otras policlínicas ginecológicas de pacientes adultas
- Equipamiento médico básico, adecuado a las prestaciones que se brindan (parte fue facilitado por el Hospital de la Mujer y parte adquirido con los recursos del SAAF)
- Todas las instalaciones están en continuidad con las otras áreas del hospital con lo cual éste es un servicio más, dentro de la estructura hospitalaria
- La gestión de agenda y de los registros médicos están centralizados asegurando la continuidad asistencial de la usuaria y la confidencialidad
- Son comunes con el resto del hospital los servicios complementarios: ecografía, laboratorio, hemoterapia, etc

Pasillo de acceso al Área Ambulatoria

Sala de espera para usuarias del SSSR

Señalización de espacios de atención

Recepción y enfermería

Recepción y enfermería

Consultorio

Consultorio

2.3.2. Composición, capacitación y funcionamiento del equipo técnico

En el año 2007 se firmó un Compromiso de Gestión entre la Dirección del Hospital de la Mujer, la Facultad de Medicina y la AUPF, Asociación Miembro de IPPF para el fortalecimiento del SSSR

Los objetivos del compromiso fueron coincidentes con los aquellos expresados en el proyecto de creación del SSSR

Las instituciones involucradas se comprometieron a participar del Comité de Gestión y a:

1. Facultad de Medicina: Realizar la supervisión técnica y la elaboración y difusión de las guías de atención

2. Dirección CHPR: aportar la planta física, los métodos anticonceptivos, la logística necesaria para la gestión de consultas y registros médicos y parte de los recursos humanos (médicos ginecólogos/as y siquiatra, obstetras-parteras, sicólogo/a y asistente social))

3. AUPF: aportar parte de los recursos humanos (médicos ginecólogos/as. sicólogos/as y licenciada de enfermería)

En este contexto se realizó un concurso abierto de méritos, para seleccionar a los/as profesionales que, según el perfil ya mencionado y contratados/as por AUPF, integrarían el SSSR.

A tres meses de iniciada la contratación, AUPF declina el compromiso de gestión

Ante esta situación, el Comité de Gestión busca las alternativas que garanticen la asistencia oportuna y eficiente a las usuarias, con profesionales capacitados para ello

IS a través del SAAF, sostiene al equipo de profesionales contratados realizando asistencia, investigación clínica y docencia tal como estaba planificado

La Facultad de Medicina dispone profesionales pasantes y residentes para apoyar la tarea asistencial

Desde la Dirección del Hospital de la Mujer se disponen acciones para identificar dentro de su plantel técnico a los/as profesionales que tuvieran el perfil necesario para trabajar en este SSSR y quisieran hacerlo. Progresivamente estos profesionales transfieren parte de su carga horaria de trabajo en el hospital para desarrollar tareas asistenciales en el SSSR

Hoy (2010) el equipo técnico está integrado por: 5 médicos (4 ginecólogos/as y 1 médica siquiatra), 1 obstetra partera, 3 sicólogas, 1 sexóloga y 3 enfermeras

El 90% de estos recursos humanos son funcionarios del CHPR y por ende de ASSE

CAPACITACION

Para alcanzar los objetivos del SSSR, es necesario contar con los recursos humanos con las competencias adecuadas.

Más aún, siendo éste un servicio que persigue la excelencia en la calidad de la atención que brinda, y que visiona ser referente a nivel nacional en el área de la SSR, la capacitación no solo es un medio necesario para garantizar criterios comunes de atención, sino una estrategia integral de desarrollo institucional.

Este es uno de los aspectos que ha generado el mutuo fortalecimiento entre IS y el SSSR en su conjunto. El Área de Capacitación de IS ha aportado su experiencia de trabajo sistemático en el desarrollo del modelo, fortaleciendo al SSSR con herramientas metodológicas y conceptuales. A su vez, el SSSR le ha dado a IS un escenario para llevar a la práctica el modelo, evaluar su desarrollo y medir su impacto, generando evidencia científica calificada y útil para la incidencia en las políticas públicas en SSR

Específicamente para la capacitación del equipo, el SSSR cuenta con un referente de capacitación que lleva adelante el proceso de capacitación interna

Anualmente se elabora el Plan de Capacitación teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo y las necesidades emergentes desde el equipo técnico

Para ello:

Se definieron los perfiles de cada cargo con sus competencias correspondientes.

Con el objetivo de ver las necesidades existentes en capacitación se realiza anualmente un relevamiento y análisis de la formación actual de cada uno de los integrantes del servicio, comparando esta formación con las competencias requeridas.

Se definen al inicio del año en las reuniones de equipo los objetivos de desarrollo

En la elaboración del plan de capacitación se identifican las siguientes instancias formativas:

- cursos necesarios para cubrir la brecha de formación o competencias
- cursos que tienen la finalidad del desarrollo del personal de la unidad
- cursos de formación en calidad y mejora continua
- actividades de actualización permanente

El/la responsable de capacitación, elabora el plan, le da seguimiento y es quien se encarga de evaluar y brindar la capacitación requerida a quienes se integran al equipo. En acuerdo con la Dirección del CHPR, las horas dedicadas por cada funcionario/a a su capacitación, son horas de trabajo, lo que da cuenta de la importancia de la misma y de la legitimación por parte de las autoridades del hospital

El proceso de capacitación interna se evalúa en forma sistemática a través de herramientas especificas, en forma inmediata (pretest y postest) y mediata (herramienta de monitoreo de calidad y compromiso para el cambio)

Desde el área de capacitación además, se sistematiza y actualiza la información disponible generando guías que permiten optimizar la práctica del equipo

FUNCIONAMIENTO

Una vez conformado, el grupo de profesionales ha ido adquiriendo progresivamente un estilo de trabajo conjunto que se materializa en instancias regulares de planificación, capacitación permanente y reflexión sobre la práctica

Desde la coordinación del SSSR se ha jugado un rol facilitador de este proceso colectivo, aplicando la metodología de supervisión capacitante

Esta es una estrategia gerencial que posibilita: evaluar aptitudes, destrezas y habilidades adquiridas previamente, el reciclaje de personal capacitado, la capacitación de quien no ha recibido entrenamiento previo y la evaluación de la infraestructura y el equipamiento de los servicios (7)

En esta estrategia se diferencian 2 componentes:

- supervisión: evaluar resultados de las capacitaciones previas
- capacitación: crear y/o fortalecer habilidades técnicas en los profesionales

La supervisión capacitante supone un proceso continuo de empoderamiento que ayuda a los profesionales a mejorar la calidad de su trabajo y de su desempeño personal (8).

El objetivo principal de esta estrategia es mejorar y mantener la calidad de los servicios ofrecidos. Sus principios básicos son: la motivación, la participación, el enfoque de equipo y apoyo de pares, la evaluación de procesos, sistemas y resultados y el aprendizaje continuo

En concordancia con ello, la actitud del/la coordinador/a del SSSR se basa en establecer una comunicación de ida y vuelta con los/as integrantes del equipo, respetando y valorando las opiniones de todos/as y desarrollando niveles significativos de confianza a la interna del grupo

El resultado esperado es la capacitación en servicio

Entendemos que esta metodología de trabajo contribuye a alcanzar los objetivos del SSSR en términos de calidad de atención y sustentabilidad del cambio en la relación sanitaria. A su vez se genera un ámbito de trabajo propicio para que los profesionales del equipo técnico sean parte activa de este cambio. Hemos visto como, la reflexión sobre la tarea determina una actitud de autoevaluación que se integra a la práctica profesional cotidiana en todos los ámbitos del quehacer de cada técnico/a.

Destacamos a continuación algunas de las actividades de aplicación concreta de la metodología descripta antes

Reuniones de equipo

Se convocan mensualmente con los siguientes objetivos:

- Colectivizar en forma crítica las experiencias y vivencias de los profesionales en relación a la tarea asistencial
- Generar un espacio de reflexión colectiva y multidisciplinaria de los aspectos humanos y técnico-profesionales que hacen a la integración y funcionamiento del grupo
- Actualizar, colectivizar y discutir las normativas asistenciales y su aplicación
- Retroalimentar la tarea del equipo a través de la devolución de los datos asistenciales, monitoreo de calidad, etc.
- Preparar al equipo para las distintas instancias docentes y de investigación de las que forma parte el servicio: cursos, pasantías, proyectos de investigación, etc
- Prevención del desgaste laboral

Se vienen realizado reuniones mensuales de trabajo desde el año 2007, en las que han participado en promedio entre un 75 y 90 % de los técnicos que conforman el equipo.

En estas instancias se ha trabajado efectivamente sobre:

- Profundización del funcionamiento colectivo y multidisciplinario, logrando acuerdos y vínculos estables
- Análisis de las normativas asistenciales, las dificultades y los resultados de su aplicación
- Elaboración de distintos proyectos de investigación, cuya pertinencia se desprende del análisis cuantitativo y cualitativo de la casuística asistencial y sus resultados.
- Planificación y evaluación de las tareas del equipo durante los cursos y pasantías profesionales

Registros sistemáticos

Para poder evaluar los resultados de lo realizado, fomentar las buenas prácticas y mejorar aquellas que lo requieren, es fundamental registrar sistemáticamente la actividad asistencial

En el SSSR se realizan dos tipos de registros:

a. Registros médico legales: Historia clínica, formularios de denuncia epidemiológica al MSP, etc

b. Registros de casos: formularios diseñados para adquirir y analizar datos desde una perspectiva epidemiológica y estadística

En el 100 % de los casos se registra la consulta, por cualquier motivo, en la historia clínica de la usuaria, como forma de asegurar la continuidad asistencial.

Se realiza sistemáticamente también la denuncia epidemiológica ante el MSP prevista en la ley, aplicable a las usuarias que se han realizado maniobras abortivas.[8].

A su vez, se registran en forma sistemática los casos de mujeres asistidas en situación de embarazo no deseado-no aceptado en formularios especialmente diseñados en los que se consignan datos patronímicos, antecedentes socio-culturales, obstétricos y personales relevantes, datos del embarazo actual, incluyendo las circunstancias que llevan a la decisión de interrumpir el embarazo. Los datos se procesan a través de la unidad de investigadores UNICEM[9], quien devuelve periódicamente la casuística. El análisis de los datos es realizado por el equipo de técnicos del SSSR y el área de monitoreo y evaluación de IS. Se han instrumentado procedimientos que aseguren la confidencialidad de los datos en las distintas etapas de su recolección, procesamiento y análisis. Concomitantemente el equipo de sicólogas lleva adelante el registro de los aspectos sicológicos específicos de estas usuarias.

Los resultados a nivel sanitario que se expondrán en el capítulo 3, surgen de estos registros

Monitoreo de calidad

En el año 2007 se elaboró la Herramienta de Monitoreo de la Calidad del Asesoramiento como producto del trabajo conjunto de IPPF, Fundación Oriéntame e Iniciativas Sanitarias, a fin de monitorear la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños

8 Ley 9.763, ABORTO. (28/1/1938) Artículo 3°. "El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública…"

9 UNICEM: Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo. Es una institución independiente, sin fines de lucro, compuesta por profesionales provenientes de las ciencias biológicas, sociales y de la tecnología de la información, cuyo propósito es contribuir, a través de la investigación y la docencia, a mejorar la salud global de las poblaciones.

Son sus Objetivos específicos:
* Contribuir a establecer las prioridades en salud a través del diseño y conducción de estudios observacionales y vigilancia epidemiológica.
* Identificar las intervenciones en salud efectivas para prevenir o tratar los problemas prioritarios, a través de diseñar y conducir revisiones sistemáticas
* Investigar soluciones originales para los problemas prioritarios no resueltos, a través de ensayos clínicos rigurosos.
* Promover entre los proveedores de salud y los usuarios, el uso de cuidados en salud humanizados y basados en evidencias científicas.
* Entrenar proveedores de salud en métodos de investigación y práctica clínica basada en evidencias.

Los objetivos de este monitoreo son (9):

- Sistematizar la implementación del modelo
- Evaluar la calidad del asesoramiento en las unidades que adopten el modelo
- Identificar y dar la respuesta necesaria a las áreas que necesiten ser mejoradas utilizando la herramienta de monitoreo y el plan de acción
- Implementar una estrategia de supervisión capacitante

Esta herramienta propone valorar y mejorar la calidad de los servicios desde tres perspectivas diferentes: la de la usuaria, la del profesional, y la de un observador externo-institucional. Para capturar estos aspectos distintos hay tres instrumentos diferentes que están disponibles para evaluar la implementación del modelo: una herramienta de monitoreo (evaluación de aspectos institucionales y observación de la interacción usuaria-profesional), una auto-evaluación por parte de los/las profesionales del equipo de salud y una encuesta para usuarias

En el SSSR se aplican anualmente los componentes de observación institucional y de la interacción usuaria-profesional y la encuesta de evaluación de la satisfacción de las usuarias. La instancias de autoevaluación se instrumentan con la estrategia de discusión de casos en las reuniones de equipo y ateneos clínicos

Los resultados de cada componente del monitoreo de calidad se colectivizan y analizan en el equipo técnico generando un plan de acción para la mejora continua de la calidad de la atención

Los resultados del monitoreo de calidad serán expuestos en el capítulo 3

Investigación clínica aplicada

Como parte de la metodología de supervisión capacitante se estimula y apoya técnicamente la capacidad de los profesionales para reflexionar sobre la práctica diaria y elaborar estrategias que optimicen la calidad de los servicios

Esta actitud de reflexión sistemática genera preguntas y ellas a su vez, la necesidad de profundizar la evidencia disponible para responderlas

Son los propios profesionales del equipo quienes definen la pertinencia de desarrollar los ejes de investigación clínica, quienes diseñan las investigaciones, las desarrollan, analizan los resultados y luego discuten su aplicación sobre la práctica asistencial

Como se verá más adelante, esta línea de trabajo ha arrojado importantes insumos al fortalecimiento del SSSR, de IS y del modelo en su conjunto

Prevención del desgaste laboral (burn out)

Una atención de alta calidad técnica y humana, es componente esencial del servicio de asesoramiento a las mujeres que transitan por un embarazo no deseado-no aceptado.

Los profesionales que brindan consejería a las mujeres en situación de aborto padecen un alto grado de estrés, tensión y desgaste emocional que incide directamente en la calidad de la atención dispensada.

Con el objetivo de prevenir este desgaste y fortalecer los factores de protección ante el mismo, se ha trabajado en conjunto con el Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina (Universidad de la República) y la Unidad de Salud Ocupacional del CHPR a fin de analizar las características del equipo técnico, la organización del trabajo y las dimensiones institucionales que puedan estar influyendo en el desgate emocional.

Equipo multidisciplinario. SSSR

2.3.3. Estudio de accesibilidad: de la teoría a la realidad… ¿qué factores inciden en el acceso de las usuarias al SSSR?

En un tema tan complejo como el embarazo no deseado-no aceptado, muchas son las variables que a priori podríamos señalar como factores que inciden en el acceso real de las mujeres a un servicio de asesoramiento profesional como el que describimos

Para conocer estos aspectos se diseñó y desarrolló el siguiente monitoreo por parte del Instituto de Altos Estudios[10]

MONITOREO SOCIO ANTROPOLOGICO: Identificación de facilitadores y obstáculos para el acceso al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell

10 IAE. Instituto de Altos Estudios. La Fundación "Instituto de Altos Estudios" Política, Educación y Sociedad tiene por finalidad desarrollar proyectos en el campo de la educación, formación y capacitación así como investigar sobre temáticas comprendidas principalmente en los campos disciplinares de las ciencias sociales, la salud y de la educación. Asimismo apunta a la generación de ámbitos educativos que promuevan el intercambio y el debate en torno a los diversos enfoques teóricos-conceptuales y metodológicos comprendidos en el diseño e implementación de las políticas públicas y sociales. Busca además contribuir en la formación, actualización y capacitación continua de los distintos actores sociales involucrados en el desarrollo de diversas actividades profesionales

Objetivo:

Identificar eventuales facilitadores y obstáculos en el acceso al SSSR, tanto en lo relativo a la cultura institucional, los equipos y el personal, los recursos institucionales y las prácticas.

Metodología:

A. El componente cuantitativo consistió en la aplicación de:

1. Encuestas autoadministradas al personal médico/técnico y administrativos/servicios de una serie de servicios relevantes como parte de la ruta critica de acceso al SSSR.

2. Encuestas aplicadas a usuarias en la sala de espera del SSSR.

B. El componente cualitativo consistió en el desarrollo de una serie de entrevistas individuales y de observaciones en los diferentes servicios del CHPR relevantes para la ruta critica de acceso al SSSR. Estas entrevistas y observaciones fueron realizadas con los mismos colectivos a los que se les aplicó la encuesta: medico/técnicos, administrativos/servicios y usuarias.

Participaron del estudio un total de 58 funcionarios médico/técnicos, 33 funcionarios administrativos/servicios (Total de funcionarios en la ruta critica de acceso al servicio: 250. Total participantes en el presente estudio: 91) y 113 usuarias

Para las tres poblaciones estudiadas se analizaron los siguientes ejes:

1. Datos generales

2. Concepciones y prácticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos

3. Concepciones y prácticas en relación al aborto voluntario

4. Acceso al SSSR

5. Relación sanitaria

A continuación se presentan los aspectos detectados que se vinculan directamente con la accesibilidad al SSSR

El lector interesado podrá obtener una descripción más detallada de los resultados de este estudio en el ANEXO 1.

TABLA 2.1. Barreras y facilitadores del acceso al SSSR. Usuarias

USUARIAS	Aspectos que operan como barreras al acceso al SSSR	Aspectos que operan como facilitadores del acceso al SSSR
Características de las/os usuarios/as	Bajo nivel de instrucción Desconocimiento del SSSR, de los contenidos de la ordenanza 369/04 y de los DDSSRR en general Dificultades para concurrir a las consultas por factores económicos, familiares y estructurales Justificabilidad del aborto voluntario vinculada solo a las situaciones legalmente previstas Baja justificabilidad del aborto voluntario cuando la interrupción obedece a que la mujer no desea ser madre en ese momento de su vida Temor a la denuncia	El 58 % de las encuestadas opina que el aborto debería despenalizarse en todos los casos por debajo de las 12 semanas El 94 % de las encuestadas opina que una mujer que desea interrumpir un embarazo tiene el derecho de recibir asesoramiento médico y legal en el hospital
Relación usuarias-profesionales/equipos de salud	Naturalización de la medicalización de las decisiones	Confianza en equipo médico-técnico La mitad de las usuarias refiere haberse enterado de la existencia del SSSR a través de personal de salud
Relación usuarias-sistema de salud	Características de la cultura de uso de servicio sanitarios Dificultades en el acceso al misoprostol	

TABLA 2.2. Barreras y facilitadores del acceso al SSSR. Profesionales y equipos

PROFESIONALES Y EQUIPOS	Aspectos que operan como barreras al acceso al SSSR	Aspectos que operan como facilitadores del acceso al SSSR
Características de las/os profesionales y equipos	Desconocimiento de las características del SSSR, su funcionamiento y objetivos Conocimiento dispar e inconsistente sobre la ordenanza 369/04	Esfuerzos para mantener la confidencialidad El 60% de los encuestados opina que el aborto debería despenalizarse en todos los casos por debajo de las 12 semanas El 88% de los encuestados opina que una mujer que desea interrumpir un embarazo tiene el derecho de recibir asesoramiento médico y legal en el hospital

Relación profesionales/equipos-usuarias	Paternalismo y expectativa de obediencia por parte de los profesionales en relación a las usuarias Carga valorativa negativa sobre las usuarias Medicalización de las decisiones en SSR Dificultades para respetar la autonomía de las usuarias Marcada heterogeneidad en las percepciones y significados asignados a las características del trato con las usuarias	Apoyo implícito a la interrupción segura y -sin persecuciones- del embarazo
Relación profesionales- sistema de salud	Dificultades para mantener la confidencialidad Actitud de los funcionarios de « mantenerse al margen » Asociación entre la ilegalidad del aborto y la clandestinidad del SSSR Solo el 41% de los técnicos médicos consideran que existen estrategias institucionales de promoción de los DDSSRR en el hospital	

TABLA 2.3. Barreras y facilitadores del acceso al SSSR. Sistema-Institución

SISTEMA -INSTITUCION	**Aspectos que operan como barreras al acceso al SSSR**	**Aspectos que operan como facilitadores del acceso al SSSR**
Características de la institución CHPR	Dificultades en la comunicación intrainstitucional Señalización deficiente para el acceso al SSSR Información insuficiente y confusa sobre su funcionamiento Aspectos edilicios : falta de privacidad en la gestión de la consulta Gestión presencial de la consulta como único medio para ello Mensajes que refuerzan la idealización de la maternidad	

Relación CHPR-usuarias	Cultura de oferta de servicio, razgos de ineficiencia : impuntualidad consuetudinaria, no se perciben como relevantes y urgentes las necesidades de atención en SSR	
Relación profesionales/equipos-sistema salud CHPR	Falta información Manejo de la información Tergiversación de la información Temor a la denuncia Temor a la libre expresión de lo que se opina en relación al aborto Practica defensiva de la medicina	Percepción de que el uso de misoprostol ha disminuido la ocurrencia de eventos dramáticos como la muerte materna y el infanticidio Los profesionales derivan al SSSR aunque no conocen bien como funciona

Los resultados de este estudio se analizaron en conjunto con el grupo de investigadores de IAE, el equipo del SSSR, el equipo de IS y la Dirección del Hospital de la Mujer

De este análisis surgen múltiples áreas de interés.

La mayoría de los aspectos emergentes de este monitoreo, que son pasibles de cambio requieren modificaciones de la cultura institucional lo que hace necesario trabajar en distintos niveles a corto, mediano y largo plazo, con estrategias diversas, complementarias y articuladas.

Se consideran como aspectos prioritarios

1. La difusión del SSSR: mejorar el acceso a la información tanto de funcionarios como de usuarias.

2. Difundir información sobre la existencia y contenidos de la ordenanza 369/04 y la ley 18.426, de Defensa del Derechos a la SSR

3. Trabajar para el cambio en la relación sanitaria y mejorar el manejo de la confidencialidad: dada la complejidad de los procesos de cambio han de requerirse actividades sistemáticas, periódicas y secuenciales que sensibilicen a los funcionarios y profesionales del CHPR, para que ellos operen estos cambios en forma sostenible.

4. Profundizar la investigación: se relevaron aspectos que requieren un abordaje especifico como ser: violencia institucional, calidad de servicios

En concordancia con estas prioridades, se han realizado actividades de difusión, sensibilización y capacitación que serán descriptas más adelante

2.3.4. Difusión del SSSR

La difusión es, como se desprende de lo anterior, una de las herramientas para que las mujeres accedan al SSSR y para que los profesionales lo conozcan y legitimen

Para IS, la difusión es además una herramienta de incidencia política

Haciendo coincidir estas acciones, estratégicamente la difusión del SSSR ha sido gestionada desde el Área de Difusión y Política de IS de manera de optimizar los instrumentos de divulgación de información e incidir favorablemente en la promoción y defensa de los DDSSRR en su conjunto

Esta gestión determinó el empleo de múltiples formas de difundir, adaptadas a los distintos públicos objetivos y aprovechando todas las instancias a las que se tiene acceso

Listamos a continuación algunos de los recursos utilizados:

- Materiales gráficos dirigidos a usuarias: dípticos informando acerca del asesoramiento ante embarazo no deseado y la referencia para consultar en el servicio. Información acerca de la ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Información sobre el marco de la atención: Derechos Sexuales y Reproductivos y Confidencialidad
- Inclusión del SSSR en guías de recursos on line: Guía de Tramites del Estado, Guía de recursos en SSR del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y páginas web del CHPR y de IS
- Difusión en medios masivos: spot publicitario para radio y televisión elaborado en conjunto con gobierno departamental de Canelones (Comuna Canaria)
- Jornadas de Cine Debate con adolescentes liceales y jóvenes de IS
- Capacitación en el modelo para organización de mujeres y apoyo entre pares
- Campaña pública sobre ética y confidencialidad desarrollada por estudiantes de pregrado de distintas profesiones sanitarias
- Congreso Nacional de Ginecología - Stand Iniciativas Sanitarias. Materiales de Difusión Institucional. Presentación de resultados en mesa redonda
- Presentación del modelo y sus resultados en congresos locales de las distintas disciplinas de la salud: enfermería, sicología, medicina familiar y comunitaria, pediatría, sexología
- Jornada Nacional de Iniciativas Sanitarias. Actualización con equipos de los centros del interior del país.
- Reunión de presentación de resultados ante autoridades del Ministerio de Salud Pública, Direcciones Departamentales, Equipos de salud de los centros del interior, Dirección del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Movimientos de Usuarios/as.
- Envío de dossie informativo, invitación y visita de candidatos presidenciables de los distintos partidos políticos al SERVICIO.
- Elaboración de boletín informativo semestral, distribuido a equipos de salud sociedades científicas, instituciones del ámbito público y privado
- Panel Foro: Ley de Salud Sexual y Reproductiva, la visión política, sanitaria y jurídica. Legisladores, juristas y equipo de salud
- Capacitación en SSR para comunicadores
- Capacitación en el modelo para docentes de nivel secundario
- Conferencia de prensa para difusión de resultados

Folletería de difusión de la ley 18.426

Afiche Panel Foro sobre los nuevos retos de la ley Defensa del Derechos a la SSR

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

EVALUACIÓN DEL PROYECTO "SALVAR MADRES Y RECIÉN NACIDOS"

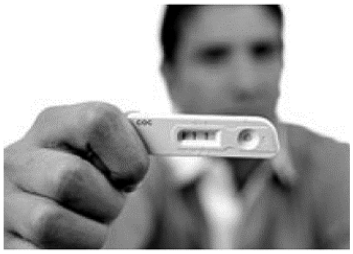
Embarazo no deseado: privados no brindan servicio de asesoría

El 25% de mujeres que consultan por ese tema no es usuaria frecuente de ASSE

POR PATRICIA MADRID
DE LA REDACCIÓN DE EL OBSERVADOR

A dos años de implementado el proyecto "Salvar madres y recién nacidos" por parte de la organización Iniciativas Sanitarias en ocho centros asistenciales del sector público de Montevideo, Canelones y San José, se comprobó que de las 2.080 mujeres que solicitaron asesoramiento frente a un "embarazo no deseado-no aceptado" el 25% era usuaria del sector privado de salud.

Esta cifra –divulgada la semana pasada en el marco del XV Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia– da cuenta que "el sistema privado no está dando las respuestas que las mujeres están necesitando", señaló la ginecóloga y encargada del monitoreo y evaluación del proyecto, Verónica Fiol.



EMBARAZO. Diferentes interpretaciones de la ley de Salud Sexual y Reproductiva

Si bien la ley de Salud Sexual y Reproductiva aprobada en noviembre de 2008 por el Parlamento establece que todos los centros asistenciales del país –tanto públicos como privados– deben brindar atención integral en los casos de "embarazos no deseado-no aceptado", lo cierto es que ningún centro privado brinda este servicio.

Desde Iniciativas Sanitarias se solicitará el próximo mes al Ministerio de Salud Pública (MSP) que incluya este tipo de asistencia como una "meta prestacional" económica para las mutualistas, como forma de incentivo.

Así lo señaló a *El Observador* el director de Iniciativas Sanitarias, Leonel Briozzo, quien informó que en Salud Pública este programa –además de estar vigente en el Hospital Pereira Rossell– se expandirá en los próximos meses a Rivera, Cerro Largo, Salto, Colonia y Ciudad del Plata.

RELEVAMIENTO. El monitoreo y evaluación sobre el proyecto "Salvar madres y recién nacidos" mostró que de las 14 muertes maternas ocurridas entre enero de 2007 y diciembre de 2008 en Uruguay solo dos fueron provocadas por aborto en condiciones de riesgo.

Las dos ocurrieron fuera de la "zona de influencia" del proyecto, territorio en el cual vive el 62% de la población femenina del país.

De las 2.080 mujeres atendidas el 93% se asistió en el Hospital Pereira Rossell y el 7% en el resto de los centros incluidos en el proyecto *(ver recuadro)*.

Tras la consulta de asesoramiento, el 53% de las mujeres resolvió interrumpir su embarazo, el 22% continuar con el mismo y el 10% no estaba embarazada o cursó un aborto espontáneo.

Del total de mujeres que decidieron consultar tras practicarse un aborto, el 92% adoptó un método anticonceptivo, lo cual se entiende como "fundamental" –según señaló Fiol– si lo que se pretende es disminuir el número de embarazos no deseados.

CLAVES

En el marco de las metas del milenio propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lanzó un llamado internacional para la presentación de proyectos bajo la consigna "Salvar madres y recién nacidos".

Uno de los proyectos seleccionados fue el del grupo Iniciativas Sanitarias, presentado por la Sociedad Uruguaya de Ginecotología, que se desarrollará hasta julio de 2010. Para su implementación se asignó un presupuesto de US$ 297.496; el 87% se ejecutó.

Repercusiones Conferencia de Prensa. Nota en EL OBSERVADOR, 4-6-2009

2.3.5. Investigación clínica aplicada

Para quien mira interesada y comprometidamente, la práctica diaria en salud genera interrogantes.

Para responderlas, se diseñan y realizan estudios de investigación que arrojan algunas certezas pero sobre todo nuevas preguntas, necesidades y desafíos

Ese circuito creativo nos ha permitido elaborar insumos para mejorar la calidad de la atención en el SSSR, fortalecer el equipo a través de la retroalimentación que deviene de conocer los resultados de la tarea y articular mejores argumentos para defender el Modelo de Iniciativas Sanitarias

El proyecto SAAF ha sido a estos fines, muy auspicioso, permitiendo el despliegue de trabajos de investigación diseñados, planificados y realizados por los propios profesionales involucrados en la asistencia, generando una síntesis entre la práctica, la reflexión y la acción

El lector interesado encontrará en los anexos 2 y 3 dos ejemplos del desarrollo de ese componente del proyecto

2.4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE INICIATIVAS SANITARIAS

La idea de crear una organización de profesionales de la salud para defender y promover los DDSSRR fue producto de nuestra práctica clínica asistencial.

Desde su origen como organización, IS se ha caracterizado por la búsqueda constante de nuevas formas organizacionales, más efectivas y eficaces que le permitan cumplir su visión y misión institucional

A nivel político el desafío ha sido articular el desarrollo de una organización de profesionales, que opere como un actor contrahegemónico y que sea "empresarialmente" sustentable

En la dimensión del trabajo diario, el reto es intentar que coincidan la participación efectiva, la capacidad operativa y la satisfacción de cada persona con su tarea. Este propósito requiere de un proceso de aprendizaje, planificación conjunta, colectivización de las decisiones, y evaluación de los resultados en el tiempo

Por último, y en referencia a las personas concretas que viven este proceso, articular el liderazgo de unos/as con el trabajo colectivo de todos/as, para evolucionar hacia la formación de equipos con autonomía y especificidad crecientes, sin perder de vista la integralidad de todos los temas en SSR, termina de complejizar la organización del trabajo que pretende desarrollar IS

Hemos pasado por distintas etapas en este sentido

En el año 2007, contando con una estructura organizacional basada en Dirección General, Dirección Ejecutiva y Junta Coordinadora, cerrando un proceso de evaluación interna, hacíamos el siguiente análisis FODA

CUADRO 2.2. Análisis FODA. Iniciativas Sanitarias 2007

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Solidaridad Interdiciplina Ideas, creatividad y originalidad Compromiso Sistematización Experiencia Objetivos institucionales claros Pertenencia institucional. Gente convencida de su misión y gente con valores	Políticas sanitarias nacionales Temas emergentes Liderazgo a nivel profesional – contrahegemonía Desarrollo de políticas sanitarias y profesionales alternativas	Escasos RRHH calificados Baja dedicación de tiempo Riesgo de desgaste (Bourn out) (asistencial e institucional)	Intoxicación del mensaje Sectorización Compartimentación por proyectos Aislamiento Cambios a nivel político

Análisis desde el punto de vista organizativo:

Existe la necesidad institucional de involucrarse integralmente en los temas de SSR a nivel político-programático y académico

Se visualizan como áreas de acción las vinculadas a:

1. Los componentes de la relación sanitaria

    a. Usuarias y comunidad
    b. Profesionales e instituciones que los nuclean
    c. Sistema de salud

2. El sistema político

Necesitamos optimizar los esfuerzos evitando la superposición de tareas y la falta de referentes colectivo-individuales para cada tema

Reconocer lo multi temático de las actividades de todas/os los integrantes de IS (todos tenemos diferentes áreas de interés y experticia dentro de los fines institucionales).

El trabajo entre equipos y áreas ha posibilitado los mejores productos en nuestra institución.

Hacer más efectivo el presupuesto interno ante las acciones a desarrollar y las obligaciones sociales e institucionales que ordenan la organización

Con estas premisas se definieron los siguientes cambios estructurales:

- Centralizar la gestión administrativa y gerencial en un núcleo de gestión central que unifique los procedimientos administrativos y desarrolle con los responsables de cada proyecto el despliegue de los mismos.

- Descentralizar la función política en áreas, desde el fortalecimiento de la Junta Coordinadora, dándole un rol más político general

- Desarrollar coordinadamente y promover los proyectos concretos desde donde la institución se sustenta.

Con tales desafíos institucionales, el proyecto SAAF, fortaleció la consolidación del desarrollo organizacional de IS

Durante el despliegue de este proyecto ha tenido lugar un tiempo especialmente productivo de la vida institucional de IS, favorecido por la oportunidad de pensar, planificar y proyectarse

2.4.1. Infraestructura edilicia y administrativa

La organización multidisciplinaria IS, fortalecida desde sus principios, debería contar con un espacio físico donde nuclear los estamentos propios para el despliegue institucional, y fortalecer los espacios de campo clínico hospitalario para brindarle a la mujer en consulta un servicio con espacios amigables y adecuados en términos de privacidad y calidad.

El Local:

Dentro de la infraestructura del Hospital de la Mujer y de acuerdo con la dirección del mismo, se identificó un espacio en desuso y muy deteriorado, que cumplía con los requerimientos pensados para unir el campo clínico (asistencia) con la capacitación e investigación sobre el modelo de IS.

Con el apoyo del SAAF, se logra acondicionar arquitectónicamente lo proyectado.

Así el MSP, a través del hospital de la Mujer aportaba con el espacio, y recursos humanos calificados, para la implementación de un servicio integral e IS a través del SAAF, formaliza una infraestructura de tres consultorios completos, una enfermería amplia donde recibir a las usuarias y realizar la recepción, así como dar soporte de archivo a investigación y materiales en general, un salón de reuniones-multiuso, para la institución, para necesidades hospitalarias, y donde poder capacitar a grupos externos de IS.

Al hacer realidad esta necesidad estructural, se da cabida a actividades permanentes de reuniones, cursos, pasantías y tutorías.

Reunión con Consultora OPTION-FIGO. Salón multiuso

Iniciativas Sanitarias. Administración

Iniciativas Sanitarias. Secretaría

Iniciativas Sanitarias. Cocina

Placa que señala la colaboración del SAAF en la restauración del local

Área Administrativa:

En toda organización independientemente de sus características, es fundamental contar con un área administrativa, desde donde nuclear los aspectos programáticos, corporativos y monitorear los procesos de evolución de cada componente, así como los proyectos derivados de cada área, y el cumplimiento de objetivos y plazos, con las agencias que depositan su confianza en la visión de la organización.

El Área Administrativa, está integrada por: la Directora Administrativa, la Secretaría General, la Asesoría Contable y la Asesoría Jurídica. Fortalecida por estatutos institucionales claros y concretos, y una Junta Directiva que monitorea semestralmente la evolución de los estados contables, auditados además en forma externa por Contador Público, desarrolla su gestión con dedicación a tiempo completo desde la Dirección, y colabora con cada Área para la presupuestación de proyectos y actividades, así como cubrir las gestiones derivadas de los compromisos asumidos.

El rol institucional, ha sido cumplir con el desarrollo de la Misión de IS, dando soporte a cada representante y su gestión, desde lo presupuestal y jurídico.

Personería Jurídica y organigrama:

La institución se formalizó ante los organismos correspondientes y cuenta con Personería Jurídica desde el año 2007, presentada y aceptada ante y por el Ministerio de Educación y Cultura.

En la misma se establece un grupo sustancial de socios/as activas, honorarios, y adherentes con elecciones cada dos años para el cambio de autoridades de la Junta Directiva.

A continuación la descripción del objeto social de Iniciativas Sanitarias, tal como consta en sus estatutos

ARTICULO 2°. Objeto Social

"Esta Institución tendrá los siguientes fines:

a) Representar a los profesionales que conforman los equipos de salud fundamentalmente vinculados con la salud EN GENERAL y a la sexual y reproductiva EN PARTICULAR.

b) DESARROLLAR TAREAS FUNDAMENTALMENTE VINCULADAS CON LA SALUD DE MUJERES Y HOMBRES DE TODAS LAS EDADES y especialmente con la atención a la salud integral de la mujer.

c) Generar un marco institucional independiente e innovador para el desarrollo de actividades de tipo científico (gestión de proyectos de investigación, entre otras), procurando niveles de excelencia.

d) Difundir la cultura, en los profesionales y comunidades, para fortalecer el acceso al conocimiento en materia de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva, que permita desarrollar su juicio crítico, interpretando las experiencias de vida y generando comportamientos responsables y libres para mejorar la calidad de vida de la población.

e) Difundir entre los profesionales de la salud la importancia del manejo correcto de la información y calificación en salud, en general y en SSR en particular.

f) Colaborar en la promoción de la salud, la atención integral a las usuarias y en la humanización de la asistencia sanitaria a todos los niveles.

g) MEJORAR la dimensión ética de la asistencia sanitaria, ayudando a los profesionales a descubrir los valores y el significado que encierra, tratando de aunar la competencia técnica, la honradez de los comportamientos y la cercanía y entrega a la persona usuaria.

h) Promover el desarrollo de una relación sanitaria más humanista, exigente de una correcta fundamentación ética y epistemológica.

i) Fomentar y contribuir a la planificación y fortalecimiento de las políticas científico-tecnológicas para el desarrollo de las poblaciones, EN LA DIRECCION DE TOMAR LA INCORPORACION DE LOS AVANCES CIENTIFICO TENCLOGICOS COMO UN DERECHO HUMANO.

j) Promover condiciones de equidad en el acceso a la información, tendiendo hacia la generación y propagación equitativa del potencial científico y tecnológico; para que todos los sectores de la población puedan participar de los beneficios de la ciencia y de la tecnología y no solamente de sus efectos negativos.

k) Desarrollar actividades educativas y de divulgación sobre temáticas científicas en general y en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, en particular.

l) Contribuir a la formación continuada de los Profesionales Sanitarios, para orientarles en el análisis y las posibles soluciones de los problemas y conflictos existentes en el ámbito sanitario.

m) Promover actividades de capacitación, formación y discusión, proporcionando apoyo técnico-científico a las comunidades locales, organizaciones civiles, etc., participando responsablemente en el ámbito social, con independencia de criterios y mentalidad constructiva.

n) Generar espacios para el desarrollo de cursos, jornadas y eventos científicos en el área de la salud sexual y reproductiva.

o) Promover el intercambio, apoyo y asociación con otros grupos de idéntica, semejante o distinta naturaleza, para impulsar cualquiera de los fines precedentes, manteniendo contacto de intercambio con sociedades afines de América latina y el mundo, a través de consultorías y/o capacitación en la temática.

p) Formar nexos multidisciplinarios.

q) Promover la creación y dar asistencia a otros grupos de usuarios con los mismos fines de esta Asociación, en la defensa de sus derechos en salud sexual y reproductiva.

r) Brindar asistencia y soporte a la comunidad cuando sea necesario en servicios de salud sexual y reproductiva, YA EXISTENTES O A CREAR.

s) Abogar por la salvaguardia de la integridad y confidencialidad de las historias clínicas, registros médicos, asegurando la confidencialidad a las usuarias en su consulta en Servicios de Salud Sexual y Reproductiva .

t) Contribuir a la defensa de los derechos de las personas, en la salud o la enfermedad, sin discriminación alguna por cualquier circunstancia.

u) Fomentar el desarrollo de políticas públicas que atiendan las necesidades de las usuarias en SSR.

v) Ayudar a los agentes sanitarios en su desarrollo humano y en su formación en Bioética.

w) Difundir iniciativas hacia el fortalecimiento del logro conjunto entre profesionales y comunidades, de alcanzar las Metas del Milenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Articulo 3°

1. *Para el cumplimiento de estos fines se realizarán actividades en el ámbito de la investigación, la educación y formación de profesionales y usuarios, así como en el análisis y la divulgación de todos aquellos aspectos que interesen al sistema público de salud: el derecho a la salud y la equidad; la calidad y la eficiencia; la organización y gestión de los recursos sanitarios; la participación social; las políticas de igualdad de genero en salud; la cooperación internacional relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva*
2. *Intervenir como profesionales sanitarios en la línea de trabajo de la problemática de las mujeres, favoreciendo aquellas actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de desarrollo de la capacidad autónoma de las mujeres para asumir sus problemas de salud, cooperando en la defensa y promoción de la autonomía de gestión de su calidad de vida y de su familia, como eje central de la sociedad."*

El Organigrama, de acuerdo a estos mismos estatutos está conformado por:

- Junta Directiva: 5 miembros honorarios, quienes lideran los procesos políticos- institucionales, y nombran al resto de los integrantes orgánicos de la institución
- Director/a General
- Director/a Administrativa
- Junta Coordinadora formada por Dirección General y Administrativa más los/as Coordinadores/as de Áreas

Esta Junta Coordinadora tiene a su cargo la planificación, preparación, y seguimiento de proyectos de investigación e implementación de servicios, cursos nacionales e internacionales, y colaboración entre las áreas de acuerdo a los procesos de cada proyecto institucional.

Por otro lado cumple con las actividades comprometidas con acuerdos interinstitucionales (MSP, IPPF/RHO, OMS, MDM, IPAS)

Calificación y gestión institucional:

La Calificación en gestión administrativa, se logra por la experticia práctica, pero a su vez, como en cada área, las responsables realizan Cursos, Masters, Post grados, para asegurar ante la institución misma, y las agencias contratantes, contar con personal altamente calificado en cada área.

Se busca de acuerdo a la naturaleza de esta organización que las profesionales que la lideran, se formen en aspectos de Género, Violencia, Diversidad y calidad de Gestión institucional. Tornando así el rol de las competencias, uno de los objetivos que busca IS, para la contratación de sus expertos/as.

Todos los procesos de gestión y contratación, se diseñan, desarrollan, monitorean y evalúan de manera horizontal, participativa y basada en la calidad, con un alto compromiso por parte de cada integrante, para con la organización y con la gestión de cada área.

Se ha logrado multiplicar el número de expertos/as en el Modelo de IS, con profesionales: Médicos de Familia, Ginecólogas /os, Obstetras Parteras, Psicólogas, Trabajadoras Sociales, Licenciadas en Enfermería, configurando un equipo docente para la expansión del modelo a escala nacional e internacional de privilegio, de personas jóvenes y muy comprometidos.

2.4.2. Áreas de acción

Las áreas de acción son los espacios dentro de IS en los que se produce el desarrollo teórico, conceptual y práctico de actividades o temas específicos, de acuerdo con los lineamientos políticos definidos desde la Dirección General de la institución.

Cada área tiene un referente y un equipo interdisciplinario

El referente o director/a de cada área tiene como funciones.

- Definición de planes de trabajo en cada una de las áreas
- Evaluación de los requerimientos humanos y materiales para llevarlos adelante
- Desarrollo del área específica.
- Formar parte de la Junta Coordinadora

Dentro del área, los/as integrantes del equipo desarrollan tareas según sus perfiles y expectativas

En su especificidad, cada una de las áreas despliegan los componentes que les son afines en cada proyecto concreto, así como las nuevas propuestas a presentar frente a instituciones, agencias y donantes en general

De esta manera, las áreas son la forma que IS ha elegido para profundizar en el desarrollo de experticia y capacidad de gestión más allá de los proyectos, intentando evitar la fragmentación del trabajo por financiaciones

En tal sentido, el trabajo por áreas ha permitido, generar referentes en los distintos temas, optimizar los recursos humanos y económicos y desarrollar contenidos o proyectos que no están financiados específicamente pero que son vitales para la institución

AREA USUARIAS Y COMUNIDAD

Responsable: OP. Ana Labandera

Desde el punto de vista institucional IS visualiza el componente usuarias/comunidades, como una parte fundamental del modelo, a desarrollar con dos objetivos:

- incrementar el acceso de las mujeres y comunidades a los servicios de salud
- mejorar la calidad del vínculo equipo de salud – usuarias-comunidad.

En este sentido es que IS, prepara e involucra a otros profesionales del área social -en alianza interinstitucional con expertos en estrategias de disminución del riesgo y daño en comportamientos sociales de riesgo-, y conforma un sólido grupo de trabajo con varias miradas complementarias, describiendo así un modelo donde los profesionales de la salud comprometidos con la SSR se acercan a las comunidades para facilitar los siguientes procesos:

- la acción comunitaria directa desde los equipos de salud y los diferentes agentes comunitarios
- el ejercicio de los DDSSR en lo que refiere a la SSR de mujeres, hombres y sus comunidades de referencia para los centros de salud seleccionados
- la disminución de la sanción social sobre el aborto y otros temas vinculados a la SSR por parte de los medios de comunicación y la comunidad en su conjunto

Objetivos específicos del área:

1. Empoderamiento de mujeres y comunidades
2. Profesionalizar los equipos de salud para su trabajo con la comunidad
3. Crear nodos desde la comunidad en relación al sistema de atención en salud

Actividades

Elaboración de diagnóstico socio demográfico comunitario para:

a. Adecuar la estrategia de intervención en cada localidad
b. Aportar a la construcción, incremento de conocimiento y desarrollar habilidades, acerca de las prácticas y la percepción de riesgo asociadas a la SSRR para las comunidades de usuarios/as de referencia para los centros de salud
c. El fortalecimiento de la articulación territorial entre instituciones y activos comunitarios, con el fin de optimizar el potencial educativo, orientador y asistencial de los mismos como recursos de accesibilidad cotidiana para la población, en la temática de SSRR y como "puentes" hacia los recursos sanitarios

Trabajo con los medios de comunicación y comunidades para ampliar los conocimientos de las mujeres en DDSSRR, particularmente en el contenido de la Ley 18.426

Desarrollo de sensibilización y capacitación de los/as profesionales de los centros de salud donde se implementa el modelo de prevención de riesgos en SSR de IS

Proyecto Resonancia Comunitaria. Jornadas a cielo abierto.
Ciudad de Florida

AREA CAPACITACIÓN

Responsable: Dra. Verónica Fiol

Objetivos:

Elaboración de planes de capacitación, determinando los contenidos y metodologías de acuerdo a la misión, visión y valores de IS, para contribuir así a la promoción de los derechos humanos en el contexto de la relación sanitaria mediante acciones formativas que faciliten el reposicionamiento de los y las profesionales de la salud.

Actividades:

Colaboración en la definición de objetivos, metodologías de enseñanza y formas de evaluación del impacto de las actividades de capacitación.

Búsqueda de nuevas metodologías que en mejor medida faciliten el logro de aprendizajes en los participantes de los cursos de capacitación.

Establecer indicadores de impacto a corto y mediano plazo, y de satisfacción de los cursos y talleres.

Planificación de actividades de capacitación.

Coordinación de cursos y talleres

Coordinación del equipo de capacitadores

Talleres de sensibilización en el CHPR

AREA IMPLEMENTACION DE SERVICIOS

Responsable: Dra. Mónica Gorgoroso

Objetivos:

Desarrollo conceptual y práctico de estrategias para la implementación de servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito público y privado, nacional e internacional.

Desarrollo de herramientas de registro y monitoreo de los servicios como forma de incidir en las políticas públicas en SSyR.

Implementación de proyectos específicos (o de alguna de sus áreas) que se relacionan con la atención a usuarias en temas de SSyR

Coordinación y seguimiento de los servicios de SSyR que se implementen en el marco de los proyectos en desarrollo

Interacción con el Centro Capacitación en los aspectos que hacen a la práctica clínica en el proceso de formación de los profesionales de la salud

Actividades:

Coordinación Área Implementación del proyecto FIGO

Coordinación del proyecto SAAF

Sistematización modelo de implementación

Elaboración de herramienta de monitoreo de calidad

Elaboración de guías y normativas para implementación de políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva

AREA DIFUSION Y POLITICA

Responsable. Psic. Cecilia Sptaff

Objetivos:

Dar a conocer públicamente los alcances del servicio así como la legislación vigente que enmarca la atención.

Generar y difundir evidencia de la estrategia sanitaria, reforzando la identidad y calificación del Servicio.

Desarrollar los componentes esenciales del discurso público basado en evidencias y difundirlo

Promover a los equipos de salud como generadores de opinión confiable

Generar alianzas interinstitucionales con los distintos ámbitos: académico, político y social

Articular con los distintos actores políticos para incidir en la implementación de políticas públicas.

Posicionar en la agenda política el tema de la salud sexual y reproductiva.

Actividades

Elaboración de línea de materiales gráficos, boletín, folletos y afiches

Diseño y difusión de spots publicitarios

PÁGINA WEB: fortalecimiento y actualización permanente del sitio

Coordinación de espacios de CINE – DEBATE (instancias de discusión enfocadas a población joven y adolescente a partir de cortometraje nacional que problematiza el aborto)

Organización de instancias de debate: panel foro, actividades académicas y congresos

Relacionamiento con los medios de prensa: comunicados, conferencias y talleres de prensa

Entrevistas con parlamentarios/as y diversas autoridades estatales

Boletín Iniciativas Sanitarias

AREA JURIDICA

Responsable: Dra. Mónica Pereira. Abogada

Objetivos:

Fortalecer los fundamentos legales de los conceptos de confidencialidad y secreto profesional, pilares de la propuesta de Iniciativas Sanitarias

Promover cambios a nivel legislativo

Difundir y promover la ley 18.426, dentro de los ámbitos judiciales y políticos legislativos

Abogar por posicionamientos doctrinarios de apoyo a la salud sexual y reproductiva y la confidencialidad

Articular con las estructuras jurídicas para un mejor y mayor entendimiento del rol de los equipos de salud en temas dilemáticos como el aborto voluntario

Sostén legal de las distintas áreas de trabajo y prevención de litigios

Actividades:

Elaboración de normativas en confidencialidad y secreto profesional

Participación en debates y publicaciones en el ámbito jurídico sobre el marco legal regulatorio en materia de SSR

Participación en actividades de capacitación con equipos de salud

Asesoramiento permanente y ante emergentes a los equipos de salud que realizan la atención de usuarias cursando un embarazo no deseado

Jornadas de trabajo con Jueces, Suprema Corte de justicia, Legisladores, etc

AREA INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES

Responsable: Dra. Verónica Fiol

Objetivos:

Determinar la política de publicaciones

Promover un ámbito de formación de alto nivel académico y rigor científico para el tratamiento interdisciplinario en el marco de la propuesta de Iniciativas Sanitarias.

Promover trabajos de investigación que contribuyan al conocimiento de los temas de salud Sexual y Reproductiva y de los condicionantes que deben tenerse en cuenta para la elaboración de planes y políticas específicas.

Determinar líneas de financiación.

Actividades:

Determinar el tipo de publicaciones: académicas, en medios de divulgación científica, de difusión de actividades y resultados, en medios pasibles de ser comercializados, y de difusión en la comunidad.

Articulación con las otras áreas de Iniciativas Sanitarias. Fundamentalmente con las áreas de difusión y capacitación.

Colaborar en la integración dentro de la página Web de las publicaciones existentes, con el objetivo de favorecer su difusión.

Determinar los temas de las publicaciones, de acuerdo a los objetivos estratégicos planteados por la institución.

AREA DESVINCULO-ADOPCIÓN

Responsable: Psic. Ivana Leus

Objetivos:

Contribuir a incluir tanto conceptualmente como en las políticas sociales y sanitarias la atención a la mujer/pareja/familia que decide desvincularse de su hijo, como sujeto de derechos.

Disminuir o prevenir el impacto que implican las situaciones de desvínculo madre-hijo y los procesos de adopción desde un enfoque de prevención y de reconocimiento de los derechos de los diferentes involucrados

Contribuir a fortalecer las prácticas profesionales relacionadas con las situaciones de desvinculo madre-hijo así como al desarrollo posterior del niño en su familia adoptiva, desde un enfoque de prevención, de género, y de reconocimiento de los diferentes involucrados como sujetos de derechos.

Actividades:

Coordinación de jornadas de reflexión, análisis y sistematización de experiencias interdisciplinarias e interinstitucionales sobre la temática del desvinculo-adopción

Apoyo a equipos de salud ante emergentes y casos dilemáticos

Realización de talleres de sensibilización y cursos de capacitación en la temática

Elaboración de publicaciones y herramientas para el abordaje de los casos de desvinculo-adopción desde el sistema de salud (desde el control del embarazo hasta el seguimiento en la edad pediátrica)

Articulación con instituciones estatales y no estatales vinculadas a la temática

En el anexo 4 se detalla el proceso del Grupo de trabajo sobre desvínculo-adopción

Por su trascendencia en el proceso de fortalecimiento institucional, trataremos en forma detallada la política de alianzas, el desarrollo del centro de capacitación y la estrategia de incidencia política de Iniciativas Sanitarias

2.4.3. Alianzas estratégicas

Determinado el objeto social de la institución (página 36), se hace evidente la necesidad y oportunidad de generar alianzas con instituciones diversas del ámbito nacional e internacional, vinculadas a espacios académicos, políticos, sanitarios y sociales también diversos

Objetivos de la política de alianzas de Iniciativas Sanitarias

1. Sustentabilidad institucional

Favorecer el crecimiento institucional a través de acuerdos de asistencia técnica, intercambio y profesionalización de los equipos de IS

Alcanzar la sustentabilidad económica a través del diseño y desarrollo de proyectos en el área, evaluados, y gestionadas con transparencia administrativa y presupuestal

2. Proyección institucional

Fortalecer la expansión y replicabilidad del modelo IS y con ello el rol social de cambio de los equipos y profesionales de la salud

Desarrollar niveles significativos de incidencia política logrando la concreción de políticas públicas de impacto medible y objetivo y cambios legales a favor de los derechos sexuales y reproductivos

Liderar desde los profesionales de la salud estos procesos de cambio

3. Mejora continua, crecimiento e innovación

Avanzar en la búsqueda de nuevas y más efectivas estrategias de gestión, optimización de los recursos económicos y del capital humano

Generar e implementar ideas innovadoras orientadas a mejorar la calidad de la relación sanitaria entre los/as profesionales y equipos de salud, las/os usuarias y sus comunidades y las instituciones del sistema sanitario

Trabajo Colaborativo

La cooperación es una de las bases del avance social y está contenida en las Metas de Desarrollo del Milenio. En el OBJETIVO 5, de las MDM: descenso de la Mortalidad Materna en tres cuartas partes para el 2015, implica un desafío internacional de diferentes actores, estatales, agencias y ONG.

En esta línea y como propósito de principios; Iniciativas Sanitarias, ha promovido el compromiso de los profesionales de la salud en un cambio a favor de una relación con las mujeres más horizontal, mas comprehensiva y empoderante, dándole el lugar que le corresponde por derecho natural, y además evoluciona en la multiplicación del modelo de reducción de daños en el sector publico a escala nacional, por un lado promovida por la FIGO y por otro lado y en consecución para lograr un impacto global, se alía con organizaciones internacionales que atienden la agenda de derechos y salud sexual y reproductiva, como socios difusores del modelo de IS.

La igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, se presta especialmente bien a la conclusión de alianzas porque es un asunto que atañe a todo el mundo. Se enfoca mejor desde un punto de vista global y exige respuestas transversales. Además, las iniciativas conjuntas ofrecen una excelente oportunidad de mancomunar recursos para aumentar su eficacia y lograr mayores repercusiones.

En el marco de la difusión en América Latina, IS establece un Acuerdo Regional con la IPPF/ RHO (International Planned Parenthood Federation, Regional Office).

En este, IS brinda Asistencia Técnica (con su staff de profesionales uruguayos), para trabajar con las Asociaciones Miembros de esta Federación sobre el análisis de la realidad sanitario-social-jurídica de la zona de influencia; en capacitación de profesionales y equipo de salud, del modelo de disminución de daño y propiciando el cambio de relación sanitaria, planificación y cooperación con dichos profesionales directamente vinculados a la atención de la mujer para la implementación de servicios en SSR y específicamente en el modelo de reducción de daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo y el embarazo no deseado-no aceptado, dando seguimiento a corto y mediano plazo en el impacto esperado, adecuando el modelo según la realidad local en los países contenidos en el acuerdo. E IPPF, brinda el soporte logístico, técnico (herramientas de evaluación) y financiero.

Este proceso se ha desarrollado en: Venezuela, Perú, México, Argentina, Ecuador, Panamá, Surinam, Nicaragua, Bolivia y Honduras.

A si mismo se están desarrollando actualmente los siguientes proyectos en alianza con agencias internacionales:

FIGO: proyecto Iniciativas Sanitarias-Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo

Médicos del Mundo: proyecto Reducción de riesgos relacionados con los abortos provocados y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina

OMS: Proyecto OMS-IS. Mejorar la atención a las mujeres en riesgo de aborto inseguro mediante la capacitación y sensibilización de los profesionales de y equipos de salud en la frontera uruguayo-brasileña

Ipas: IS-El abrojo. Proyecto Trabajo comunitario desde el modelo de Iniciativas Sanitarias. Resonancia Comunitaria

UNFPA: publicación del libro Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (2007)

A nivel nacional, se han generado acuerdos con las siguientes instituciones:

Facultad de Medicina, Universidad de la República, Sindicato Médico del Uruguay, Sociedad de Ginecología, Sociedad de Salud Sexual y Reproductiva, Asociación Obstétrica del Uruguay, Instituto El Abrojo, Proderechos, Escuela de cine DODECA, Ministerio Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado,

Estos acuerdos de colaboración y/o trabajo conjunto se basan además en la autonomía de Iniciativas Sanitarias como organización independiente y contrahegemónica en sus principios y valores

2.4.4. Centro de capacitación

Iniciativas Sanitarias prioriza la formación de los profesionales y equipos de salud como un objetivo principal en la búsqueda de la modificación de la relación sanitaria. Este cambio, desde nuestro punto de vista, se basa en la ruptura del modelo médico hegemónico paternalista tradicional y su sustitución por un modelo basado en 3 pilares: en primer lugar la promoción de los DDHH, en segundo lugar la práctica basada en la bioética (priorizando el principio de autonomía) y en tercer lugar la revalorización de las profesiones de la salud en base a los valores del profesionalismo (la vocación, la disciplina, la competencia, el compromiso).

Para lograr estos objetivos es necesario crear una estructura que pueda gestionar integralmente todos los aspectos de la capacitación y el desarrollo profesional

En este sentido el proyecto SAAF nos ha posibilitado poner la piedra fundacional de lo que será el Centro de Capacitación de Iniciativas Sanitarias (CCIS), ya que la intensa actividad de capacitación desarrollada a nivel nacional e internacional ha contribuido definitivamente a la maduración del modelo de capacitación y de las ideas conceptuales, metodológicas y políticas en torno al CCIS

i. Desarrollo y sistematización del modelo de capacitación para equipos de salud

El modelo de capacitación de Iniciativas Sanitarias, desde el punto de vista axiológico, es la declaración de la visión, la misión y los valores que promueve la Institución.

La necesidad de contar con este modelo es el resultado de la relevancia del objetivo: cambiar las actitudes y comportamientos de los profesionales y equipos de salud (10).

Es por tanto importante desarrollar un modelo teórico-práctico de capacitación, basado en posturas epistemológicas de aprendizaje acordes, que permitan su utilización y adaptación para capacitación en otras áreas (11).

En el encuadre de IS, "capacitar" a las y los profesionales de la salud, en el profesionalismo es habilitarlos para: reconocer problemas de los y las usuarias, aún cuando los mismos impliquen conflictos socio morales difíciles de abordar; comprometerse en la búsqueda de soluciones personales y/o colectivas que impliquen el respeto a la autonomía de los y las usuarias; y ejercer la profesión integrada en un proceso personal de crecimiento ético, que incluya:

a) reconocimiento de referentes éticos objetivos y desarrollo de la capacidad real de diálogo como forma de búsqueda de la verdad

b) capacidad de discernimiento en concordancia con el marco de referentes éticos definidos;

c) coherencia y autenticidad, es decir actuación acorde al resultado del discernimiento, con capacidad de rechazar condicionamientos externos o internos indebidos.

Un modelo de capacitación alineado con la visión, la misión y los valores que IS propone y compromete, implica también la elección consciente de escenarios de aprendizaje, metodologías de enseñanza y evaluación coherentes en sí mismas con dichos enunciados.

Los contenidos del modelo de capacitación los agrupamos en:

1. Aprendizajes cognitivos (supone el conocimiento y desarrollo de habilidades y actitudes intelectuales: comprensión, aplicación, análisis, síntesis, evaluación). En el contexto del Modelo de capacitación de IS, implica que el participante *sea capaz de:*

    - Referir e interpretar datos epidemiológicos nacionales, regionales y mundiales acerca del problema en cuestión (aborto realizado en condiciones de riesgo, violencia contra la mujer), y relacionarlos con las prácticas profesionales personales y/o colectivas.

    - Referir las consecuencias biológicas y sico-sociales de los problemas en cuestión y aplicar dicho conocimiento a situaciones de la vida profesional.

    - Referir la legislación nacional vigente en relación con el aborto y la violencia doméstica,

    - Referir y/o realizar acciones eficaces para identificar y utilizar recursos de la sociedad que abordan los problemas en cuestión

    - Reconocer, interpretar y aplicar referentes éticos objetivos y/o criterios deontológicos específicos para la toma de decisiones de problemas dilemáticos

    - Referir y justificar conductas médicas en relación con los problemas abordados que tomen en cuenta la autonomía del/la usuario/a.

2. Aprendizajes psico-afectivos-actitudinales. En el contexto del Modelo de capacitación de IS implica que el participante *sea capaz de:*

    - Establecer una actitud de escucha y un vínculo empático con el/la usuaria.

    - Revisar críticamente e identificar sus concepciones previas en cuanto a creencias, sentimientos e ideas relativos a dilemas socio-morales de la práctica profesional

    - Respetar la autonomía del/la usuaria en lo relativo a decisiones respecto a su propia salud

    - Comprometerse en la búsqueda de soluciones a los problemas de los/as usuarias que respeten su autonomía

    - Definir las implicancias concretas y garantizar la confidencialidad y el secreto profesional respecto a los contenidos de la consulta

3. Aprendizajes de destrezas y habilidades (manuales, comunicacionales, trabajo en equipos, etc). En el contexto del Modelo de capacitación de IS implica que el participante *sea capaz de:*

    - Escuchar empáticamente la expresión de sentimientos y/o argumentos de un interlocutor (usuario/a, colega, integrante del equipo de salud, etc.)

    - Expresar claramente y en forma diferenciada sus creencias, sentimientos y opiniones respecto a aspectos de su desempeño profesional

- Preguntar en forma directa, sensible, y sin juzgar, acerca de la posibilidad de violencia de género a todas las mujeres en la consulta sanitaria.

- Describir y reconocer síntomas o signos de posible violencia de género no expresada verbalmente por las usuarias

- Reconocer saberes y capacidades distintos en los diferentes integrantes del equipo de salud y/u otros recursos de la sociedad

- Solicitar colaboración y trabajar en forma respetuosa y comprometida con los mismos para brindar respuestas útiles a las mujeres en situación de embarazo no deseado o posible víctima de violencia de género.

Para el logro de aprendizajes significativos (12), adherimos a las propuestas basadas en el modelo constructivista de aprendizaje.

Este modelo de aprendizaje tiene su contrapartida como modelo de enseñanza. En él, el énfasis está puesto en el descubrimiento y la pro actividad del que aprende, más que en la acción/transmisión del que enseña. En este modelo, se concibe al docente como un guía, un facilitador y un orientador del aprendizaje, y se resalta la importancia de ayudar a los participantes a asumir el control de su propio aprendizaje.

Otro aspecto metodológico importante del constructivismo es el "conflicto cognitivo". Cuando por distintas razones, las concepciones previas del sujeto no son suficientes para explicar o resolver nuevas situaciones o problemas, se genera conflicto entre los viejos saberes y los nuevos requerimientos. A este enfrentamiento interno se llama "conflicto cognitivo", y es dicha situación, la que genera que el individuo se ponga en proceso, disposición de un nuevo aprendizaje.

En cuanto a la evaluación, en el Modelo de capacitación de IS tiene diversos objetivos y por tanto modalidades:

1. certificación para los participantes, pudiendo constituir para los mismos evidencia de actividades de Desarrollo Profesional Médico Continuo

2. evaluación de los talleres y cursos por los participantes, lo que constituyen importante insumo para la planificación de nuevas actividades.

3. formativa: es un componente educativo más que contribuye al aprendizaje de los participantes. Esta es la forma de evaluación más acorde con la propuesta pedagógica planteada y con los objetivos de capacitación de IS, que implica mejorar las prácticas de los integrantes del equipo de salud según las definiciones de la visión, misión y valores de la organización.

De acuerdo a diversos autores (Lafourcade 1969, Stufflebeam 1987) por *evaluación de los aprendizajes* se entiende la búsqueda de información recogida de forma sistemática en base a criterios previamente establecidos para realizar un juicio de valor que ayude a la toma de decisiones para mejorar y reorientar los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Específicamente la *evaluación formativa* se propone retroalimentar ambos procesos, y no sólo aprobar o no a un participante. Debe permitir corregir, ajustar, mejorar el proceso.

Las instancias de capacitación constan de 2 tipos de actividades: talleres de sensibilización y cursos de capacitación

Los talleres están dirigidos a todos los integrantes de los centros de salud donde se va a implementar el proyecto (profesionales médicos, no médicos y personal de servicios) y tiene como objetivos sensibilizar a todo/as los trabajadores del centro de salud respecto a la realidad de las mujeres en situación de embarazo no deseado y facilitar el reconocimiento del rol de cada trabajador/a en el proceso de atención a dichas mujeres. Se organizan en una jornada de 4 horas

Los cursos están dirigidos a profesionales de la salud médicos y no médicos que estén en relación directa con la asistencia de mujeres en situación de embarazo no deseado-no aceptado, a saber: ginecólogo/as, parteras, médico/as de familia, licenciado/as en psicología, enfermero/as, licenciado/as en servicio social. Tienen como objetivo principal la capacitación a los profesionales de la salud que asisten mujeres de forma de favorecer un cambio en la relación sanitaria hacia una más comprensiva y comprometida desde los profesionales, y más equitativa y empoderante para las mujeres en la situación de consulta. Son realizados en 4 jornadas de 4 horas, seguidos de una pasantía práctica por el SSSR.

Diversificación de las instancias de capacitación

Las necesidades y expectativas de distintos públicos objetivo (profesionales a nivel nacional e internacional, decisores en políticas públicas de salud, docentes, comunicadores, etc.), que se desempeñan en funciones y realidades socio-culturales diferentes, ha generado la exigencia y la oportunidad de diversificar las propuestas de capacitación, en cuanto a contenidos, metodología y tiempos

Se diseñaron cursos introductorios en el modelo, cursos avanzados que incluyen aspectos de gestión y planificación estratégica y cursos para formación de capacitadores en el modelo

ii. Talleres, cursos y pasantías para funcionarios y profesionales del CHPR

Como se desprendía del estudio de accesibilidad al SSSR visto anteriormente, se consideró necesario desarrollar talleres de sensibilización, cursos de capacitación y tutorías dirigidas a distintos públicos dentro del CHPR, para trabajar hacia el cambio en la relación sanitaria.

Talleres de sensibilización

Objetivo general:

Sensibilizar a los/as trabajadores/as del CHPR respecto a la realidad de las mujeres en situación de embarazo no deseado y facilitar el reconocimiento del rol de cada trabajador/a en el proceso de atención a dichas mujeres.

Objetivos específicos:

1) Promover la idea de que cada persona integrante del CHPR constituye un eslabón de una cadena para garantizar la calidad de atención de las mujeres en las distintas situaciones por las que consulta.

2) Dotar al personal del CHPR de herramientas para que pueda respetar la toma de decisión por parte de la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado, apoyado en los

criterios de confidencialidad, autonomía y derechos de la misma, concibiéndola como un sujeto de derecho.

Público objetivo

Funcionarios/as y profesionales que trabajan en los sectores de la ruta crítica de las usuarias que consultan por embarazo no deseado-no aceptado: atención al usuario e información al usuario, gestión de consulta ambulatoria, registros médicos, admisión, atención ambulatoria (policlínicas), ecografía, departamento de emergencia, departamento de enfermería y sector de internación

Resultados:

Se realizaron 6 talleres de 4 horas de duración, en el propio hospital. Participaron de los mismos 77 funcionarios/as:

64% Personal de enfermería (auxiliares, licenciadas y estudiantes)

12% Médicos ginecólogos

9% Obstetras Parteras

5% Técnicos no médicos (registros médicos)

1% Personal administrativo

9% Personal de servicio

Escasa concurrencia en relación a las expectativas y a la población a la que iba dirigida el taller (250 funcionarios en la ruta crítica). En todos los talleres se planteó como hecho a destacar la falta de difusión de los mismos en los diversos servicios, aludiendo a dificultades en la comunicación a la interna de éstos (si bien los talleres fueron difundidos a los jefes de Servicio, al parecer no hubo una comunicación al resto del personal).

De los participantes se destaca que se trató de funcionarios "amigables" con la temática, lo que hizo que los talleres fueran sin grandes controversias ni discusiones.

De la evaluación realizada por los participantes se destaca que el más del 90% de los participantes opinaron que el taller les había resultado MUY ADECUADO O ADECUADO en relación a los aspectos teóricos, el tiempo dedicado, la metodología y la capacidad del equipo coordinador.

Talleres de sensibilización en el CHPR

Pasantías por el SSSR

Objetivos generales

1. Introducir a un modelo de atención dirigido a las mujeres, en particular a aquellas que requieren servicios especializados en el área de la Salud Sexual y Reproductiva.

2. Desarrollar un cambio en el modelo de atención, enfatizando la promoción de salud, la prevención de enfermedad, es decir, la asistencia de la usuaria "sana".

3. Contribuir al proceso de modificación de conductas y actitudes, de forma de favorecer un cambio en la relación sanitaria hacia una más comprensiva y comprometida desde los profesionales, y más equitativa y empoderante para las mujeres en la situación de consulta

Objetivos específicos:

Capacitar en los aspectos básicos en las siguientes áreas:

1- ANTICONCEPCION

- asesoramiento, elección y administración del método anticonceptivo de acuerdo a las características de cada mujer.

- seguimiento del uso y cambio de MAC antes aparición de complicaciones o contraindicaciones.

- implementar acciones preventivas de salud (estimular el control ginecológico, información y prevención de ITS, entre otras cosas).

- desarrollar en forma específica las áreas de Anticoncepción post evento obstétrico y Anticoncepción de Emergencia.

2- ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA: MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.

- Aplicación de la Normativa de atención sanitaria y guías de práctica clínica de la ordenanza 369 del M.S.P.

- Sistematizar la asistencia a los casos clínicos asistidos en el C.H.P.R. y contemplados en los eximentes de la Ley Numero 9763 *("aborto privilegiado").*

3- ASISTENCIA FRENTE VIOLENCIA SEXUAL

- Identificación de situaciones de violencia

- Introducción a la asistencia sanitaria integral desde la perspectiva bio-sico-social.

- Pautas para la Interrupción legal en caso de embarazo fruto de violación.

- Anticoncepción post abuso - Prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Público objetivo:

Residentes Ginecotocología de 2° y 3er año, que hayan manifestado su interés en rotar por el SSSR. En esta primera experiencia se trata de una pasantía opcional, implementándose en un futuro la inclusión de esta rotación dentro de la actividad curricular de la Residencia.

Obstetras Parteras en relación de dependencia con el Departamento Obstétrico del CHPR, que acepten voluntariamente la oportunidad de realizar una rotación por el SSSR y que estén dispuestas a realizar tareas asistenciales en el mismo de ser necesario

Estudiantes de obstetricia que estén realizando el Internado de Obstetra Parteras (ultimo año previo al egreso) en el CHPR

Resultados:

Se realizan pasantías de 4 meses, con la modalidad de tutoría.

Los/as pasantes participan de la consulta integral desarrollada por un equipo multidisciplinario conformado por ginecólogo/a u obstetra partera y sicóloga.

También participan de las reuniones mensuales de equipo, reuniones de discusión de casos, etc.

Participan de ellas: 3 residentes de ginecología, 3 obstetras parteras funcionarias del CHPR y 20 internas de obstetra-partera, todos ellos/as alcanzan satisfactoriamente los criterios de evaluación previstos.

Varios/as de ellos, se insertan en el equipo del SSSR, realizando tarea asistenciales en principio eventuales y actualmente estables.

Capacitación de capacitadores/as

Con el objetivo institucional de consolidar un grupo multidisciplinario de profesionales que estén preparados/as para desarrollar capacitaciones en el modelo de IS, se diseñó y llevo a cabo un curso dirigido a profesionales con el siguiente perfil:

- Sensibilizados y comprometidos con una práctica profesional basada en la defensa y promoción de los derechos humanos en general y los DDSSRR en particular.
- Que ya tuvieran contacto con la estrategia de ISCAPCR: conocimiento teórico y práctico
- Con actitud docente e interés en desarrollar tareas docentes en IS
- Capacidad e interés en integrar equipos multidisciplinarios
- Disponibilidad horaria y compromiso explícito para participar de todas las instancias del curso
- Estar familiarizado con el uso de redes de Internet.

El curso se realizó en 6 instancias de 4 horas, contando con referentes nacionales en los distintos temas específicos en base a la siguiente estructura

Tabla 2.4. Estructura del Curso de Formación de Capacitadores/as en el modelo de ISCAPCR

MODULO	OBJETIVOS y CONTENIDOS
1. a. Módulo introductorio **(4 horas)**	Presentación y expectativas Criterios de selección y requerimientos institucionales 2009-2011: red de capacitadores Evaluación de capacitadores Introducir Bases Conceptuales Profesionalismo. Bioética Estrategia de Reducción de riesgos

1. b. Bases teóricas del modelo ISCAPCR **(4 horas)**	Desarrollo Histórico de IS e incidencia política. Derecho Internacional- DDHH Aspectos Jurídicos Confidencialidad Evaluación
1. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos **(8 horas)**	1. Información, consejería y servicios e insumos de anticoncepción o planificación familiar. 2. Servicios de salud materna de calidad Alternativas a la interrupción del embrazo: Desvínculo madre de origen – recién nacido 3. Servicios de interrupción del embarazo (aborto) y de atención post-aborto seguros y accesibles, dentro de lo legalmente permitido en cada país. 4. Prevención, tratamiento y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. 5. Educación integral e información sobre sexualidad. Confidencialidad. Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva. Genero y Políticas de Salud 6- Violencia doméstica – violencia sexual Sexualidad Evaluación
2. Aprendizaje y Comunicación **(8 horas)**	Aspectos actitudinales, comunicación y facilitación Asertividad Bases de la enseñanza en los adultos Base de aprendizaje en pequeños grupos Habilidades para capacitación eficaz Componentes esenciales del discurso público de IS Evaluación

Resultados:

Participan 15 profesionales: obstetras parteras, ginecólogas, medicas de familia, asistentes sociales y sicólogas. Todos/as completan la capacitación alcanzando satisfactoriamente los criterios de evaluación

Actualmente estos profesionales se están integrando a los equipos de capacitación de IS desarrollando talleres y tutorías para profesionales del ámbito nacional e internacional

Se inicia la conformación de la red de capacitadores de IS

Amén de las instancias de capacitación ya descriptas – formalmente incluidas dentro del proyecto SAAF- , el desarrollo del Área de Capacitación, del modelo y de la red de capacitadores ha posibilitado que desde el año 2006 se sucedieran múltiples cursos que resumimos a continuación

Tabla 2.5. Capacitaciones en el Modelo de ISCAPCR

CAPACITACIONES en Modelo de IS	Número de profesionales y Equipo de Salud capacitados
Plan Piloto 2006	237
Cursos	159
Talleres FIGO (Centros 6 "2007-2008")	441
Taller IPPF (Perú -México)	98
Curso Post Congreso 2008	35
Curso avanzado IPPF 2008	17
Curso básico IPPF 2009	16
Curso básico IPPF 2008	18
Curso certificado 2009	14
Pasantía Formativa	5
Curso IPPF 2010	12
Curso FIGO (recertificación 2009)	18
Curso CHPR (residentes y grado 2) 2007	25
Curso Residentes de Ginecología (setiembre 2008)	15
Curso Nicaragua 2010	20
Curso Panamá 2009	20
Taller Venezuela 2010	40
Talleres SAAF/IPPF 2008	77
Curso referentes locales OMS-Rivera 2010	15
Curso Royol OMS-Rivera 2010	23
Curso F. Diaz-Policlinicas interior 2010	19
En Jornadas Parteras(2008-2009)	272
TOTAL	1596

2.4.5. Incidencia política

Como se expresa en nuestra visión y misión institucional, IS emprende el desafío de que los profesionales seamos agentes de cambio social, cultural y político, desde una práctica comprometida con los DDSSRR. Para ello creemos válido y oportuno, utilizar las herramientas a las que accedemos en virtud de nuestra calificación y valores profesionales

La asistencia, la docencia y la investigación clínica son pilares fundamentales en este sentido, en conjunto con una difusión políticamente orientada

i. ESTRATEGIA COMUNICACIONAL

La estrategia comunicacional desarrollada por IS se basa en el esfuerzo intencionado por construir una acción informativa-educativa que tenga efectos en los y las usuarias/os directas/os y que también sea significativa colectivamente; es decir, que tenga impacto en la comunidad, en la sociedad civil, en actores profesionales, institucionales y políticos. Esta red de relaciones exige una intención de comunicación para la acción, para ser parte de los procesos de cambios.

Esto implica generar y difundir evidencia de la estrategia sanitaria, reforzando la identidad y calificación del SSSR. Dar a conocer públicamente los alcances del mismo y crear vínculos con organismos y diversos sectores sociales.

Para difundir el SSSR a nivel de la población general se utilizan diversos medios. El uso de los medios de comunicación masiva se realiza a través de conferencias de prensa donde se comparten datos y alcances del servicio. La convocatoria siempre ha sido buena en los medios, sobre la base de la credibilidad y profesionalismo del enfoque planteado. Las apariciones de IS en los medios masivos de comunicación aumentan en forma inmediata el número de consultas.

Otro medio utilizado es la impresión de materiales gráficos, folletería dirigida a posibles usuarias del Servicio, informando el funcionamiento del mismo.

La página web de IS así como los enlaces con otros sitios que lo vinculan, la aparición del SSSR en Guías de Recursos (MIDES por ejemplo) constituyen otras formas de diseminación procurando facilitar el acceso de las usuarias.

ii. EN EL ÁMBITO ACADÉMICO

La participación en una diversidad de eventos académicos ha sido una constante para IS. Procurando la difusión de la estrategia y sus resultados, se busca dar a conocer en los ámbitos profesionales representantes de las distintas disciplinas que integran el equipo. De la misma manera que se trabaja dentro de la institución, se expone por lo general en forma interdisciplinaria. Muchas de estas instancias son convocadas por IS invitando a otros actores a que viertan sus aportes y visiones sobre las temáticas planteadas, generando espacios de diálogo y discusión integrando a diversos representantes del ámbito académico, político y la sociedad civil.

Dentro del ámbito académico, profesional se hace mucho hincapié en las publicaciones que forman parte de esta constante institucional. El publicar los resultados es un compromiso del equipo de salud que legitima la labor desarrollada a la vez que permite avanzar sobre estos pilares.

Cabe agregar que como producto de esta línea de trabajo IS fue distinguida en el año 2008 con el GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA otorgado por la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, por la "Estrategia de Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto en Condiciones de riesgo".

iii. EN EL ÁMBITO POLÍTICO

El abordaje de la temática del aborto es en sí mismo una acción política que requiere un posicionamiento del equipo para generar incidencia en el entorno, manteniendo la independencia política. En los esfuerzos por la difusión este ámbito es un lugar clave para procurar cambios.

IS toma la temática del aborto como un problema de salud sin entrar en el debate a favor o en contra. Sobre la base de los valores profesionales desarrolla esta estrategia desde el compromiso profesional, en un marco de derechos que se traduce en una situación de consulta horizontal, consolidada en el respeto y la autonomía de las usuarias.

El estar en contacto con la gente, con la realidad de las mujeres que consultan en el hospital de referencia, es una fortaleza de IS. Esto permite conocer en forma directa cómo viven las mujeres este proceso a la vez que, posiciona al equipo de IS como referentes en este tema. El constituir una organización de profesionales, un equipo interdisciplinario, con docentes universitarios/as, son otros factores importantes en la construcción de esta referencia. Con el compromiso hecho realidad de generar evidencia calificada y difundirla, tomando posicionamiento público, se aporta al debate político con fundamentos consolidados.

Con el criterio de avanzar por donde se identifican menores resistencias, se tienden puentes con parlamentarios/as sensibilizados con estas temáticas, se presentan datos y resultados, se los/las invita a conocer el SSSR, se buscan puntos de encuentro y se procuran acuerdos.

De esta manera se han alcanzado importantes logros en las políticas públicas (Ley 18.426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva) así como el compromiso asumido por el nuevo MSP de profundizar su labor en esta estrategia y en la salud de las mujeres en general.

iv. COMPONENTES ESENCIALES DEL DISCURSO PÚBLICO EN LA DEFENSA DEL MODELO.

Estar a favor de la vida

- Las instituciones que ofrecen servicios de reducción de daños están a favor de la vida

- Esto se ve reflejado en las acciones desarrolladas para reducir la mortalidad materna, cambiando o mejorando las condiciones que ponen a las mujeres en situación de riesgo, promoviendo el acceso a la atención integral de salud sexual y reproductiva para que las mujeres no tengan que enfrentar una situación de embarazo no deseado.

- No promueven los abortos: Este trabajo contribuye a disminuir la necesidad de que las mujeres tengan que recurrir al aborto menos aun en condiciones que pueden afectar su vida y salud. La institución está a favor de la prevención en general y particularmente la prevención del aborto inseguro. El modelo está en contra del aborto provocado en condiciones de riesgo y de que las mujeres arriesguen su vida y su salud por un aborto mal practicado y busca generar condiciones para reducir estos riesgos.

- Científicamente no se puede determinar cuando comienza la vida humana, por lo tanto, independientemente de las concepciones personales, los profesionales de la salud deben ser tolerantes y respetar a los/las que piensan de otra manera y sobre todo ejercer el deber que tienen desde el punto de vista ético médico y de no maleficencia

Promover los derechos humanos como la base del trabajo: la autonomía de las mujeres y el ejercicio real de sus derechos

- La perspectiva del modelo está basada en el ejercicio integral de los derechos sexuales y reproductivos, más allá de los contextos. Las mujeres como seres humanos son las más capaces para tomar decisiones conscientes sobre su salud y su vida. El modelo desarrolla el derecho a la información y el derecho a la atención integral en salud como derechos humanos básicos.

- El modelo intenta propiciar las condiciones para que las mujeres puedan ejercer sus derechos, teniendo en cuenta las construcciones culturales y sociales que limiten el proceso de toma de decisión e intentando revertir las situaciones de inequidad agravadas en los contextos de pobreza, incluso el inequidad de género y las construcciones del rol de la maternidad

- Los acuerdos internacionales y el marco internacional de los derechos humanos aporta y respalda la provisión de los servicios integrales en salud sexual y reproductiva, incluso el modelo de reducción de riesgos y daños. Este marco ofrece todas las herramientas jurídicas que requiere el sector salud para adoptar una política de asesoría y atención integral en salud sexual y reproductiva que permita enfrentar la morbi-mortalidad materna, como problema de salud pública, equidad, exclusión social de las mujeres (13). Estos derechos incluyen pero no están limitados a: el derecho a la vida; el derecho al bienestar y la salud integral; el derecho a la igualdad; el derecho a la información; derecho a la libertad y autonomía personal; el derecho a beneficiarse de los progresos científicos; y el derecho a la intimidad personal.

Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de actuar.

- El modelo actúa desde del deber médico y la responsabilidad profesional de velar por la salud de las mujeres asegurando el acceso a la información

- La responsabilidad de los/las profesionales de salud es promover la toma de decisiones conscientes: libres, informadas y responsables. Independientemente del marco legal, una parte fundamental del modelo es el cambio en la relación sanitaria que incorpora el principio ético de respeto y promoción de la autonomía, mediante la comunicación asertiva de los profesionales que busca desarrollar el empoderamiento en los y las usuarias.

- El abordaje integral que plantea la estrategia se adapta a los diferentes contextos legales, ya que respeta y promueve los derechos, mejora la acción de los equipos de salud y su vínculo con la comunidad y genera las condiciones en el sistema de salud para la promoción de una gestión consciente de la misma.

El modelo de reducción de daños por aborto inseguro es una intervención innovadora y probada en salud pública que puede salvar vidas

- Se trabaja desde la estrategia de disminución de riesgos y daños donde el énfasis está en cómo se enfrenta una situación de embarazo no deseado – no aceptado, para reducir al mínimo los factores de riesgo en el proceso.

- El modelo de reducción de riesgos y daños tiene una historia larga y eficaz en el campo de salud, en cuanto a la reducción de la transmisión de VIH y los riesgos para usuarias de drogas. Está basada en los principios de proveer servicios educativo-sanitarios sin valoración moral previa. Los profesionales proveen de información para reducir los riesgos de la práctica. Los servicios de reducción de daños por abor-

to inseguro intentan dar a las usuarias información y apoyo para que puedan tomar una decisión informada, responsable y autónoma. De esta manera podrá realizarse un aborto de menor riesgo.

Implementar el modelo apoya los procesos hacia el cambio social

- Sabemos que la inversión en las mujeres es esencial para lograr las metas del milenio e mejorar el nivel de desarrollo social y económico en el mundo. Como explico Kofi Annan, "un estudio tras otro nos ha enseñado que no existe un instrumento para el desarrollo más eficaz que la autonomía de la mujer" (14).

- La solución es una triple estrategia integrada por: educación, acceso a la anticoncepción y servicios de SSR, y la legalización del aborto. Solo de esta manera se pueden cambiar los limitantes e inequidades que afectan las mujeres y disminuir el embarazo no deseado y por lo tanto el número de abortos. Mientras se discute el cambio legal, lo que busca el proyecto es el aborto de menor riesgo pero a sabiendas de que esto no es la solución del largo plazo.

- El modelo de reducción de riesgos y daños reconoce que las realidades de pobreza, discriminación, inequidad social se convierten en una violación sistemática de los derechos de una gran parte de las mujeres, frecuentemente por parte del estado y las instituciones de salud. Estas violaciones incrementan la vulnerabilidad de las usuarias que enfrentan un embarazo no deseado en contextos restringidos y disminuyen su capacidad para acceder a los servicios. El modelo reconoce que todas las mujeres deben tener la oportunidad de recibir información y educación sexual en la escuela y en los servicios de salud para poder enfrentar estas violaciones sistemáticas de sus derechos

Hasta aquí hemos recorrido la experiencia de IS desde la reflexión, el discurso y la acción

En el próximo capítulo nos proponemos analizar sus resultados

BIBLIOGRAFIA

1. *Poder Legislativo. Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, 5/12/2007*

2. *Rodríguez Almada H, Berro Rovira G. Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal. Rev Med Urug 2006; 22:157-161.*

3. *MSP. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. GUIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. CAPITULO: ANTICONCEPCION. Montevideo, 2005.*

4. *OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos. Ginebra, 2005.*

5. *MSP. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. ABORDAJE DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DOMESTICA HACIA LA MUJER. GUIAS DE PROCEDIMIENTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE* SALUD. Montevideo, *2007*

6. *Ipas. Supervisión capacitante. 2006*

7. *IPPF. Fortaleciendo la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Supervisión capacitante para la mejora de la calidad. Manual de referencia. 2003*

8. *IPPF. Modelo de reducción de riesgos y daños. Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo. 2007*

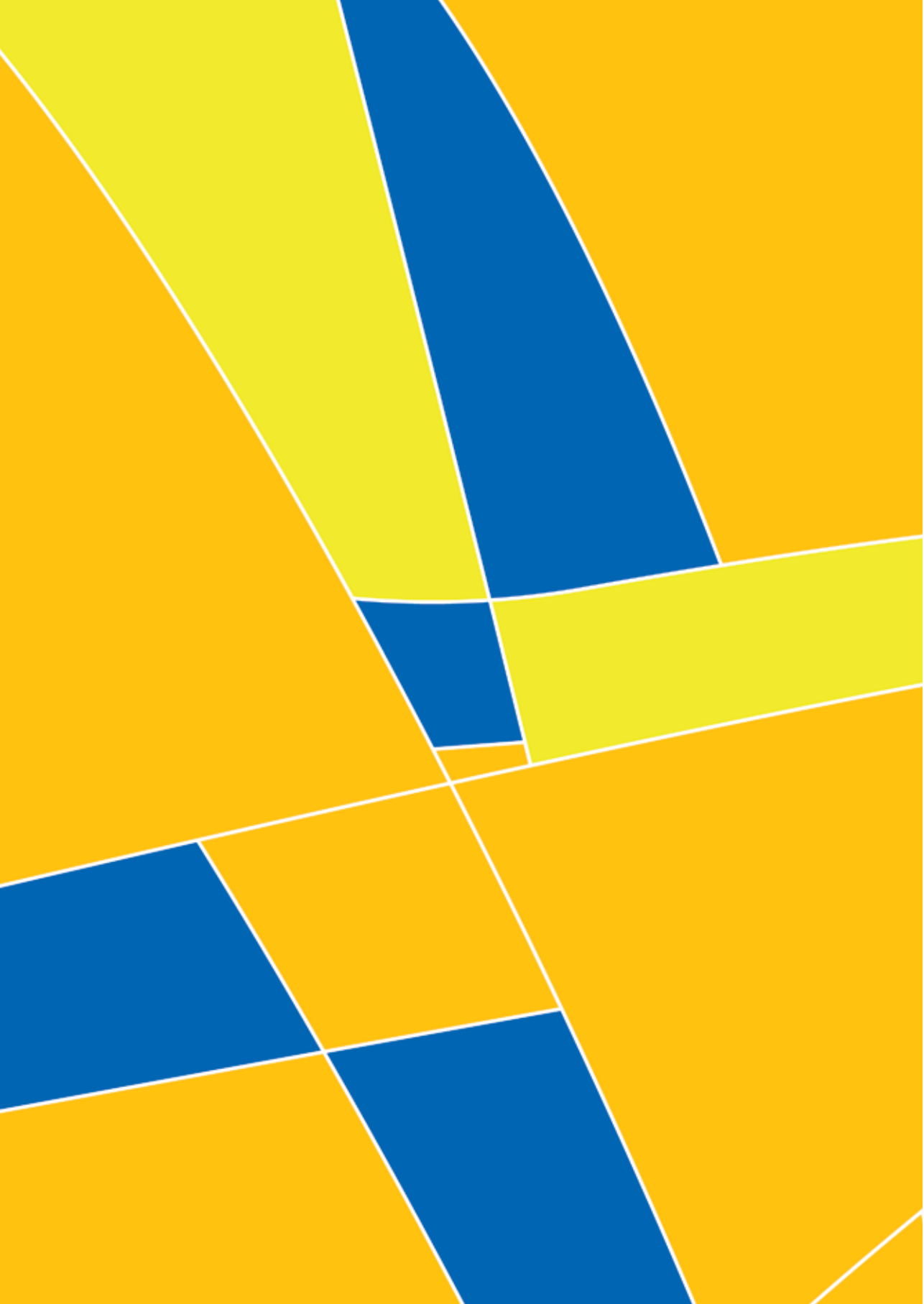
9. *Chaillet, N. and E. e. a. Dubé (2006). "Evidence-based strategies for implementing guidlines in obstetrics.A systematic review." Obstet Gynecol Annu(108): 1234-45.*

10. *Grimshaw, J. M. and I. T. Russell (1993). "Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations." Lancet 342:: 1317-22.*

11. *Sanjurjo L, V.M., Aprendizaje significativo y enseñanza en los niveles medio y superior. Ediciones Homosapiens, . 1994, Rosario (Argentina).*

12. *Women's Link Worldwide- IPPF/RHO. Derechos humanos: la clave para lograr una asesoria integral en salud sexual y reproductiva.2007*

13. *Estado Mundial de la Infancia 2007, http://www.unicef.org/spanish/publications/index_36587.html*



Ser parte de la solución…

3.1. RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos del proyecto propuesto al SAAF, se presentarán los resultados en 3 secciones:

3.1.1 RESULTADOS A NIVEL SANITARIO

En primer lugar se presentaran los resultados relacionados con la situación epidemiológica en el Uruguay y en el centro público de referencia de la salud de la mujer: el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Así, se presenta la evolución de la mortalidad y morbilidad por causa del aborto inseguro en el periodo 2000 – 2009 en Uruguay y su comparación con el sub sector público y se describe el impacto de la implementación de la estrategia en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En segundo lugar se exponen los resultados del monitoreo de calidad del SERVICIO

3.1.2. RESULTADOS A NIVEL DE LOS PROFESIONALES

En relación a la transformación de la relación sanitaria se presentan los resultados del monitoreo socioantropológico, en relación al impacto de las intervenciones a nivel de los profesionales.

En relación a las instituciones académicas se describen los cambios curriculares en la Facultad de Medicina a nivel de la formación de pregrados y prosgrados

3.1.3. RESULTADOS POLITICOS Y LEGALES

Se analizan los cambios político-legales en relación a la promoción y el ejercicio de los DDSSYRR, vinculados a la difusión del modelo y las estrategias de incidencia política de Iniciativas Sanitarias

3.1.1 RESULTADOS A NIVEL SANITARIO

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA IMPLEMENTACION DEL *SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.*

SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

Se presentan aquí los aspectos epidemiológicos generales de las mujeres en situación de embarazo no deseado-no aceptado, desde el inicio del funcionamiento del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell en mayo de 2007 hasta 29 de julio de 2009. Se presentarán en dos secciones:

i. Aspectos generales de la implementación del modelo.

ii. Utilización del misoprostol como método para interrumpir el embarazo.

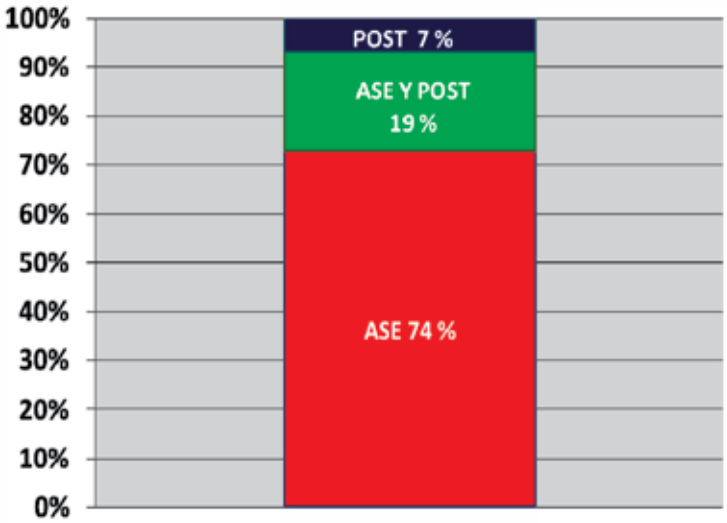
i. ASPECTOS GENERALES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

CONSULTAS DE ASESORAMIENTO

En el período mayo 2007- julio 2009 se han asistido en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalarios Pereira Rossell 2361 usuarias que consultaron por embarazo no deseado-no aceptado y fueron asistidas con la aplicación de la ordenanza 369/04 hoy contenida en la ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Del total de usuarias asistidas, el 74 % concurrió sólo a consultas de asesoramiento, el 7 % sólo a consultas post-aborto, y el 19% de usuarias concurrieron a consultas de asesoramiento y post-aborto en el servicio. Los datos se presentan en el gráfico 3.1.

Gráfico 3.1. Distribución de consultas de asesoramiento y consultas integrales post-aborto.



Las características generales de la población de usuarias que concurrieron a consultas de asesoramiento se presentan en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Características de la población.

Características	N	%
TOTAL de USUARIAS	2206	100
EDAD (años)	27 (media)	
ESTADO CIVIL		
Sin pareja	700	31,7
Con pareja	1223	55,4
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Nuligestas	598	27,1
Multíparas	333	15,1
ANTECEDENTES ABORTOS PROVOCADOS	137	6,2
COBERTURA SANITARIA		
Servicios públicos	1235	56
Servicios privados	607	27,5
Sin cobertura	143	6,5

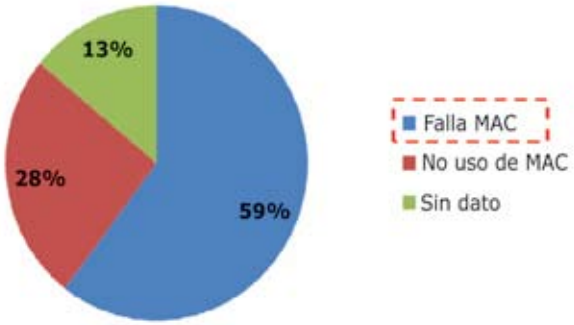
Se destaca que la mayoría de las mujeres se encontraban en una relación de pareja (conviviente o no), el 27% se trataba de usuarias nuligestas, mientras que sólo el 6,2% de las mujeres presentaba antecedentes de abortos provocados.

En relación a la cobertura sanitaria destacamos que el 27,5 % se trata de usuarias de sistema de salud privado, que no encuentran en los centros de salud donde se asisten habitualmente la atención que necesitan.

Con respecto a la causa del embarazo no deseado, es de destacar que el 59% de las mujeres usaban métodos anticonceptivos (MAC) que fallaron, lo que desmitifica la idea que el embarazo no deseado es siempre producto de la irresponsabilidad o la falta de previsión. Más aún la causa del fallo del método suele estar relacionada a la falta de información completa y veraz sobre su correcto uso (sobretodo ACO y preservativo masculino) (gráfico 3.2).

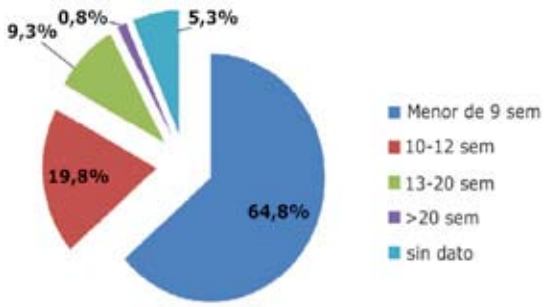
En el caso de quienes no usan MAC se visualizan fundamentalmente dos causas: desconocimiento y dificultades en el acceso a los mismos.

Grafico 3.2. Causa del embarazo no deseado



En cuanto a la edad gestacional en la consulta inicial, 64,8% de las mujeres consultan cursando embarazos menores de 9 semanas y 19,8% entre las 10 y 12 semanas. Por tanto el 84,6 % de las mujeres consulta a una edad gestacional menor a 13 semanas. Esto se podría explicar como fruto de la visibilidad y difusión del servicio, así como a la calidad del servicio brindado, permitiendo a las mujeres tener un acceso rápido a la consulta técnica. Esta consulta precoz es fundamental para disminuir los riesgos y los daños vinculados al aborto voluntario (gráfico 3.3).

Gráfico 3.3. Edad gestacional al momento de la consulta de asesoramiento.



Como ya se mencionó, actualmente vuelven a la consulta postaborto el 19 % de las usuarias que consultan y son asesoradas por embarazo no deseado. Ello determino la realización de un seguimiento telefónico a las mujeres que no volvían a la consulta posterior luego de un mes de la consulta inicial de asesoramiento.

Ese estudio mostro que el 55,4 % de las usuarias había resuelto interrumpir su embarazo y de ellas el 95% se había controlado en el servicio en el que realizo la consulta inicial o en otros servicios (centros de primer nivel de atención, mutualista, etc.) y no habían presentado complicaciones.

En la misma muestra, el 21% de las usuarias había decidido continuar con el embarazo, estaba conforme con su decisión y había iniciado el control obstétrico.

En el 5,3% de los casos se había constatado que la usuaria no estaba embarazada (tabla 3.2).

Estos datos dan cuenta de que la consulta de asesoramiento es un espacio para considerar opciones y decidir disminuyendo los riesgos.

Tabla 3.2. Resolución/decisión de las usuarias luego de la consulta de asesoramiento en el SSSR.

Resolución/decisión	Número de usuarias	Porcentaje N=94
Interrupción efectuada	50	53,2 %
Interrupción decidida y aún no efectuada	2	2,1 %
Continuación del embarazo	20	21,3 %
Aborto espontáneo	4	4,3 %
La usuaria no estaba embarazada	5	5,3 %
Resolución desconocida	13	13,8 %
Total	94	100 %

En cuanto a los motivos más frecuentemente identificados por las usuarias para la interrupción del embarazo se encuentran: la interferencia del embarazo con el proyecto de vida actual y las dificultades económicas para sostener la crianza de un hijo (tabla 3.3).

Tabla 3.3. Principal motivo referido por la usuaria para la interrupción del embarazo no deseado-no aceptado.

Motivo	%
INTERFERENCIA CON PROYECTO DE VIDA	38,6%
PROBLEMAS ECONOMICOS	39,6%
SIN PAREJA	12,3%
VIOLENCIA SEXUAL	1,0%
MUCHOS HIJOS	7,6%
OTROS	11,0%

CONSULTAS INTEGRALES POST-ABORTO

En el periodo mayo 2007-julio 2009 fueron asistidas por control posterior a la interrupción del embarazo 611 usuarias.

En cuanto a la anticoncepción post-aborto, 81 % de las usuarias adopta un MAC seguro luego de pasar por la interrupción del embarazo (tabla 3.4). Esta es una de las intervenciones fundamentales de la estrategia orientada a la disminución de los embarazos no deseados y con ello de los abortos provocados en condiciones de riesgo.

Tabla 3.4. Consejería en anticoncepción post-aborto

Consejería en MAC	%
Preservativo	7,1
DIU	21,8
ACO	49
Combinados	3
No desea usar MAC	2,5
Sin dato	16,6

ii. UTILIZACIÓN DEL MISOPROSTOL COMO MÉTODO PARA INTERRUMPIR EL EMBARAZO.

Como ya se mencionó anteriormente, en el periodo mayo 2007-julio 2009 fueron asistidas por control posterior a la interrupción del embarazo 611 usuarias. De las mismas, el 90,7 % (554 usuarias) utilizó misoprostol como método para ello.

Considerando solo a las pacientes registradas como utilizando misoprostol (554), en cuanto a la vía de autoadministración de misoprostol, 65,9 % utilizó la vía vaginal, 2,9 % vía oral, 15 % yugal, y 14,6 % combinada (Tabla 3.5).

Tabla 3.5. Vía de autoadministración del misoprostol

Vía de autoadministración	%
Vaginal	65,9
Oral	2,9
Yugal	15
Combinada	14,6

En cuanto a la dosis de misoprostol utilizada, la mayoría utilizó dosis de 800 mcg. En cuanto al número de dosis (de 800 mcg): el 60,5% utilizó una sola dosis, 8,3 % dos dosis y 31,2 % 3 o más dosis (Tabla 3.6).

Tabla 3.6. Número de dosis de misoprostol.

Número de dosis	%
Dosis única	60,5
2 dosis	8,3
3 o más dosis	31,2

Analizando el tiempo transcurrido entre la administración de misoprostol y el aborto, este aspecto es muy difícil de valorar ya que el reconocimiento por parte de la usuaria de la expulsión de los restos embrionarios es de difícil determinación por parte de ella misma.

Como podemos ver en la tabla 3.7 la mayoría absoluta de las mujeres (71,5%) refiere que el aborto se produce en las primeras 24 horas. Si bien se destaca también que hay un porcentaje no despreciable de falta de dato, dado seguramente la dificultad en la obtención de datos acerca de un suceso estresante como este, así como al fracaso del procedimiento utilizado.

Tabla 3.7. Tiempo referido por la usuaria entre la auto-administración de misoprostol y la expulsión de lo que reconoce como resto embrionario.

Tiempo entre la administración de misoprostol y la expulsión	%
Menos de 6 hs.	36,6
7 a 12 hs.	30,3
12 a 24 hs.	4,5
Más de 24 hs.	0
No sabe	28,1

En cuanto a la necesidad de evacuación uterina institucional post uso de misoprostol, del total de pacientes que interrumpen el embarazo con misoprostol y que vuelven a la consulta en el servicio, solo en el 11,9 % se entendió necesario la realización de evacuación endouterina.

Finalmente, al considerar las complicaciones luego de la auto-administración de misoprostol, el 93,3% de las usuarias no presentó complicaciones (tabla 3.8). Estos datos dan cuenta de la seguridad del uso de misoprostol en el marco del asesoramiento profesional aun en un contexto legal restrictivo.

Tabla 3.8. Ocurrencia de complicaciones luego del uso de misoprostol

Tipo de complicación	%
Molestias leves	2,5%
Complicaciones infecciosas leves	1,8%
Complicaciones hemorrágicas leves	2,3%
SIN COMPLICACIONES	93,3%

iii. MONITOREO MORTALIDAD Y MORBIMORTALIDAD MATERNA

El modelo de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo surge en el año 2001, ante un incremento de la mortalidad materna por aborto inseguro, que en el decenio alcanzó al 27,9% de la mortalidad materna a nivel nacional y en el quinquenio 1996-2001 alcanzó al 47% de la mortalidad materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. A partir de ese momento se viene evidenciando un descenso paulatino de la mortalidad materna (gráfico 3.3) por todas las causas y fundamentalmente por aborto provocado en condiciones de riesgo (gráfico 3.4.). Podemos observar que posteriormente al pico que hubo en el año 2001 hay una tendencia descendente que se interrumpe en el

año 2007, donde nuevamente aumenta el número de muertes maternas. Esta distribución podría deberse a la diferencia en la forma de recolección de datos o a fluctuaciones estadísticas propias del bajo número de casos, o a ambas causas a la vez. También se puede observar que luego de la aparición de Iniciativas Sanitarias, si bien el número de muertes maternas ha fluctuado y en el año 2007 ha aumentado, el número de muertes maternas por aborto provocado ha mostrado una tendencia descendente y se ha mantenido en menos de dos casos por año. Esta tendencia se magnifica en el sub sector público donde se ha implementado el servicio de ISCAPCR es decir en el CHPR, otrora el que engrosaba las estadísticas de muerte y enfermedad por aborto inseguro.

Gráfico 3.3. Razón de Mortalidad Materna en Uruguay y el CHPR. 2001-2009

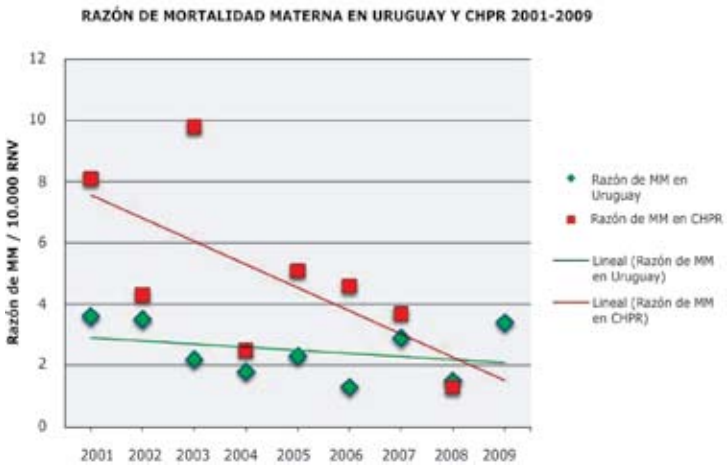
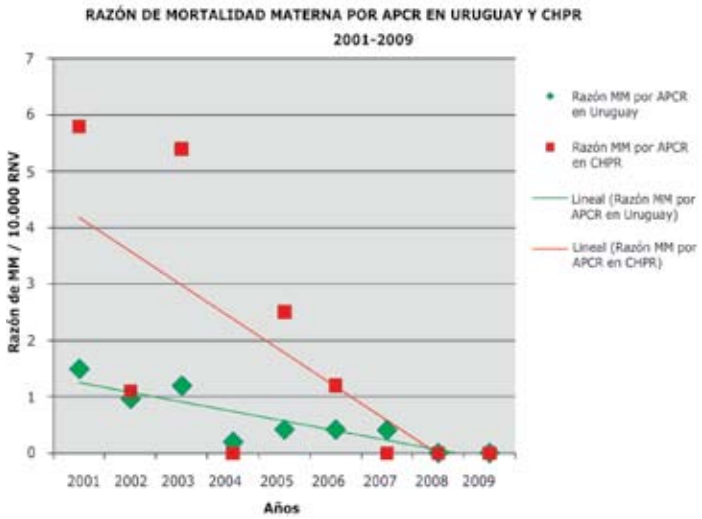


Gráfico 3.4. Razón de Mortalidad materna por APCR en Uruguay y el CHPR. 2001-2009



Esta situación es consistente con la caída abrupta de las complicaciones infecciosas y hemorrágicas, otrora causas de mortalidad materna por aborto inseguro y que como dijimos nos permite afirmar que es posible el logro del aborto de menor riesgo.

En los últimos 2 años (2008 y 2009) no se han registrado muertes por aborto provocado en todo el país, y desde el 2007 no se registran muertes en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Por lo tanto, a pesar de ser muy corto el periodo analizado, y teniendo en cuenta lo multicausal de la mortalidad materna en general y por aborto inseguro en particular, creemos que hay una consistencia firme entre la disminución de la mortalidad en general y la mortalidad por aborto inseguro, la cual nos está indicando resultados de la intervención que se hace en el Hospital Pereira Rossell desde el año 2002, y en varios centros de salud desde el año 2006. Si bien el A.P.C.R. es indudablemente multicausal, creemos que la intervención que se ha desarrollado en el marco del proyecto ha tenido un rol en este proceso. Este impacto se ha dado principalmente en el sector inicialmente más vulnerable, el de las mujeres provenientes del medio socio económico más desposeído.

Si la disminución de la mortalidad y morbilidad por causa del aborto inseguro en el periodo 2006 – 2009 en Uruguay se mantiene, esto llevaría al país en la dirección del cumplimiento de las Metas del Milenio.

Como hemos planteado, no podemos demostrar, aunque si pensamos que también se está contribuyendo, mediante las acciones especificas del modelo de ISCAPCR tanto en la consulta de asesoramiento como en la de atención integral post aborto, a disminuir el número de embarazos no deseados y por lo tanto a disminuir la necesidad de las mujeres de recurrir al aborto voluntario.

Esto lo afirmamos por varias razones: las mujeres que consultan lo hacen en el porcentaje más alto en su primer embarazo no deseado (cercano al 80%) y esas mismas mujeres luego del asesoramiento, y más allá de la resolución que tomen, adoptarán en un porcentaje que alcanza el 80% un método anticonceptivo que las pondrá a resguardo de un nuevo embarazo no planificado.

iv. MONITOREO DE CALIDAD DEL SERVICIO

Como fue expuesto en el capítulo 2, en el año 2007 se elaboró la Herramienta de Monitoreo de la Calidad del Asesoramiento como producto del trabajo conjunto de IPPF, Fundación Oriéntame e Iniciativas Sanitarias, a fin de monitorear la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños

Esta herramienta propone valorar y mejorar la calidad de los servicios desde tres perspectivas diferentes: la de la usuaria, la del profesional, y la de un observador externo-institucional.

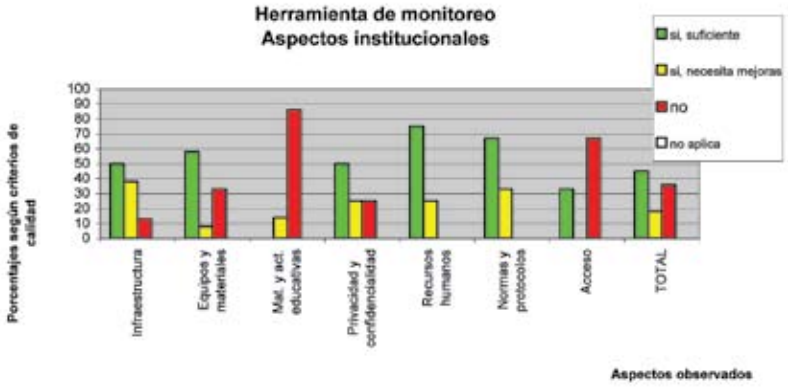
En junio del 2008, se aplica por primera vez esta herramienta en el SERVICIO

A continuación se presentan los resultados de dicho monitoreo de calidad

1. Aspectos institucionales

Se aplico el componente institucional de la Herramienta de Monitoreo de Calidad, realizando la observación sistemática de los siguientes aspectos.

Grafico 3.5. Herramienta de monitoreo de calidad. Aspectos institucionales

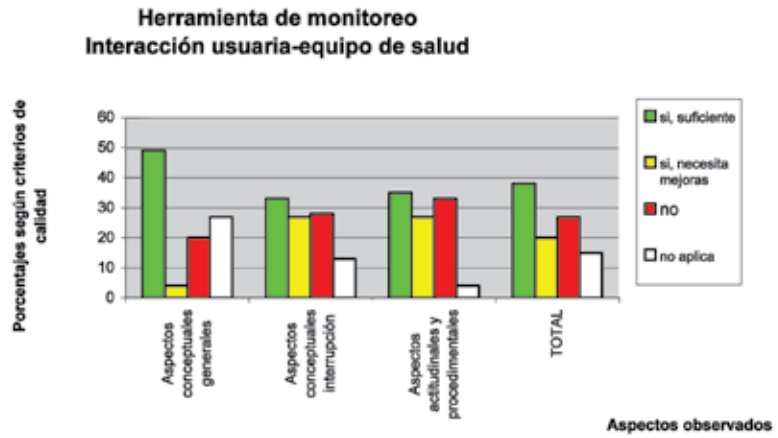


Comentarios: surgen como prioridades a mejorar: los materiales educativos para la consulta y para las usuarias en sala de espera y en consultorio, y la disponibilidad de horario de consulta más amplio y/o línea telefónica de consulta para las usuarias.

2. Observación de la interacción usuaria-equipo de salud

Se aplicó el componente de observación de la interacción usuaria-profesional, previo consentimiento informado de las usuarias, en 7 consultas diferentes, de las que participaron voluntariamente el 80% de los profesionales médicos/as, obstetras y sicólogas.

Gráfico 3.6. Herramienta de monitoreo de calidad. Interacción usuaria-equipo de salud



Comentarios: Surgen como aspectos a mejorar la sistematización de la información sobre misoprostol en cuanto a precisar sobre todo los efectos secundarios y como tratarlos, la magnitud y evolución esperada de la metrorragia, los efectos teratogénicos potenciales y las dosis e intervalos a repetir en caso de fracaso de la dosis inicial.

En cuanto a los aspectos actitudinales y procedimentales a mejorar aquellos vinculados con la exploración sistemática de los motivos que llevan a las usuarias a interrumpir su embarazo, la exploración de las redes de apoyo, y la reafirmación del derecho a decidir de la usuaria.

3. Encuesta de salida a usuarias

3.a. Encuestas posteriores a la consulta de asesoramiento

Participaron 83 usuarias que concurrieron al servicio solicitando una consulta de asesoramiento por embarazo no deseado-no aceptado, las que fueron encuestadas luego de la consulta, voluntariamente a través del autollenado de un formulario anónimo y pautado.

De estas, 52 llenaron el formulario luego de su primera consulta en el servicio y 31 luego de consultas ulteriores

- Trato con el personal administrativo del hospital:
    - Gestión de consulta: 81% refiere que las personas que la atendieron fueron amables, 13% indiferentes y 4% desatentas o groseras. El 78% dice que estas personas la hicieron sentir respetada, 5% juzgada, y el 16% refiere otras respuestas[11]
    - Registros médicos: 64% refiere que las personas que la atendieron fueron amables, 12% indiferentes y 4% desatentas o groseras. El 66% dice que estas personas la hicieron sentir respetada, 0% juzgada, y el 20% otras respuestas
- Trato del personal enfermería del SERVICIO: 90 % dice haber recibido un trato amble, ,0% desatento, 0% indiferente, 8% otras respuestas. El 82% refiere haberse sentido respetada 0% se sintió juzgada, 10% otras respuestas
- En cuanto al equipo de profesionales que realiza las consultas en el SERVICIO, el 82 % de las usuarias dice haberse sentido respetada durante la consulta, 0 % se sintió juzgada, 12% dan otras respuestas. El 87 % refiere que el equipo de técnicos le transmitió confianza y tranquilidad. Mientras que en referencia a la presencia de un psicólogo en el equipo el 81 % se sintió cómoda con la presencia de un psicólogo/a en la consulta.
- En cuanto a la calidad de la información recibida sobre métodos de bajo riesgo para la interrupción del embarazo (uso de misoprostol), el 97 % de las usuarias (tomando como base solo las consultas ulteriores) dice haber recibido información clara y completa sobre cuando y como usar los medicamentos, el 77% recibió información clara y completa sobre los síntomas y efectos secundarios de la medicación. El 81% recibió información clara y completa sobre síntomas de alarma ante los cuales consultar, 71 % recibió información acerca de la fecha de la cita de control y el 81% recibió información acerca de donde consultar en caso de dudas, temores o emergencia.
- Refiriéndose al tiempo de espera al acudir a la consulta el 65 % de las usuarias dice que el mismo fue adecuado, 16 % lo cree largo, 6% otras respuestas. Cuando se les pregunta sobre el tiempo de demora entre que solicitaron la consulta y fueron

11 *Cabe destacar que todas las preguntas tenían el ítem "OTRA RESPUESTA". Allí las usuarias manifestaron tanto valoraciones negativas como positivas respecto de la atención recibida. Algunos términos por su significancia cuantitativa fueron luego incluidos en futuras encuestas de satisfacción*

atendidas, el 8% dice que fue demasiado largo, el 58% adecuado, el 16% otra. Cabe resaltar que el tiempo de demora del servicio no es mayor de 48 horas durante el período de observación.

- 25 % de las usuarias fue sola a la consulta. De quienes fueron acompañadas, el 77 % dice que su pareja o acompañante fue tomada/o en cuenta durante la consulta, 0% refiere que ignoraron a su pareja.

- 88 % refiere que su privacidad fue cuidada en el hospital, el 69% dice que el aseo en el hospital le pareció bueno. En cuanto a las instalaciones el 71% de las usuarias las califica de cómodas.

- 78% de las usuarias refiere haber recibido el apoyo y la atención que necesitaba.

3.b. Encuestas posteriores a la consulta de control post-aborto

- En cuanto al equipo de profesionales que realiza las consultas en el servicio, el 94 % de las usuarias dice haberse sentido respetada durante la consulta, 0 % se sintió juzgada, 9% otra. El 100 % refiere que el equipo de técnicos le transmitió confianza y tranquilidad, y el 100% refiere que aclararon sus dudas. El 94% dice que recibió información clara y completa acerca los métodos anticonceptivos, un 3% valora la información como escasa y confusa, un 3% no recibió información y un 3% dio otras respuestas.

- Cuando se les pregunta sobre el tiempo de demora entre que solicitaron la consulta y fueron atendidas, el 13% dice que fue demasiado largo, el 78% adecuado, el 9% da otras respuestas.

- De quienes fueron acompañadas, el 63 % dice que su pareja o acompañante fue tomada/o en cuenta durante la consulta, 0% refiere que ignoraron a su pareja, el 34% concurrió sola.

- 97 % refiere que su privacidad fue cuidada en el hospital. El 94% dice que el aseo en el hospital le pareció bueno. En cuanto a las instalaciones el 88% de las usuarias las califica de cómodas, 6% las considera incómodas.

- 97% de las usuarias refiere haber recibido el apoyo y la atención que necesitaba, el 3% no recibió la atención que esperaba.

Estos resultados son trabajados en reuniones de equipo en las que se decide realizar acciones en tres aspectos:

1. Ajustar los contenidos del asesoramiento en los aspectos detectados

2. Diseñar materiales de difusión para las usuarias

3. Coordinar con los sectores administrativos de la ruta crítica para transmitir la percepción de las usuarias como insumo para repensar la atención brindada

En el año 2009 se emprende un proceso de mejora continua de la calidad para la certificación del SSSR, que será expuesto en el capítulo 4

Como parte del mismo y de los insumos del monitoreo de calidad ya visto se rediseña la encuesta de evaluación de la satisfacción de las usuarias, simplificándola y ampliándola para ser aplicada a todas las usuarias que nos consultan (no solo aquellas que consultan por embarazo no deseado-no aceptado), lo que arroja los siguientes resultados en agosto del 2010

PROCESAMIENTO ENCUESTA DE EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LAS USUARIAS. JULIO-AGOSTO 2010

Total encuestas: 128

Tabla 3.9. Respuesta a la pregunta ¿Cómo me trataron? en los distintos sectores de la ruta crítica de la usuarias del SSSR

	¿CÓMO ME TRATARON?				
	Muy amables	Amables	Indiferentes	Desatentos	Groseros
las personas que me dieron día y hora fueron…	60	57	28	1	2
las enfermeras que me atendieron en el servicio fueron…	58	50	11	2	3
los profesionales que me atendieron en la consulta…	89	39	4		

Gráfico 3.7. Distribución de respuestas a la pregunta ¿Cómo me trataron? en los distintos sectores de la ruta crítica de la usuarias del SSSR

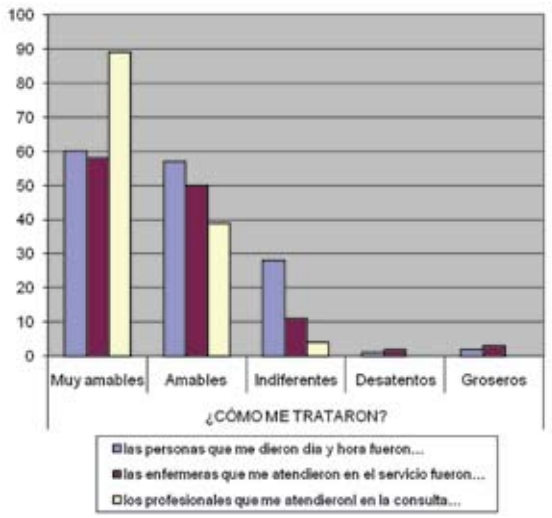


Tabla. 3.10. Respuesta a la pregunta ¿Cómo me sentí? en los distintos sectores de la ruta crítica de la usuarias del SSSR

	¿CÓMO ME SENTÍ…?				
	Escuchada	Apoyada	Respetada	Juzgada	Destratada
cuando me dieron día y hora?	51	38	50	2	6
cuando me atendieron en enfermería del servicio?	48	39	42	2	4
durante la consulta?	82	65	41	1	

Gráfico 3.8. Distribución de respuestas a la pregunta ¿Cómo me sentí? en los distintos sectores de la ruta crítica de la usuarias del SSSR

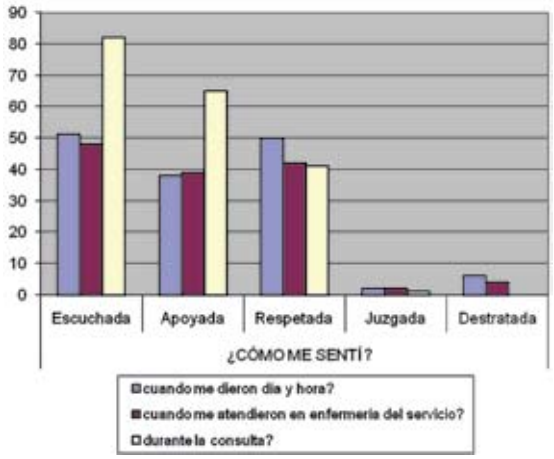


Grafico 3.9. Distribución de respuestas a la pregunta ¿Durante la consulta me dieron información sobre ...?

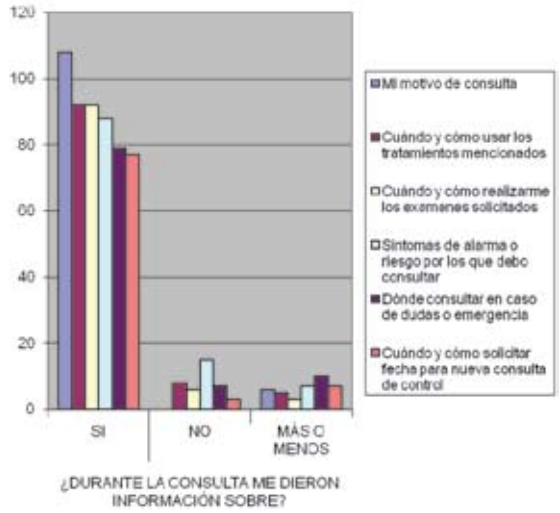
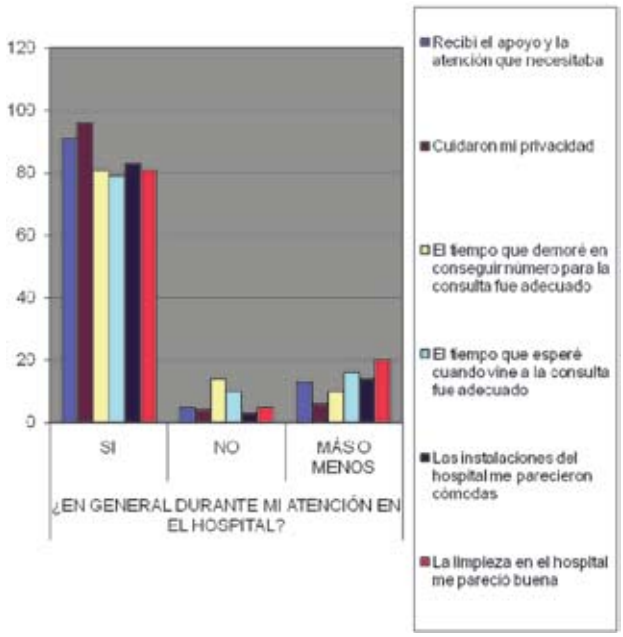


Grafico 3.10. Distribución de respuestas a la pregunta ¿En general durante mi atención en el hospital...?



Si bien los resultados dan cuenta de un buen grado de satisfaccion con la atencion recibida, es relevante analizar como las usuarias evaluan aunque en menor medida en forma negativa aspectos que pueden ser mejorados

Al momento de la presente publicacion, estos resultados estan siendo evaluados por el equipo del SSSR para definir las acciones que correspondan

3.1.2. RESULTADOS A NIVEL DE LOS/AS PROFESIONALES

i. CAMBIOS EN LA RELACION SANITARIA

En el período 2007-2009, el SERVICIO cumplió un rol fundamental en la capacitación de profesionales de la salud, en el marco de la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en Montevideo y el interior del país (dentro de la iniciativa de la FIGO "Save Mothers and newborns").

Del punto de vista socio-antropológico se definieron 3 colectivos sobre los cuales podían impactar las distintas intervenciones: los profesionales de la salud, los administrativos y el personal no técnico, y las usuarias. Se desarrolló una estrategia de monitoreo y evaluación cuantitativa sobre el impacto de las distintas intervenciones sobre los distintos colectivos.

Una vez definidos los ejes conceptuales más importantes del proyecto, se confeccionaron 3 cuestionarios (uno para las usuarias, otro para el personal médico/técnico y otro para el personal administrativo). Cada cuestionario incluyó preguntas sobre 3 ejes centrales*: justificabilidad del aborto, uso del misoprostol* y *respuestas del sistema sanitario ante situaciones de embarazo no deseado*.

Entre 2007 y 2009 se llevó a cabo un estudio pre/post con un diseño cuasi experimental con grupos de control. Se aplicaron estos 3 cuestionarios en los 6 Centros de Tratamiento, así como en los 3 Centros de Control seleccionados, durante el 2007 y durante el 2009.

En términos generales, el colectivo sobre el cual más parecen estar incidiendo las intervenciones del proyecto es el de los profesionales. El proyecto parece haber incidido en mucha menor medida sobre las percepciones, actitudes y comportamientos del colectivo de los administrativos. Finalmente, los distintos temas investigados en el colectivo de usuarias no muestran variaciones significativas de un período a otro.

Existe un aumento muy importante del personal médico/técnico que conoce la ordenanza entre los 2 periodos (pasa de la mitad en el 2007 a más del 80% en el 2009). Entre el grupo de los que si conocen la ordenanza, se aprecia una mayor tendencia al respeto por la decisión de la mujer y a facilitar las condiciones para que la mujer pueda cumplir con su decisión. (Cuadro 1).

El personal médico-técnico en el 2009 aparece como « más propenso » a facilitar las condiciones para que las mujeres en situación de embarazo no deseado puedan actuar en forma autónoma, en comparación con el 2007.

En cuanto a la justificabilidad del aborto, previo a la intervención las razones mayoritarias eran: cuando el embarazo es fruto de una violación, para evitar el nacimiento de niños con malformaciones y para salvar la vida de la mujer, habiendo una clara relación entre "la legitimidad y la legalidad". Luego de la intervención, si bien se evidencia un aumento en todas las causales, las 3 mencionadas se mantienen como las principales.

Por lo tanto, si bien lo profesionales conocen y aplican la ordenanza 369/04 y aparecen como más propensos a respetar la autonomía de la mujeres en situación de embarazo no

deseado-no aceptado, la mayor justificabilidad del aborto se mantiene asociada a las causas interpretadas como "legales".

Esto podría sugerir que se cumple la hipótesis planteada inicialmente: a partir de la aproximación al aborto inseguro se puede mejorar el compromiso e incrementar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los profesionales, aun sin cambiar en forma significativa la concepción individual sobre el aborto.

Cuadro 3.1. Resultados del monitoreo socioantropológico de los profesionales.

Mejora los Conocimientos	Guía Clínica y situación del tema
Mejora las Habilidades	-Consulta de asesoramiento y post aborto -Resolución de casos, derivación interna -Respeto y no denuncia
Mejora las Actitudes	-Profesionales más propensos a respetar la autonomía de las mujeres en situación de embarazo no deseado.
Mayor justificabilidad del aborto cuando:	-La mujer no desea ser madre en ese momento de su vida -Para evitar el nacimiento de niños con malformaciones -La mujer tiene serios problemas económicos para mantener su familia

ii. CAMBIOS ANIVEL DE INSTITUCIONAES ACADEMICAS

En la carrera de Doctor en Medicina, el Ciclo Clínico Patológico III (CICLIPA III) ha sido durante años denominado Ciclo Materno-Infantil. Corresponde al último año curricular de la carrera, previo al inicio del Internado Obligatorio, y su objetivo es el aprendizaje de los principales conceptos de la pediatría y de la gineco-obstetricia. Como su nombre lo indica, hasta ahora, se ha manejado el concepto "materno-infantil" de la atención. Se encuentra probado que esta conceptualización de la salud no es la que logra los mejores resultados sanitarios, sino aquella en la que los servicios son prestados a las mujeres como finalidad en sí mismas.

Es así que dentro de las modificaciones llevadas adelante por Iniciativas Sanitarias, en conjunto con las Clínicas Ginecotocológicas A y C, se logró en el año 2007 el cambio de denominación de CICLIPA III, pasando a denominarse: CICLO DE LA SALUD DE LA MUJER, LA EMBARAZADA, LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Los objetivos de este cambio fueron:

- Habilitar los cambios de contenido que están procesando
- Quitar barreras de desarrollo académico de los temas vinculados con la salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos
- Formar médicos con una perspectiva integral de salud

- Promover la Salud Sexual y Reproductiva mediante la introducción de sus principios en los objetivos de aprendizaje del Ciclo.

Este no fue solamente un cambio de "`título", sino que lleva implícito un cambio de contenidos en la línea de los desafíos sanitarios actuales. Así se logró la introducción, de manera formal, en el contenido del curso de temas como:

- Bioética
- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Sexualidad
- Anticoncepción
- Violencia
- Normativa de Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo.

3.1.3. Incidencia política y cambios legales

En el año 2004 el parlamento uruguayo debatió un proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Aunque Iniciativas Sanitarias no participó en su elaboración, fue convocada al ámbito parlamentario -a través del Sindicato Médico del Uruguay- donde expresó su apoyo a la política de despenalización del aborto, como estrategia probada para disminuir el número de abortos provocados y la morbi-mortalidad materna. El proyecto no fue aprobado.

El 6 de Agosto del 2004 el Ministerio de Salud Pública dicta la Ordenanza N° 369/2004 por la que se aprueba y dispone la aplicación de la propuesta elevada por Iniciativas Sanitarias en 2002.

Mediante esta normativa, se obtuvo un logro estratégico: era la primera vez que una dependencia pública estatal, en este caso el Ministerio de Salud Pública, asumía el problema del aborto voluntario y particularmente del aborto provocado en condiciones de riesgo, como un problema de salud pública. Con la Normativa aprobada, *Iniciativas Sanitarias* en alianza con el Ministerio de Salud Pública comienza a llevar adelante las experiencias en el interior del País y en los centros de primer nivel de atención en base al proyecto de la FIGO enmarcado en la iniciativa "Save Mothers and newborns"

Como corolario de lo anterior, en el marco Jurídico, luego de un trabajo de incidencia política basada en la defensa del modelo desde la práctica sanitaria, difundiendo permanentemente los resultados obtenidos con la implementación del Modelo de ISCAPCR se propone y logra incorporar en el texto de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva la Normativa sanitaria de ISCAPCR.

LEY DE DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, n° 18.426, del 3 de diciembre del 2008

El proyecto de ley inicial fue sancionado en noviembre de 2008 por el Poder Legislativo. El mismo fue objeto de una observación impuesta por el Poder Ejecutivo, en relación al Abor-

to. Los artículos observados no obtuvieron los votos necesarios para ser levantados por la Asamblea General. Eso determinó que las disposiciones que referían en forma expresa a la posibilidad de interrumpir el embarazo por parte de la mujer, quedaran fuera del texto definitivo de la ley 18.426.

Sin perjuicio de ello la interpretación integral de la norma actualmente vigente, revela interesantes aspectos en relación a esta temática que permite proyectar ampliamente su alcance, más allá de la objeción concreta de la cual fue objeto.

Los artículos que conforman la ley No. 18426, contienen disposiciones novedosas para el Uruguay. Sus objetivos basados en un enfoque integrador de la condición humana, destacan la obligación del Estado de garantizar las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de la promoción de políticas nacionales y el diseño de programas que apunten a la mejor calidad de la atención sanitaria en estas áreas.

Si bien la ley no logró la despenalización del Aborto tal cual se pretendía en el texto original, el avance en este punto es significativo atento a que asegura y legitima el derecho al asesoramiento para la maternidad segura y proyecta las medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Así también deroga todas las normas que puedan ser contradictorias a la Ley vigente.

Establece que corresponde al Ministerio de Salud Pública: "*Implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04 de 6 de agosto de 2004) 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***"**. La inclusión de esta Ordenanza en el texto definitivo de la Ley, le confiere jerarquía legal lo cual determina la proyección a todos los centros asistenciales del territorio nacional, de esta actividad de apoyo y asesoramiento a la mujer.

La ley incluye previsiones relativas a la responsabilidad materno y paterno filial previéndose el apoyo 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".*

Incorpora los estándares que han venido siendo recepcionados en el correr de las últimas décadas, por el Derecho Internacional en materia de Derechos Humanos relativos a temas de salud y concretamente de salud sexual y reproductiva. Dichos estándares incluidos en normas internacionales, tanto en el ámbito universal como regional ya se encontraban incorporados en nuestro derecho interno por la vía de la ratificación de las referidas normas internacionales.

En forma concordante la ley prevé, al incorporar la Ordenanza del MSP en su texto, la obligación de asistencia por parte de todos los servicios de salud del Estado, relativa al asesoramiento y guía a la mujer ante un embarazo no deseado, antes y después de la consulta. Al incorporar la citada Ordenanza al texto legal, se parte de la base de la "necesidad" de aportar a la mujer, elementos que la ayuden a decidir la conducta a tomar ante una situación de embarazo no deseado- no aceptado

Así, la promulgación de ISCAPCR como Ley Nacional, cambia de manera dramática las condiciones de la gestión del aborto voluntario en Uruguay por varios motivos, entre los que destacamos:

- La mujer deja de ser una "potencial delincuente" para ser una ciudadana con problemas a la que el Estado está obligado a cuidar y ayudar.

- La normativa no es derogable por razones circunstanciales de la política domestica, es una ley solo derogable por intermedio de una consulta popular.

- El sistema de salud y sus instituciones públicas y privadas, tiene la obligación de implementar y prestar estos servicios en todo el territorio nacional, universalizando así el acceso a la atención de salud.

Esta nueva situación nacional abre perspectiva y plantea desafíos hasta ahora no imaginadas. Ordenándolas en las 3 perspectivas estas son:

- En lo sanitario la prioridad es la de expandir el modelo de ISCAPCR implementando servicios integrales de salud sexual y reproductiva. También está en cuestión el problema del acceso al misoprostol. La ley al reconocer la situación del embarazo no deseado y obligar a proteger la salud de la mujer, pone a un paso a los profesionales -que sabemos que esto se logra mediante el acceso al aborto de menor riesgo-, frente a la obligación ética de prescribir la forma más segura de abortar aun en la ilegalidad.

- En lo político, el desafío es articular las diferentes estrategias que se han desarrollado en los últimos 25 años, tratando de reconocer todos los aportes en busca de una posición política común que una la defensa de lo logrado con el desafío de seguir avanzando hacia la concreción del derecho a decidir.

- En lo jurídico, consolidado este primer paso, se visualizan como las tareas más importantes al menos dos:

    - Avanzar en las causales de salud contenidas en la legislación vigente, protocolizando la extrema pobreza y la violación, especificando los riesgos de vida y de salud desde el punto de vista de la salud como una unidad bio-psicosocial y ampliándola a otras no contenidas como malformaciones fetales.

    - Evaluar hasta donde la derogación de las normas anteriores a la actual ley promulgada (concepto contenido en el artículo 8 de la Ley 18.426) implican un cambio en status legal del aborto, aproximándonos de hecho a un marco legislativo que saca su centro en el aborto como delito y lo posiciona como un problema de salud en el camino, quizás, a eliminarlo del marco jurídico, como lo han hecho legislaciones muy avanzadas como la canadiense.

Recientemente (Marzo 2010) asumió un nuevo gobierno progresista en Uruguay y junto con él las nuevas autoridades. A cargo del Ministerio de Salud Pública quedó un destacado economista socialista quien convocó al Director de Iniciativas Sanitarias para integrar su equipo coordinando y articulando todos los programas del ministerio. Se crea a tales efectos el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DEPES). Este importante nombramiento, da cuenta de un reconocimiento y valoración profesional e institucional, incorporando la ideología desarrollada por Iniciativas Sanitarias en el organismo de salud estatal.

El actual ministro ha expresado públicamente su compromiso y particular preocupación por avanzar en la agenda de la salud de las mujeres, tomando como base el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos, propuesto por el gobierno. Esto lo llevará adelante, y así lo expresó el ministro, normatizando y reglamentando en todo el territorio nacional la ley 18.426. También pondrá especial énfasis en ampliar y potenciar la visión de género en todos los programas procurando combatir las inequidades.

Otro compromiso que anunció públicamente el ministro es con la implementación de Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva en todos los centros asistenciales, que incluyan obviamente la atención por embarazo no deseado, según el modelo desarrollado por Iniciativas Sanitarias.

Al momento de la presente publicación el Poder Ejecutivo acaba de dar a conocer el decreto por el cual se reglamenta la ley 18.426.

El DEPES, específicamente el Área de Salud Sexual y Reproductiva, está desarrollando capacitaciones para referentes en salud sexual y reproductiva de instituciones sanitarias públicas y privadas de Montevideo e Interior del país para la efectiva implementación de la ley. Esta capacitación teórico-práctica se está llevando a cabo en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell, consolidando su lugar de referente a nivel nacional en la temática

3.2. CONCLUSIONES

3.2.1. Alianza estado, universidad, sociedad civil.

Desde el momento de su fundación el SSSR tuvo una clara intención de alianza para la acción entre los 3 actores claves que podrían construir y potenciar un servicio como este: el Estado representado por el Ministerio de Salud Pública y en particular por los servicios de asistencia del estado, la Universidad Pública y autónoma, representada por la facultad de Medicina a través de las Clínicas de Ginecotocológica y la sociedad civil desde la representación de los profesionales de la salud representada por Iniciativas Sanitarias.

Los desafíos fueron muchos pero podríamos sintetizarlos en 2, por un lado la labor técnica del servicio en la atención a las usuarias que se atienden en él y por otro lado el impacto que esto tendría para el resto del sistema nacional integrado de salud.

En ambos fue clave el funcionamiento colectivo de los 3 actores, que fue liderado en todo el proceso por los profesionales al frente del servicio integrantes de la ONG Iniciativas Sanitarias.

La experiencia del SSSR además ha sido muy importante para la incorporación en las instituciones públicas participantes (Universidad y Ministerio) de las propuestas de trabajo sanitario que venía planteando la ONG IS desde hacía muchos años.

Es transcendental la promulgación de la Ley 18426 de SSR en diciembre del año 2008 y su reciente reglamentación por el MSP en setiembre del 2010. El modelo de toda la reglamentación no es otro que el SSSR por lo que se puede decir que el Proyecto SAAF fue clave en la implementación de los servicios que se hará de ahora en adelante en todo el país tanto a nivel público como privado en todo el territorio nacional.

Por último el SSSR del CHPR será el centro nacional de referencia para toda la red de servicios de salud sexual y reproductiva en todo el País

3.2.2. Rol de los profesionales de la salud en la defensa y promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos (1)

La profesión médica solo existe si la sociedad así lo determina. La sociedad le confiere o quita el valor a la profesión en base a cuán arraigados se encuentren en la práctica de los profesionales los valores del profesionalismo médico. Como es la sociedad la que da el valor a la profesión, debería marcar las pautas para sus funciones y participar en la regulación de la práctica profesional.

Desde la profesión, la principal tarea para construir y preservar una relación armoniosa con la sociedad, es el respeto y la promoción de los derechos humanos (DDHH) que aseguren a todos y todas el pleno ejercicio de su capacidad consciente en la gestión de la salud.

Los derechos humanos al más elevado estándar de salud alcanzable y a los beneficios del progreso científico forman la base del compromiso profesional de beneficencia y justicia.

Los derechos humanos a la vida privada, a la libertad de conciencia y a la libertad y seguridad de la persona, son también elementos claves de la autonomía, que incluye el deber de proteger la confidencialidad en los cuidados médicos.

Promover la autonomía implica, para la profesión, comprender y propiciar la independencia y el poder de definir que tienen los individuos y las comunidades. Esta independencia y poder de individuos y comunidades debe defenderse de cualquier otro poder, incluido, claro está, el llamado "poder médico" que caracterizamos como el poder detentado por médicos y médicas, conferido en base al modelo de atención de salud "paternalista", no autónomo y autoritario(2).

Por todo ello la contraparte para el desarrollo del profesionalismo médico es la construcción de una sociedad libre, democrática, compuesta por individuos responsables y autónomos, en definitiva conscientes de sus resoluciones.

Aspectos generales de las prácticas profesionales en América Latina en relación con los derechos sexuales y reproductivos

Como lo señalan, entre otros, los informes del Fondo de Población de Naciones Unidas, la situación de las mujeres y niñas /niños con respecto a la salud sexual y reproductiva a nivel mundial y en la región es crítica (3).

La expresión más grave de esta problemática se da en el indicador mortalidad materna. Algunos de los problemas más graves los constituyen el embarazo no deseado o inoportuno, el aborto provocado en condiciones de riesgo, la carencia de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva, la violencia doméstica y sexual, las infecciones de transmisión sexual y específicamente el HIV.

El principal obstáculo para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva lo constituye la desigualdad de género que determina la falta de poder de la mujer(4) que se manifiesta en barreras para el acceso a servicios de salud e información de calidad.

Algunas de estas barreras son: relaciones jerárquicas desiguales, acceso limitado a la información, recursos e ingresos limitados, violencia y abuso, mala protección legal, mala relacióncon los profesionales de la salud.

La introducción en la agenda pública de los temas vinculados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha sido históricamente responsabilidad

de la sociedad civil. En América Latina, la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se ha desarrollado desde una amplia alianza dinamizada desde la sociedad civil organizada y con participación de otros sectores de la sociedad, del mundo académico y del sector político.

La agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos tiene un paradigma emergente en el tema del aborto provocado e inseguro. El marco en el que este tema se procesa en América Latina es altamente conflictivo y hostil desde la perspectiva de la defensa de los derechos. Sin embargo, está hostilidad es mayor en el ámbito público, ya que en el ámbito privado las personas tienden a reconocer este derecho con mayores o menores restricciones. En este contexto, el rol que han desempeñado los profesionales de la salud es deficiente en términos de profesionalismo (saber y compromiso con el saber) con respecto a lo que potencialmente se podría ejercer. Ya en la década de 1990 fue Villarreal(4) quien alertó sobre esta situación y planteó modelos para modificar la situación: "Tengamos en cuenta que el embarazo no deseado y el aborto no se dan en abstracto sino en personas concretas y que estamos frente a una experiencia individual y única de cada mujer directamente involucrada. Acerquémonos al tema con humildad, con conocimiento y claridad mental. Mantengámonos informados y en permanente espíritu de reflexión y estudio, sin tratar de imponer nuestra ética sobre los demás, y pongámonos al servicio de las mujeres toda nuestra capacidad profesional y nuestro compromiso de contribuir plenamente a su salud y bienestar".

El tema es relevante, además, ya que como expresa la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá (SOGC)(5): "Los profesionales de la salud están en una posición excepcional para efectuar cambios en el campo de los derechos de la salud sexual y reproductiva. Tienen la competencia médica, posición social, credibilidad, y el compromiso para mejorar la salud, así como los contactos con una comunidad más amplia. Tienen gran influencia en el personal directivo responsable de adoptar decisiones y políticas a niveles local, nacional e internacional…".

Por lo anterior aparece como relevante explorar las causas de la falta de compromiso actual de la profesión médica en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Pensamos que algunas de esas causas son:

- Predominio de prácticas profesionales que reafirman el modelo de relación médico-paciente de tipo paternalista clásico.
- Falta de promoción de la autonomía y del empoderamiento de las usuarias como elemento clave en la relación médico-paciente.
- Organizaciones profesionales reguladoras (colegios médicos, facultades, etc.) que no se preocupan prioritariamente de promover la formación adecuada de los recursos humanos en estos temas, ni de supervisar la actividad profesional.
- Resistencia a los cambios, muchas veces relacionada a los estratos económico-políticos de donde provienen la mayoría de los médicos de la región, estratos que mantienen posiciones muchas veces conservadoras en cuanto al avance de los derechos sexuales y reproductivos.
- Falta de formación académica y de educación médica continua con respecto a la temática de la salud sexual y reproductiva.
- Imaginario médico dominante de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos no son prioritarios frente a otros problemas de salud, muchos de los cuales resultan más atrayentes porque requieren de alta tecnología o demanda de alta especialización.

- Dificultad en aceptar la multidiciplinariedad por subvalorar el rol de otras disciplinas, como la enfermería, obstetricia, psicología, sociología, etc.

- Temor de involucrarse públicamente en temas estigmatizados de salud y derechos sexuales y reproductivos, aunque en privado tengamos una posición y conducta perfectamente definida (6).

Por estas (y probablemente muchas otras causas) los profesionales de la salud en general y los médicos y médicas en particular, no consideran aún la salud y los derechos sexuales y reproductivos como prioridades para las/sus comunidades. Esto explica por qué los y las médicos(as) no tienen en su mayoría una visión y mucho menos una práctica común en torno a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos como DDHH.

Si partimos de la base que es la sociedad la que confiere o quita el valor de la profesión, se debe convenir que la falta de una visión y una misión explícita desde la profesión en defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, como DDHH, es un problema relevante. Por un lado coloca en riesgo las bases del profesionalismo y sus valores, y, por otro lado, pone obstáculos a la concreción del derecho humano a la salud por parte de las mujeres y comunidades.

La actividad profesional y el empoderamiento de las mujeres

Diversas son las acciones para promover la independencia de las mujeres y las comunidades para así lograr usuarias empoderadas de sus derechos que puedan tomar decisiones informadas, responsables y voluntarias con respecto a su salud(7), pero ninguna tan importante como contribuir a empoderar a las mujeres.

Como plantea la SOGC(5) empoderar a la mujer significa, "asegurar que mujeres y hombres tengan igual lugar en la sociedad para tener igual acceso a ingresos, educación, cuidado de la salud y a otros recursos, y donde pueda tomar decisiones libres e informadas sobre su vida en un entorno seguro", y agrega que "la importancia de reconocer este empoderamiento de la mujer en todos los programas y políticas relacionadas con la salud de la mujer no puede sobreenfatizarse".

En la actualidad los médicos, las médicas y el resto de los profesionales de la salud desarrollan un conjunto de roles en la sociedad(8): como profesional en la relación individual, como formadores de otros y otras profesionales, como comunicadores, como gerentes de procesos asistenciales, como cuidadores de la salud, como expertos, etc. Desde estos diferentes roles profesionales se puede y deben promocionar los derechos sexuales y reproductivos.

El rol como médico integrante de un equipo con la usuaria paciente es el paradigmático. El desafío es la capacitación para una práctica profesional. Capacitación que en la mayoría de los casos no se ha desarrollado en las facultades de medicina de América Latina.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)(9) plantea al respecto de este enfoque los siguientes desafíos:

"Apoyar un proceso de toma de decisiones libre de prejuicios y coerción que permita a la mujer tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Ello incluye la necesidad de actuar sólo tras la obtención del consentimiento o desacuerdo informado del paciente, basado en el adecuado suministro de información y educación del paciente sobre la naturaleza, implicaciones del tratamiento, opciones y resultados de la elección. De esta manera los profesionales de la salud dan a las mujeres la oportunidad de considerar y evaluar las opciones de tratamiento en el contexto de sus propias circunstancias y cultura.

Asegurar que la confidencialidad no permitirá que información privilegiada y documentos se compartan de modo verbal o de cualquier otra manera, excepto cuando lo requiere la ley o el paciente así lo desea.

Respetar el principio de no discriminación para asegurar que toda mujer es tratada con respeto, independientemente de su edad, estado civil, etnia, filiación política, raza, religión, estatus económico, discapacidad o cualquier otro estado. Debe respetarse la opinión de la propia mujer, y no la de su pareja o familia.

Asegurar que las adolescentes son tratadas sin discriminación, de acuerdo con el desarrollo de sus capacidades y no simplemente según su edad biológica, y que se les facilita la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva".

Más adelante, ese mismo informe agrega en lo específico a la salud sexual y reproductiva lo siguiente: "Abogar por el derecho de la mujer a acceder a la información y educación necesaria que les permita determinar cuándo se reproducen, de acuerdo con el principio ético de autonomía y el derecho humano a elegir si se tienen niños y cuándo.

Abogar por el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre sus relaciones sexuales como parte natural de su vida, asistiéndola a iniciar estas relaciones de manera libre y segura. Abogar por los recursos y servicios necesarios para que las mujeres que buscan una mejor salud sexual y reproductiva aseguren su derecho al estándar de salud más elevado y al derecho de beneficiarse del progreso científico.

Informar a las comunidades sobre la realidad de los derechos y la salud sexual y reproductiva para promover un amplio y respetuoso diálogo, basado en la mejor evidencia, para influir en las prácticas médicas, las políticas y la ley".

En este sentido, la formación de los profesionales es una prioridad y la incorporación a las currículas de la formación en DDHH, DDSSRR y herramientas comunicacionales son de principal importancia. Pero más allá de las instituciones, como dice Leaning(10): "Tal vez no exista un mejor lugar para iniciar la concientización sobre los derechos humanos y la dignidad humana que el pequeño mundo de la relación médico paciente". Así, la tarea tutorial diaria de los profesionales comprometidos con los DDSSRR es parte fundamental de la formación de las nuevas generaciones.

El abordaje desde la profesión de este complejo y dinámico campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos implica múltiples desafíos.

Es un terreno donde se integran medicina, ética y derecho, como nos enseñan Cook, Dickens y Fathalla(11).

Un terreno que implica conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes comprometidas. Es un terreno, en fin, absolutamente prioritario para el desarrollo de la sociedad aunque aún esté estigmatizado y generalmente subvalorado en el ámbito profesional.

Los profesionales de la salud como agentes de cambio

Para que los profesionales y los equipos de la salud dejen de ser parte del problema para ser definitivamente parte de la solución se deben procesar algunos cambios. En esta dirección las principales tareas de los colectivos profesionales tienen como base las obligaciones profesionales de asistencia comprometida y de calidad, investigación calificada, formación integral y difusión responsable de las evidencias.

Creemos que cada colectivo profesional debe comenzar con un adecuado diagnóstico de la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en cada comunidad específica.

A partir de estas evidencias será prioritario el compromiso en la elaboración y el diseño de políticas públicas para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Impulsar

estos cambios normativos y/o legales es también una tarea de primera magnitud y deberá desarrollarse desde alianzas interinstitucionales desde el mundo médico y sanitario hasta las organizaciones de la sociedad civil.

Desarrollar un *advocacy* activo (influencia política) desde la actividad profesional hacia el poder político es también relevante dadas las condiciones de la región.

Pero no basta con lo discursivo, se deben concretar cambios asistenciales en la práctica diaria, se deben impulsar su difusión y se debe evaluar su impacto en la salud de las mujeres y la comunidad.

Cumpliendo con todos estos desafíos se promoverán los valores profesionales.

El colectivo profesional tiene ante sí un gran desafío, comportarse conforme a lo que la comunidad espera y exige, mientras fortalece el rol profesional al servicio de los derechos.

En otras palabras: vivir la profesión que se ha elegido, en comunión con los valores descritos, para evitar hacer de la profesión solo una ocupación laboral rutinaria, aislada y en ocasiones enfrentada a la sociedad.

3.2.3. Iniciativas Sanitarias, contrahegemonía y el cambio legal

En lo referente a la incidencia política en el tema del aborto, nuestro objetivo es incidir favorablemente en el posicionamiento de los profesionales, el sistema de salud y el público en general respecto de la problemática del embarazo no deseado, generando a su vez una corriente de opinión pública favorable al respeto de los derechos sexuales y reproductivos y con ello favorable al cambio legal y a la despenalización

La hipótesis que nos planteamos implica que el compromiso de los grupos profesionales y de los líderes de opinión médicos y otros profesionales genera debate, opinión pública, convencimiento colectivo y compromisos políticos

Ahora bien.… ¿Cómo generar este compromiso desde los profesionales de la salud en un tema tan dilemático? ¿En un país donde tradicionalmente el aborto transitó por fuera del sistema de salud y de las instituciones académicas? ¿En una sociedad en la que la división "a favor" y "en contra" ha acaparado y polarizado la discusión?

Hubo que construir el camino, renunciando a seguir el que otros/as han recorrido, para encontrar el rol propio en este tema.

¿Desde dónde nos corresponde a los profesionales comprometidos con la salud y los derechos sexuales y reproductivos abordar el tema del aborto?

De responder esta pregunta surgen las bases conceptuales del modelo de Iniciativas Sanitarias, y la reedición de los valores profesionales y bioéticos como inspiradores de la práctica profesional

Desde este lugar un/a profesional no tiene que "estar a favor" del aborto para asesorar a una mujer, más bien tiene que ser consciente de su rol y responsabilidad o aceptar y resolver el conflicto ético que le genera la práctica cotidiana. Tal vez y justamente por esto, hemos visto un número escasísimo de profesionales que, una vez que conocen el modelo, objetan aplicarlo por motivos de conciencia

¿Cómo transmitir a nuestros/as colegas en las distintas profesiones estas convicciones?

Desde la calidad de pares, de quienes conocen los retos de la práctica profesional porque los enfrentan cada día.

Desde la evidencia científica, la difusión de resultados, la discusión en torno a las lecciones aprendidas y la institucionalidad del sistema de salud

Desde la calificación y rigurosa planificación de nuestras acciones: es decir desde la organización como medio para catalizar los cambios sociales

Mientras mas profesionales conocen y aplican el modelo, mayor es la evidencia a favor de su efectividad, las instituciones académicas y profesionales se pliegan en su apoyo, las instituciones prestadoras la incorporan a su oferta asistencial y la letra de la normativa se transforma en una política pública real, es decir que la hipótesis planteada se sostiene sobre los hechos

Políticamente, para efectivizar estos cambios hemos elegido los caminos de menor resistencia y mayor probabilidad de acuerdo, evitando las polarizaciones que frecuentemente los obstaculizan

Así, como hace 10 años las mujeres eran denunciadas por los médicos de nuestro hospital, hoy la estrategia que allí tuvo su origen está contenida dentro de la ley y se aplica efectivamente en varios puntos del país

Hoy se habla del aborto como de un problema de salud pública en el Poder Ejecutivo y Legislativo, en la Universidad de la República, en los sindicatos, en las organizaciones profesionales y sociales más variadas en el Uruguay

Esto ha cambiado la forma en que la sociedad uruguaya ve, discute y procesa el tema del embarazo no deseado y ello definitivamente hace el terreno más favorable para la despenalización del aborto

El aborto ha dejado de ocupar únicamente la sección policial de los diarios e informativos, para ocupar las secciones de salud, política nacional y educación

En suma, los avances a nivel de las políticas públicas que hemos descripto, son consecuencia de una estrategia de incidencia política, con profesionales comprometidos en la defensa de los derechos y sobre la base consolidada de la evidencia científica. Al decir de Adolfo Garcé (politólogo uruguayo) "la labor realizada por el equipo de Iniciativas Sanitarias constituye una "comunidad epistémica", como redes de expertos, de distintas disciplinas, que comparten un conjunto de ideas y de diagnósticos que juegan un papel importante en las políticas públicas." Constituyendo de esta manera un actor relevante que se suma a la militancia constante de las organizaciones sociales, las mujeres políticas y el cambio de partido político en el gobierno.

Los logros alcanzados no hacen más que reforzar el compromiso profesional, duplicar los esfuerzos y renovar las estrategias para continuar incidiendo en pro de la salud de hombres y mujeres de nuestro país.

La ideología de IS implica la definición - autodefinición de un colectivo (el equipo profesional), unos valores (los del profesionalismo médico), una tarea fundacional (promover los DDSSRR en el marco de los DDHH) y una metodología estricta basada en el respeto conspicuo a la bioética.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Briozzo, L. and A. Faundes, The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. Int J Gynaecol Obstet, 2007.*

2. *Faúndes A. Gênero, poder edireitos sexuais e reprodutivos. Femina, 1996; 27(7):661-70.*

3. *UNFPA. The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart - Men and Women in a Time of Change. In: State of World Population 1999: 6 billion - A Time for Choices. New York: UNFPA, 1999. pp.9-29.*

4. *Villarreal J. Aspectos ético - médicos del aborto. Editorial. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Enero - Marzo 1998. Vol. 49. Num. 1.*

5. *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá. Mejorando la Salud Reproductiva: Para la Emancipación de la Mujer y sus Derechos Reproductivos. Isfahan Merali BA, LL.B. (editor). Ontario: SOGC, Enero, 2001.*

6. *Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto: en busca de un consenso. Bogotá, Colombia: Grupo Tercer Mundo, 2005, 297p.*

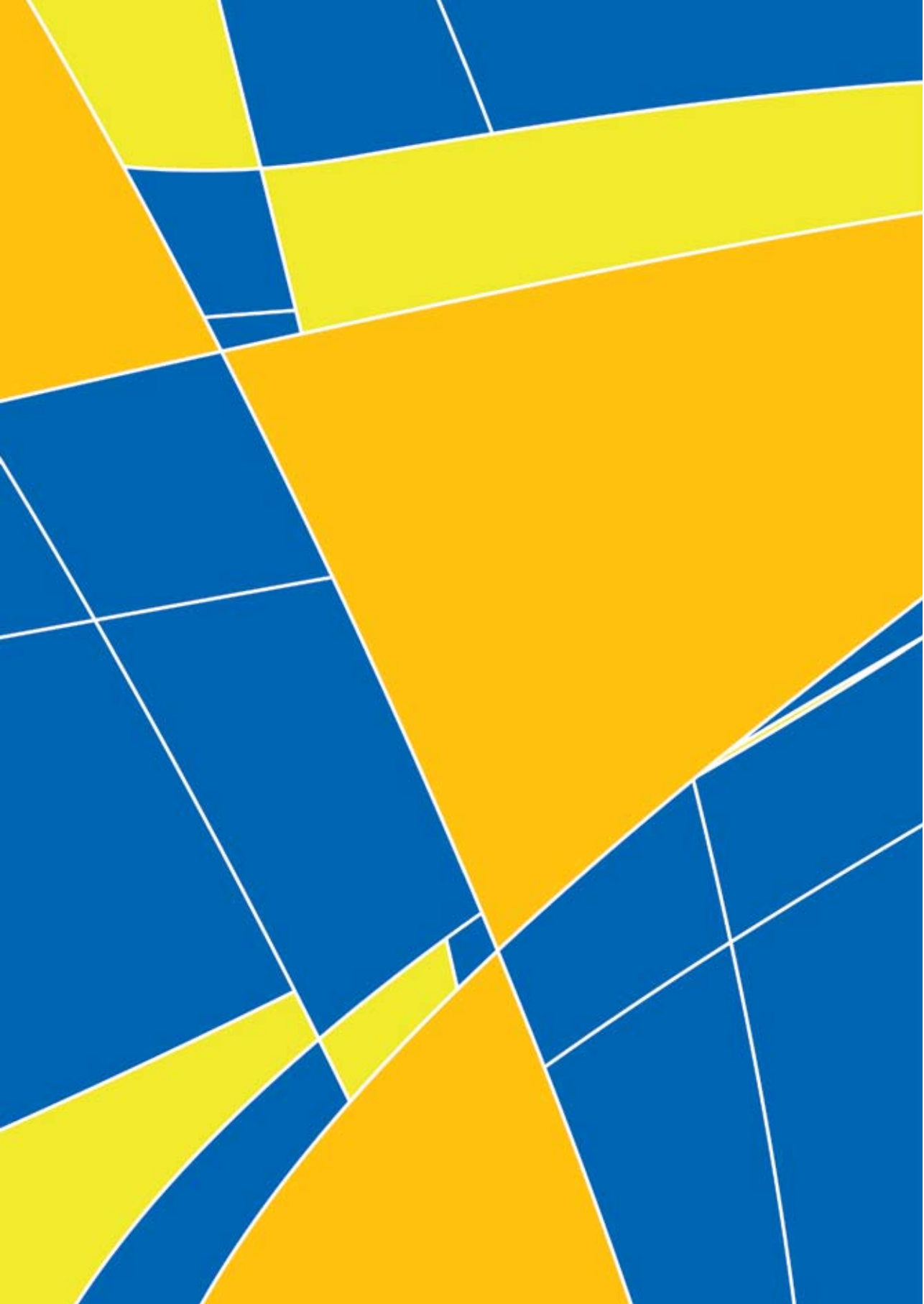
7. *Jejeebhoy SJ. Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health. in Presentation at Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka. 1997. Sri Lanka: 18-23 October.*

8. *Jovell Fernández AJ. El Futuro de la Profesión Médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. 2001.*

9. *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Responsabilidades éticas y sociales relativas a los derechos sexuales y reproductivo. In: "Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología del Comité para los Aspectos éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO". Londres: FIGO, 2003.*

10. *Leaning, J. Editorials, Humans rights and medical education" British Medical Journal, 315 (1997) 1310 - 1*

11. *Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law. London: Oxford University Press, 2003.*



Perspectivas

4.1. Y DESPUES DEL PROYECTO SAAF, ¿qué?… sustentabilidad y nuevos desafíos

Desde IS ha sido una constante el aprovechar la oportunidad de desarrollo institucional que nos ha brindado el SAAF para crecer, proyectarnos y ser social y económicamente sustentables

En este momento Iniciativas Sanitarias viene desarrollando las siguientes propuestas para ello:

A NIVEL NACIONAL:

DESARROLLO DE ACCIONES PARA EL ACCESO JUSTO Y EQUITATIVO AL MISOPROSTOL:
Guía clínica, Uso extra hospitalario, Redes de usuarias

INCREMENTAR PARTICIPACION DEL MINISTERIO DE SALUD
Como garante de derechos y de salud, tomando la responsabilidad de la consecución de la implementación de servicios integrales de SSR, en todo el territorio del país. Evaluando permanentemente la calidad de los servicios tanto en el sub sector público como en el privado, para que la universalidad de prestaciones cumpla con los axiomas del Sistema Nacional Integrado de Salud

EMPODERAR A LAS USUARIAS.
Proyecto Trabajo comunitario desde el modelo de Iniciativas Sanitarias. Resonancia Comunitaria. IS-El abrojo. Este proyecto cuenta con el apoyo de Ipas

A NIVEL REGIONAL:

ACUERDO REGIONAL CON IPPF/RHO

Como fuera comentado, a través de este acuerdo se ha diseminado el modelo en varios países dentro del acuerdo regional: (Venezuela, Ecuador, Perú, Argentina, México, Panamá, Nicaragua, Guatemala, Suriname, Honduras, Ecuador).

Los objetivos del acuerdo son:

- Expandir a nivel regional el modelo de reducción de daños del aborto provocado en condiciones de riesgo tanto en el sector público como privado
- Propiciar la transformación de la relación sanitaria hacia una relación más comprehensiva desde los componentes profesional y usuaria, más comprometida desde los profesionales y equipos y más equitativa y empoderante para las usuarias.
- Impulsar políticas públicas integrales y más equitativas que respondan a las necesidades y derechos de las mujeres que transitan un embarazo no deseado- no aceptado en contextos legalmente restrictivos.

PROYECTOS FRONTERA: OMS – IS /Rivera (Uruguay) – Santa Ana do Livramento (Brasil)

Otro desafío generado por la madurez en la implementación del modelo, que ya tiene marca registrada a escala nacional como**:** "MODELO URUGUAYO DE REDUCCION DE RIESGOS CONTRA el ABORTO INSEGURO", de INICIATIVAS SANITARIAS", propone ante OMS la realización de la intervención del modelo en la frontera seca Uruguay-Brasil, como estrategia binacional.

el proyecto denominado "Mejorar la atención a las mujeres en riesgo de aborto inseguro mediante la capacitación y sensibilización de los profesionales y equipos de salud en la frontera Uruguayo/ Brasileña" tiene los siguientes objetivos:

Evaluar los resultados de una intervención de capacitación y sensibilización de profesionales y equipos de salud para el cambio de actitud en la atención integral a las mujeres que cursan embarazo no deseado – no aceptado.

Implementar la política de disminución de daños del programa "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo" en 1 centro asistencial de Uruguay en la frontera con el Brasil enfatizando en el asesoramiento sobre el uso de aborto con medicamentos en legislaciones restrictivas.

Empoderar a las usuarias incrementando la demanda calificada de servicios desde el trabajo con la comunidad.

MÉDICOS DEL MUNDO

Proyecto Reducción de riesgos relacionados con los abortos provocados y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina

En el 2010 Iniciativas Sanitarias fue distinguida por el SAAF para extender su apoyo por un año, presentando una propuesta cuyo objetivo general es profundizar la integralidad y la calidad de la atención en el SERVICIO y potenciar el rol social de los profesionales de la salud en la defensa y promoción de los DDSSRR

4.1.1 Desarrollo del Centro de Capacitación de Iniciativas Sanitarias (CCIS)

JUSTIFICACIÓN

Para IS formar el CCIS es prioritario para

- Desarrollar planificada y estructuradamente las líneas pedagógicas de IS ofertando cursos a nivel nacional e internacional sobre los diferentes tópicos que aborda la institución, en particular sobre el modelo de Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo.

- Desarrollar diferentes niveles de cursos para los diferentes niveles de integrantes de los equipos de salud: méci os, parteras, enfermeras, psicólogas, asistentes sociales etc.

- Contribuir a la consolidación de los cambios curriculares en los centros de formación de profesionales de la salud, básicamente la Universidad de la República

- Apoyar a los diferentes grupos de profesionales particularmente los vinculados con los sectores de salud sexual y reproductiva: Sociedad de ginecología, Asociación obstétrica, colegio psicólogos etc. en la formación de sus miembros en todo el país.

OBJETIVOS DEL CCIS

1- EXPANSION NACIONAL Y REGIONAL DEL MODELO DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS EN ABORTO INSEGURO

El objetivo es desarrollar un cronograma anual de cursos sensibilización y capacitación en ISCAPCR

Los cursos incluyen el temario, la metodología de cada actividad, el desarrollo de una currícula especifica y la metodología pedagógica y evaluativa.

En el contexto de la estrategia de ISCAPCR desarrollamos diferentes modelos adaptados a otras tantas circunstancias.

Estos son:

- Modelo se sensibilización
- Modelo de capacitación básico
- Modelo de capacitación avanzada – capacitación para capacitadores
- Modelo de sensibilización y capacitación a la prensa
- Modelo de sensibilización y capacitación a agentes comunitarios

Estos diferentes cursos se realizaran con abordaje variado contemplando la formación previa del participante.

2- PROMOCION DEL MODELO DE PRACTICA PROFESIONAL BASADA EN VALORES

El objetivo es el desarrollo de un área de bioética, derechos humanos, humanidades y profesionalismo para la promoción del compromiso de los profesionales y equipos de salud en los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género.

Generar un polo de desarrollo ideológico desde la bioética aplicada a los problemas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, desde las humanidades médicas entendidas como la reflexión desde la ciencia – arte y desde el profesionalismo basado en los valores de las profesiones de la salud.

Generar cursos específicos para el desarrollo de esta temática.

3- DESARROLLO DE CURSOS ESPECIFICOS E INTEGRADOS DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVA.

- Confidencialidad
- Anticoncepción
- Violencia
- Sexualidad
- Educación en derechos y salud sexual y reproductiva.
- Atención integral post - aborto
- Manejo de el aborto permitido por la ley
- Gestión de Servicio integral de S.S.S.R.
- Capacitación para capacitadores
- Discurso político y manejo de medios de comunicación
- Planificación de Proyectos en el área de S.S.R.
- Bioética, Profesionalismo y DDSSRR

AREAS DE TRABAJO

1- AREA DE RECURSOS HUMANOS: FORMACIÓN DE UNA RED DE CAPACITADORAS DE INICIATIVAS SANITARIAS (RedCIS)

El objetivo es formar una red de profesionales de la salud, proveniente de las diferentes áreas y que hayan cursado exitosamente los cursos para capacitadoras en el modelo y los principios de IS. Desarrollaremos una red, electrónico – presencial de profesionales de la salud acreditados por la institución para realizar los cursos de capacitación.

Mediante esta Red se logrará:

- Generar un grupo estable y capacitado de capacitadores/as.

- Ser la base del desarrollo del Centro de Capacitación de IS
- Espacio de la discusión teórica y del desarrollo ideológico

2- DESARROLLO DE CAMBIOS CURRICULARES

Con el Objetivo de incorporar aspectos relacionados con el aborto y en gral de los derechos y la salud sexual y reproductiva, se capacitará un equipo de docentes con capacidad de decisión en la interna de las instituciones para que propicien un cambio curricular sustentable y participativo.

PLAN DE TRABAJO

1. Planificación estratégica
    - Objetivos del CCIS-
    - Gestión administrativa y gerenciamiento-
    - Áreas de trabajo-
    - Metas-
    - Lanzamiento de actividades
2. Formación del Consejo directivo
3. Desarrollo de la plataforma institucional: real y virtual
4. Marketing y gestión logística, incluida cobranza, de los cursos

MARCO LOGICO

	OBJETIVO	PRODUCTO
META	Desarrollar una propuesta educacional nueva en el área de la SS y los DDSSRR en la esfera privada pero con vocación de servicio público, con énfasis en los valores profesionales y la bioética, con perspectiva de género dirigida a profesionales de la salud y efectores sociales	Curricular integral con 3 niveles: - básico - avanzado - maestría
PROPOSITO	Centro de capacitación (Instituto) con sede en la ONG Iniciativas Sanitarias	Institución privada de educación en salud sexual y reproductiva
COMPONENTE	1- Desarrollo de un Plan estratégico que incluya corto plazo (1 año) y largo plazo (5 años)	Nombramiento y contrato de los miembros
	2- Desarrollo de los Recursos Humanos: dirección del centro, equipo del Centro de Capacitación.	Lista de participantes Compromiso de los docentes
	3- Plataforma institucional	
	4- Marketing y gestión logística	Contratación de gerente con experiencia en el área. Publicaciones Guías Plan estratégico presupuestado

4.1.2. Certificación del SERVICIO

En el año 2009, como parte de un proceso de mejora continua de la calidad de atención, el SSSR, con el apoyo de las autoridades del CHPR, presenta una propuesta para participar del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía, siendo preseleccionado junto a 29 unidades pertenecientes a distintas áreas del quehacer público

El Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía que dió inicio en el año 2008, es una iniciativa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) de la Presidencia de la República, destinada a impulsar la mejora global de la calidad de atención a la ciudadanía en los Organismos Públicos, mediante la aplicación de modelos de gestión de calidad y programas innovadores.

El Premio forma parte de una estrategia basada en un Sistema Integral de

Evaluación de la Calidad que fomenta el reconocimiento a quienes se distinguen por la mejora de los servicios que reciben los ciudadanos.[12]

"La Administración Pública debe generar los mecanismos adecuados para la atención de la ciudadanía de acuerdo a las disposiciones normativas, buscando la calidad de la prestación

12 *Bases del llamado al Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía. 2009-2010*

del servicio, considerando para ello las necesidades y expectativas de la ciudadanía, de modo de lograr la satisfacción de la misma"[13].

Principios orientadores del Premio:

Principio de servicio público

Transparencia y participación ciudadana

Principio de acceso universal

Principio de imparcialidad

Principio de eficacia

Principio de eficiencia

Principio de evaluación permanente y mejora continua

Modelo de atención de calidad al ciudadano[14]:

El modelo fue elaborado por instituciones referentes en el Uruguay, en gestión de calidad, del ámbito público y privado con varios fines:

- Poner a disposición de la Administración Pública un modelo a seguir para emprender un proceso de mejora de la calidad de la atención que permita a las unidades realizar una auto evaluación, y a partir de ésta elaborar un plan de mejora de la Calidad de la Atención.

- Establecer los criterios que impulsen a la Administración Pública a transitar el camino de la mejora continua para satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

  Al desarrollar los criterios se tuvieron en cuenta las siguientes áreas:

  Desarrollo de las personas

  Comunicación

  Gestión de recursos materiales

  Procesos y Metodología

  Resultados

- Proporcionar criterios claros para los evaluadores que realizarán la valoración de las unidades que participen en el Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía.

- Incentivar a organismos y unidades de la Administración Pública a asegurar a los ciudadanos el cumplimiento de los derechos que se detallan a continuación:

13 *CLAD (2008): Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública*
14 *Modelo de Calidad de Atención a la Ciudadanía. Versión 2*

- Acceso a cualquier servicio público o prestación a que tengan derecho, recibiendo una atención y asistencia ágil, oportuna, y adecuada.

- Posibilidad de solicitar y obtener información pública de interés general.

- Acceso de la ciudadanía al conocimiento de los servicios y prestaciones que ofrecen y los requisitos, condiciones, trámites y procedimientos administrativos y medios para acceder a ellos.

- Identificación de las autoridades, funcionarios públicos encargados de las prestaciones o servicios públicos a que tengan derecho.

- Presentación con facilidad de peticiones, solicitudes o reclamos a los órganos y entes de la Administración Pública, así como recibir oportuna y adecuada respuesta a tales peticiones o solicitudes.

- Participación en el ciclo de diseño y mejora del servicio, así como presentación de propuestas de transformación e innovación del servicio.

- Evitar la presentación de documentos no exigidos por las normas aplicables al trámite o procedimiento de que se trate

- Trato respetuoso y deferente por las autoridades y funcionarios públicos, quienes están obligados a facilitar a los particulares el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones

- Participación en la formación de las políticas públicas de conformidad con la ley nacional, así como e las evaluaciones del desempeño de los órganos y entes y conocer sobre su resultado.

Los objetivos del SERVICIO al participar del Premio se definieron en el conjunto del equipo técnico y son:

- Mejorar la calidad de la atención que se brinda
- Posicionar los temas de Salud Sexual y Reproductiva
- Trabajar para el reconocimiento de servicios públicos como servicios de alta calidad
- Prestigiar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva a nivel de la salud pública
- Promover el rol de los profesionales como agente de cambio social

Como parte del proceso del Premio los/as integrantes del SSSR han participado de talleres y cursos sobre calidad de atención, revisado los procesos asistenciales generando una autoevaluación y un plan de mejoras, sistematizando los protocolos administrativos y técnicos, y la estructura documental y mejorando las estrategias de comunicación con las usuarias

A modo de ejemplo exponemos a continuación el texto del compromiso de atención que se presenta en la sala de espera a la vista de las usuarias como declaración expresa de todo aquello que el SSSR asume como su responsabilidad ante ellas:

Montevideo, agosto 2010

Servicio Salud Sexual y Reproductiva

COMPROMISO CALIDAD DE ATENCION A LA CIUDADANÍA

Los integrantes del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva nos comprometemos con nuestros/as usuarios/as a desarrollar nuestra labor:

1. Respetando, promoviendo y defendiendo los Derechos Humanos, especialmente el derecho a la salud, a la información, a la confidencialidad y a la libertad de conciencia.

2. Promoviendo y defendiendo los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos con perspectiva de género, es decir en igualdad de condiciones entre ambos sexos.

3. Respetando los principios éticos: la autonomía de las personas al acompañar sus procesos de decisión y promover las decisiones libres, responsables e informadas

4. Realizando con vocación y compromiso el mayor esfuerzo para la disminución de los riesgos y los daños que puedan surgir de las decisiones de la vida sexual y reproductiva

5. Poniendo énfasis en la mejora contínua de la calidad de los servicios.

En base a lo anterior nos comprometemos a brindar una atención:

- Integral, confidencial y accesible a todos/as nuestras usuarias/os
- Personalizada: respetando los valores, sentimientos, opciones y necesidades de cada uno/a
- De excelencia desde el punto de vista técnico y humano
- Abiertos y atentos a las sugerencias, aportes y reclamos de los/as usuarias

El proceso del Premio culmina en noviembre del 2010 con la evaluación final de acuerdo a los criterios del Modelo de Calidad de Atención

Las unidades distinguidas con el Premio obtienen fondos para sostener las mejoras propuestas y podrán utilizar la certificación de calidad por un período de 2 años

Más allá de los resultados, el proceso ha sido muy fortalecedor para el equipo y el SSSR en su conjunto

4.1. Reproductibilidad del modelo uruguayo a nivel regional

El modelo de reducción de riesgos y daños en aborto inseguro desarrollado originalmente por la ONG iniciativas Sanitarias en Uruguay es un modelo adaptable a todos los países con legislación restrictiva con respecto al aborto inseguro.

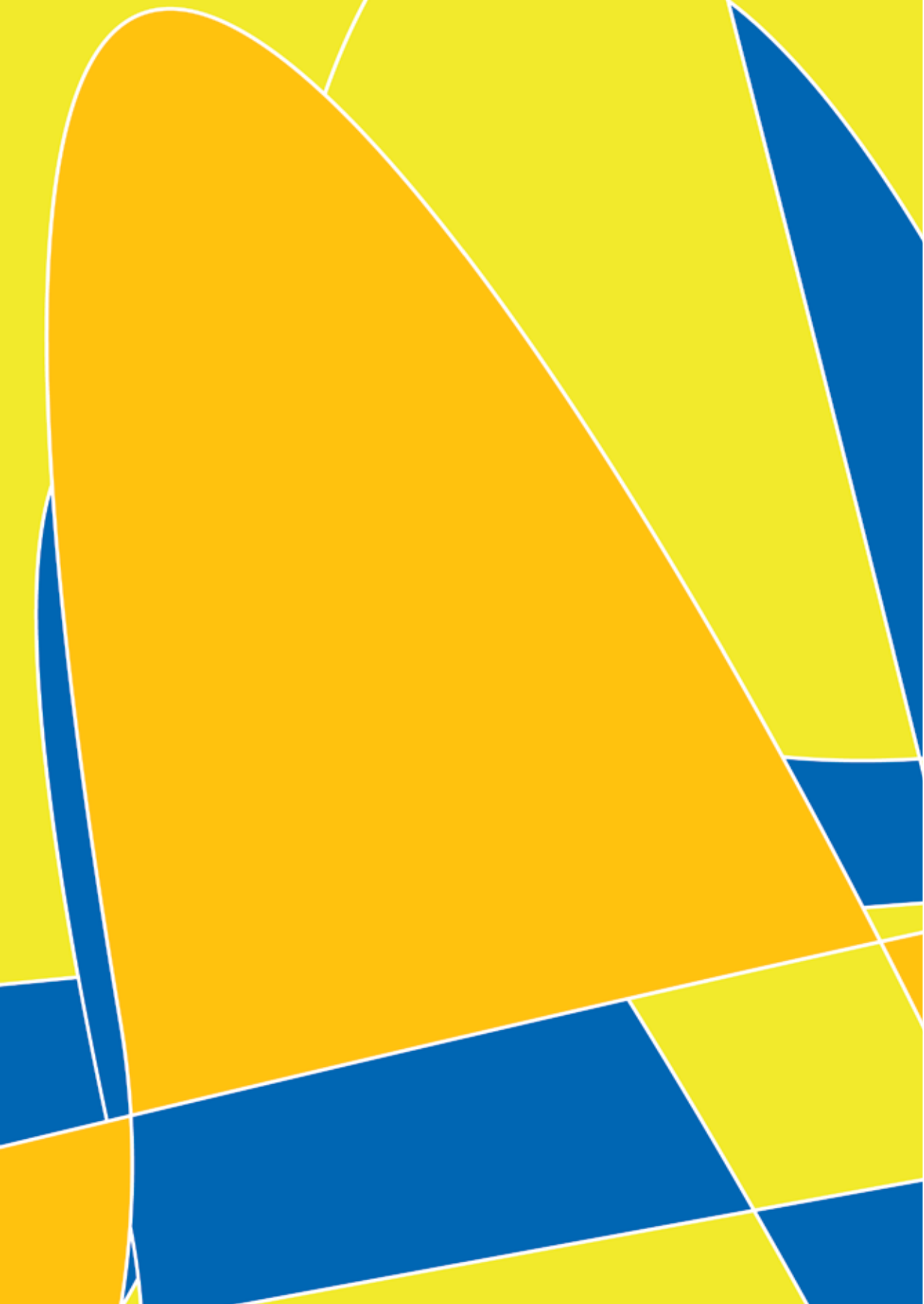
En particular en los Países de América latina, pero también de África y Asia, en donde las legislaciones el aborto son muy restrictivas con respecto al derecho a decidir de las mujeres con respecto a la continuación o no de un embarazo, el Modelo de ISCAPCR es adecuado para dar una solución inmediata, eficaz y probada para las mujeres que viven la difícil situación de un embarazo no deseado no aceptado a la vez que genera, por su desarrollo y aplicación condiciones para la transformación de políticas públicas.

En particular en América latina, dada la fuerte presencia de la iglesia católica, el modelo se presenta como una alternativa prioritaria.

Ante la falta de avances sustantivos en América Latina con respecto a la despenalización del aborto y por lo tanto al mantenimiento en los países de condiciones de altísimo riesgo para las mujeres que desean interrumpir el embarazo el modelo de ISCAPAC se convierte en una alternativa que puede y debe ser impulsada por los profesionales y equipos de salud de toda la región.

Para hacerlo solo se requiere tener un apoyo ético legal en base a la garantía de la confidencialidad como regla de oro en la relación médico paciente y contar con el apoyo de las instituciones representativas del mundo profesional y sobre todo de sus organismos de promoción de la bioética y los Derechos Humanos.

Entendemos que las organizaciones de profesionales de la salud, a nivel nacional deberían adoptar las definiciones de apoyo al modelo tomadas oportunamente por la FLASOG e implementar en sus países el modelo de ISCAPCR. Esto no solo es posible, es necesario y es una cuestión de compromiso con la salud de las mujeres y a través de ellas con la salud de las comunidades en su conjunto.



ANEXO 1.

RESULTADOS del MONITOREO SOCIO ANTROPOLOGICO: Identificación de facilitadores y obstáculos para el acceso al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

Objetivo:

Identificar eventuales facilitadores y obstáculos en el acceso al SSSR, tanto en lo relativo a la cultura institucional, los equipos y el personal, los recursos institucionales y las prácticas.

Metodología:

A. El componente cuantitativo consistió en la aplicación de:

1. Encuestas autoadministradas al personal médico/técnico y administrativos/servicios de una serie de servicios relevantes como parte de la ruta critica de acceso al SSSR.

2. Encuestas aplicadas a usuarias en la sala de espera del SSSR.

B. El componente cualitativo que consistió en el desarrollo de una serie de entrevistas individuales y de observaciones en los diferentes servicios del CHPR relevantes para la ruta critica de acceso al SSSR. Estas entrevistas y observaciones fueron realizadas con los mismos colectivos a los que se les aplico la encuesta: medico/técnicos, administrativos/servicios y usuarias.

RESUMEN DE RESULTADOS:

(Dada la bastedad de información e hipótesis planteables a partir del presente monitoreo, se realiza a continuación un resumen jerarquizando la información que ha nutrido las actuales líneas del plan de acción)

Participaron del estudio un total de 58 funcionarios médico/técnicos, 33 funcionarios administrativos/servicios (Total de funcionarios en la ruta critica de acceso al servicio: 250. Total participantes en el presente estudio: 91) y 113 usuarias

A. COMPONENTE CUANTITATIVO

1. PERSONAL TECNICO/MÉDICO

1. Datos generales:

1.1. Distribución de los técnicos/médicos por tramos de edad y sexo en porcentajes

	Hombre	Mujer	Total
18 a 29	11,1%	8,2%	8,6%
30 a 39		30,6%	25,9%
40 a 49	11,1%	24,5%	22,4%
50 a 59	66,7%	28,6%	34,5%
Más de 60	11,1%	8,2%	8,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

1.2. Antigüedad en el servicio

	n	%
2 años o menos	18	31,0%
Entre 3 y 10 años	17	29,3%
Entre 10 y 15 años	11	19,0%
Más de 15 años	12	20,7%
Total	58	100,0%

1.3. Cuál es su profesión/especialidad ?

	n	%
Medico ginecólogo	12	20,7%
Enfermera	26	44,8%
Nurse	2	3,4%
Trabajadora Social	4	6,9%
Otros	14	24,1%
Total	58	100,0%

1.4. Profesa alguna religión ?

Profesa alguna religión		
	n	%
Si	24	41,4%
No	34	58,6%
Total	58	100,0%

2. Concepciones y prácticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos

Sobre una lista predeterminada de derechos se le pidió a los técnicos/médicos que señalaran cuales consideraban eran derechos de la mujer en situación de usuaria: los derechos más reconocidos como tales fueron aquellos vinculados con el trato amable y respetuoso, la confidencialidad y privacidad, la ligadura de trompas por la sola decisión de la mujer y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos incluido el DIU. Este reconocimiento baja ante situaciones como adoptar la posición más cómoda durante el trabajo de parto y parto y el derecho a decidir sobre la realización de la episiotomía.

Al preguntar sobre de aquellos derechos reconocidos cuales eran los más respetados y los menos respetados en el hospital surge la percepción de que estos derechos son pobremente respetados en general. Amén de ello es interesante que por ejemplo el derecho a ser tratada de manera amable y respetuosa para algunos es de los más respetados y para otros es el de los menos respetados (porcentajes similares), dando cuenta de la heterogeneidad de percepciones y significados asignados a las características del trato con las usuarias.

Concomitantemente interrogado al respecto solo el 41 % de los técnicos/médicos consideran que existen estrategias institucionales de promoción de los DDSSSR en la práctica profesional cotidiana en el hospital

3. Concepciones y prácticas en relación al aborto voluntario

Interrogados sobre los contenidos establecidos en la ordenanza 369/04 del MSP "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" para la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado, se evidencia un conocimiento muy dispar e inconsistente sobre la misma. Por ejemplo un 15% cree que se proveen métodos para abortar como el misoporstol y un 10% estima que se puede realizar el aborto a solici-

tud de la mujer, solo un 50% de los encuestados señala como contenido en la ordenanza el asesoramiento sobre métodos de bajo riesgo para abortar y un 68% incluye el control posaborto.

Ante la pregunta: ¿Si una usuaria manifiesta la voluntad de realizarse un aborto, como se procede habitualmente en el Hospital?

Ante esta interrogante el 92% de los profesionales encuestados dice que se la deriva al SSSyR, el 20% dice que se la intenta persuadir para que no aborte y un 16 % busca la manera de informar a su familia o pareja.

Sobre quien deberia tomar la decisión de interrumpir un embarazo: el 64% de los encuestados piensa que la interrupción de un embarazo debe ser decidida por la mujer exclusivamente, el 16,5 opina que la decisión debe ser tomada por la mujer y el padre biológico.

Con respecto al grado de justificabilidad[15] de que una mujer tenga derecho a abortar ante determinadas circunstancias se identifican tres causas asociadas a mayor justificabilidad: cuando el embarazo ha sido producto de una violación sexual (79%), cuando el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer (70%) y para evitar el nacimiento de niños con malformaciones (69%). Las causas asociadas a menor justificabilidad son: cuando la mujer ha sido abandonada por su pareja (31%), cuando la pareja tiene demasiados hijos (26%) y cuando la mujer no desea ser madre en ese momento de su vida (22%)

Consultados respecto a cuales creen que son las mayores dificultades que enfrenta una mujer que decide realizarse un aborto señalan: culpa y conflictos internos, desinformación y temor a la denuncia. Solo un 17 % identifica como una dificultad la falta de apoyo y contención del personal médico y técnico

Al solicitar su opinión sobre la despenalización del aborto: El 60% de los encuestados opina que el aborto debería despenalizarse en todos los casos por debajo de las 12 semanas, 26 % opina que debería despenalizarse solo en los casos con causas justificadas, el 2% considera que debería seguir estando despenalizado y el 9% no contesta

El 88% considera que una mujer que se encuentra en situación de embarazo no deseado no aceptado y que desea interrumpirlo tiene el derecho a recibir asesoramiento médico y legal en el Hospital

4. Acceso al SSSyR

Al preguntar a los encuestados sobre cuales creen que son las prestaciones que brinda el SSSyR se evidencia el desconocimiento sobre el funcionamiento del servicio y sus objetivos: se identifican sobretodo el asesoramiento en anticoncepción (69%), en embarazo no deseado (67%) y en relación a la solicitud de ligadura tubaria (59%). Un 16% cree que se informa y se proveen métodos para interrumpir el embarazo. Un 22% refiere desconocer que prestaciones se brindan en el servicio

El 31 y 25% respectivamente de los técnicos/médicos encuestados refieren que las vías de información y los mensajes que refuerzan la idealización de la maternidad son aspectos que dificultan el acceso de las usuarias al SSSyR

15 La pregunta en este caso fue: Quisiera que me dijera, si usted cree que es justificable o no, que una mujer tenga derecho a abortar cuando se presenta alguna de estas situaciones?
(Escala del 1 al 10, donde 0=no se, 1=Nunca es justificable y 10=Siempre es justificable)

Los porcentajes citados en el texto corresponden a: para las causas asociadas a mayor justificabilidad, porcentaje de encuestados que siempre justificarían el aborto por esta causa (puntuaron 10); para las causas asociadas a menor justificabilidad, porcentaje de encuestados que nunca justificarían el aborto por esta causa (puntuaron 1)

5. Relación sanitaria

Para valorar los aspectos éticos en la práctica se planteaban tres situaciones, ante las cuales el profesional debía tomar una actitud dada:

5.1. Caso 1. Llega a su consulta una mujer joven de 23 años, sin hijos, fértil y le solicita a Ud., por propia y libre decisión, se le realice una ligadura de trompas ya que no esta en su proyecto de vida tener hijos.

Como actuaría Ud.?

El 30% contesto que trataría de disuadirla con diferentes argumentos para que no concrete su decisión, un 19% no contesta.

5.2. Caso 2. Llega a su consulta una pareja que manifiesta querer tener hijos juntos. Al examinar a solas a la mujer, Ud. constata que ella esta cursando un aborto incompleto. Ella le confía, a solas, que ese embarazo es producto de otra relación fuera de la pareja. Cree Ud. que...?

Un 69% contesto que cree tener la obligación de respetar la decisión y el silencio de la mujer por sobre cualquier otra cosa, un 19% no contesta

5.3. Caso 3. Llega a su consulta una mujer extremadamente humilde y le plantea que desea interrumpir un embarazo no deseado de 8 semanas. Ud. sabe que la persona, difícilmente pueda acceder a la compra del misoprostol. Como actuaría Ud.?

Un 41% contesta que aportaría toda la información necesaria sobre el misoprostol, aunque supiera que le será difícil acceder a él, un 34% no contesta.

2. PERSONAL ADMINITRATIVO/SERVICIOS

1. Datos generales

1.1. Distribución de los funcionarios por tramos de edad y sexo en porcentajes

	Hombre	Mujer	Total
18 a 29	62,5%	40,0%	45,5%
30 a 39		20,0%	15,2%
40 a 49	25,0%	16,0%	18,2%
50 a 59	12,5%	24,0%	21,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

1.2. Antigüedad en el servicio

	n	%
2 años o menos	18	54,5%
Entre 3 y 5 años	11	33,3%
Más de 5 años	4	12,1%
Total	33	100,0%

1.3.En qué área se desempeña en el servicio

	n	%
Personal administrativo	1	3,0%
Personal de vigilancia y seguridad	2	6,1%
Personal de limpieza	21	63,6%
Otros	9	27,3%
Total	33	100,0%

1.4. Profesa alguna religión?

	n	%
Si	10	30,3%
No	23	69,7%
Total	33	100,0%

2. Concepciones y prácticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos

Sobre una lista predeterminada de derechos se le pidió a los funcionarios administrativos/servicio que señalaran cuales consideraban eran derechos de la mujer en situación de usuaria: nuevamente los derechos mas reconocidos como tales fueron aquellos vinculados con el trato amable y respetuoso, la confidencialidad y privacidad, la ligadura de trompas por la sola decisión de la mujer y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos incluido el DIU, a lo que se agrega el derecho de ser acompañada durante el trabajo de parto y parto. Coincidentemente con lo visto para los técnicos/médicos, este reconocimiento baja ante situaciones como adoptar la posición más cómoda durante el trabajo de parto y parto y el derecho a decidir sobre la realización de la episiotomía.

Al preguntar sobre aquellos derechos reconocidos cuales eran los más respetados y los menos respetados en el hospital surge la percepción de que estos derechos son muy poco respetados en general. Nuevamente las percepciones divergen en torno al trato con las usuarias: el 48% refiere que el derecho a ser tratado de manera amable y respetuosa es de los más respetados mientras que un 39% refiere que es de los menos respetados.

3. Concepciones y prácticas en relación al aborto voluntario

Interrogados sobre los contenidos establecidos en la ordenanza 369/04 del MSP "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" para la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado, se evidencia un gran desconocimiento sobre la misma. Un 68% refiere desconocer sus contenidos.

Ante la pregunta: ¿Si una usuaria manifiesta la voluntad de realizarse un aborto, como se procede habitualmente en el Hospital?

Ante esta interrogante el 83% de los funcionarios encuestados dice que se la deriva al SSSyR, el 47% dice que se la intenta persuadir para que no aborte y un 20% busca la manera de informar a su familia o pareja.

Sobre quien debería tomar la decisión de interrumpir un embarazo: el 58% de los encuestados piensa que la interrupción de un embarazo debe ser decidida por la mujer exclusivamente, el 27% opina que la decisión debe ser tomada por la mujer y el padre biológico, 12 % por la mujer y el profesional de la salud.

Con respecto al grado de justificabilidad[16] de que una mujer tenga derecho a abortar ante determinadas circunstancias se identifican las tres causas ya mencionadas asociadas a mayor justificabilidad pero en porcentajes menores: cuando el embarazo ha sido producto de una violación sexual (76%), cuando el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer (55%) y para evitar el nacimiento de niños con malformaciones (52%). En este colectivo las situaciones asociadas a menor justificabilidad son: cuando la mujer ha sido abandonada por su pareja (46%), cuando la mujer es adolescente (36%) y cuando la mujer no desea ser madre en ese momento de su vida (30%). Exceptuando el caso en que el embarazo es producto de una violación sexual, para las demás causas un porcentaje elevado de funcionarios (entre 49 y 39%) refiere que no sabe si justificaría el aborto por esa causa.

Consultados respecto a cuales creen que son las mayores dificultades que enfrenta una mujer que decide realizarse un aborto señalan: falta de apoyo familiar (57%), culpa y conflictos internos (47%), desinformación y temor a la denuncia (30%). 20% identifica como una dificultad la falta de apoyo y contención del personal médico y técnico

Al solicitar su opinión sobre la despenalización del aborto: El 39% de los encuestados opina que el aborto debería despenalizarse en todos los casos por debajo de las 12 semanas, 39 % opina que debería despenalizarse solo en los casos con causas justificadas, el 12% considera que debería seguir estando despenalizado y el 9% no contesta

El 91% considera que una mujer que se encuentra en situación de embarazo no deseado no aceptado y que desea interrumpirlo tiene el derecho a recibir asesoramiento médico y legal en el Hospital

4. Acceso al SSSyR

Al preguntar a los encuestados sobre cuales creen que son las prestaciones que brinda el SSSyR se evidencia el desconocimiento sobre el funcionamiento del servicio y sus objetivos: se identifican sobretodo el asesoramiento en anticoncepción (94%), atención y orientación en salud sexual (84%), control de embarazo (78%) y atención a mujeres que solicitan una ligadura tubaria (72%). Solo el 59 % cree que el servicio brinda asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado. Un 28% cree que se informa y se proveen métodos para interrumpir el embarazo y el 13% cree que se realizan abortos a solicitud de la mujer. Un 9% refiere desconocer que prestaciones se brindan en el servicio

Interrogados sobre cuáles son las cuestiones que dificultan el acceso de las usuarias al SSSyR: el 49% de los funcionarios administrativos/servicio encuestados refieren que las vías de información sobre el funcionamiento del servicio no son las adecuadas, el 36% considera que los mensajes que refuerzan la idealización de la maternidad son aspectos que dificultan el acceso y el 21% refiere que el servicio no es eficiente y no da respuestas a las consultas de las usuarias

16 La pregunta en este caso fue: Quisiera que me dijera, si usted cree que es justificable o no, que una mujer tenga derecho a abortar cuando se presenta alguna de estas situaciones?
(Escala del 1 al 10, donde 0=no se, 1=Nunca es justificable y 10=Siempre es justificable)

Los porcentajes citados en el texto corresponden a: para las causas asociadas a mayor justificabilidad, porcentaje de encuestados que siempre justificarían el aborto por esta causa (puntuaron 10); para las causas asociadas a menor justificabilidad, porcentaje de encuestados que nunca justificarían el aborto por esta causa (puntuaron 1)

5. Relación sanitaria

Para valorar los aspectos éticos en la práctica se planteaban tres situaciones, ante las cuales el funcionario debía tomar una actitud dada:

5.1. Caso 1. Una mujer joven de 23 años, sin hijos, le solicita a Ud., información sobre los procedimientos a seguir para que se le realice una ligadura de trompas por propia y libre decisión, ya que no esta en su proyecto de vida tener hijos. Como actuaría Ud?

Un 39% responde que respetaría su decisión y la derivaría a quien corresponda pero aclarándole que no cree que encuentre a alguien que le haga la ligadura, un 36% respondió que respetaría su decisión y la derivaría a quien corresponda para que concrete su demanda y un 18% trataría de disuadirla con diferentes argumentos para que cambie de decisión

5.2. Caso 2. Llega a Ud. una pareja que manifiesta querer tener hijos juntos. Al quedarse a solas con la mujer, ella le confía que está embarazada, que ese embarazo es producto de otra relación fuera de la pareja y que ella quiere abortar. Cree Ud. que:

El 30 % refiere que cree tener la obligación de respetar la decisión y el silencio de la mujer por sobre cualquier cosa, el 12% cree que debería convencer a la mujer para que cuente la verdad a su pareja.

5.3. Caso 3. Llega a Ud. una mujer extremadamente humilde y le plantea que desea interrumpir un embarazo no deseado de 8 semanas. Ud. sabe que la persona, difícilmente pueda acceder a la compra del misoprostol. Como actuaría Ud.?

El 70% aportaría toda la información necesaria para que la mujer sea asesorada sobre qué opciones tiene en su situación, el 9% trataría de convencerla para que cambie de decisión y continúe con el embarazo.

3. USUARIAS del SSSyR

1) Datos generales de las usuarias

1.1. Tramos de edad

	n	%
de 14 a 19	23	20,4%
De 20 a 29	41	36,3%
De 30 a 39	35	31,0%
De 40 a 49	14	12,4%
Total	113	100,0%

1.2.. Nivel de instrucción

	n	%
Primaria	36	31,9%
Secundaria incompleta	30	26,5%
Secundaria completa	29	25,7%
Nivel técnico y terciario	18	15,9%
Total	113	100,0%

1.3. Cuál es su ocupación

	n	%
Estudiante	13	11,5%
Ama de casa	49	43,4%
Empleada doméstica	12	10,6%
Cuenta propia	3	2,7%
Vendedora	2	1,8%
Empleada Pública	9	8,0%
Empleada Privada	13	11,5%
Jubilada o pensionista	1	,9%
Desocupada	5	4,4%
Otros	6	5,3%
Total	113	100,0%

1.4. Profesa alguna religión

	n	%
Si	14,2%	41,4%
No	85,8%	58,6%
Total	100,0%	100,0%

2. Concepciones y prácticas en relación a los DDSSRR

Nuevamente los derechos más reconocidos como tales fueron aquellos vinculados con el trato amable y respetuoso, la confidencialidad y privacidad, la ligadura de trompas por la sola decisión de la mujer y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos incluido el DIU, a lo que se agrega el derecho de ser acompañada durante el trabajo de parto y parto. Coincidentemente con lo visto para los técnicos/médicos, este reconocimiento baja ante situaciones como la realización de la episiotomía. Solo un 63% reconoce como derecho de la mujer la realización de la ligadura tubaria por su sola decisión.

Al preguntar sobre si estos derechos reconocidos son respetados en el SSSyR el 58% refiere que si. El 12% que no y el 31% no sabe.

3. Concepciones y prácticas en relación al aborto voluntario

Con respecto al grado de justificabilidad[17] de que una mujer tenga derecho a abortar ante determinadas circunstancias se identifican las tres causas ya mencionadas asociadas a mayor justificabilidad : cuando el embarazo ha sido producto de una violación sexual (90%), cuando el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer (82%) y para evitar el naci-

17 La pregunta en este caso fue: Quisiera que me dijera, si usted cree que es justificable o no, que una mujer tenga derecho a abortar cuando se presenta alguna de estas situaciones?
(Escala del 1 al 10, donde 0=no se, 1=Nunca es justificable y 10=Siempre es justificable)
Los porcentajes citados en el texto corresponden a: para las causas asociadas a mayor justificabilidad, porcentaje de encuestados que siempre justificarían el aborto por esta causa (puntuaron 10); para las causas asociadas a menor justificabilidad, porcentaje de encuestados que nunca justificarían el aborto por esta causa (puntuaron 1)

miento de niños con malformaciones (80%). En este colectivo las situaciones asociadas a menor justificabilidad son: cuando la mujer ha sido abandonada por su pareja (45%), cuando la pareja tiene varios hijos (37%) y cuando la mujer no desea ser madre en ese momento de su vida (34%).

Consultados respecto a cuales creen que son las mayores dificultades que enfrenta una mujer que decide realizarse un aborto señalan: desinformación (44%), culpa y conflictos internos (44%), y temor a la denuncia (36%).

Al solicitar su opinión sobre la despenalización del aborto: El 58% de los encuestados opina que el aborto debería despenalizarse en todos los casos por debajo de las 12 semanas, 33 % opina que debería despenalizarse solo en los casos con causas justificadas, el 7% considera que debería seguir estando despenalizado.

El 94% de las usuarias encuestadas considera que una mujer que se encuentra en situación de embarazo no deseado no aceptado y que desea interrumpirlo tiene el derecho a recibir asesoramiento médico y legal en el Hospital

El 21% de las usuarias refiere haber tenido una experiencia de interrupción de embarazo. El 77% de ellas lo resolvió utilizando misoprostol y el 18% recurrió a legrados en clínicas que proveen servicios de aborto. Al preguntarles quien le informo sobre la forma de conseguir este fármaco: 47% refiere que amigos, y el 35% médicos. Ante la necesidad de tener que conseguir misoprostol el 59% dice haberse sentido aliviada, el 47% angustiada y el 35% tensionada.

4. Acceso al SSSyR

La mitad de las usuarias refieren haberse enterado de la existencia del SSSyR a través del personal de salud.

Al explorar su conocimiento sobre las prestaciones del servicio, las mas conocidas son: Asesoramiento en anticoncepción, atención y orientación en salud sexual y asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado. El 36% cree que en el servicio se brinda información y provisión de métodos para interrumpir un embarazo (es de destacar que en el 61% de los casos eran usuarias entrevistadas en oportunidad de su primera consulta, antes de pasar al consultorio)

Dificultades para concurrir al SSSyR: distancia del domicilio al hospital, cuidado de los hijos/as, gestión de la consulta, costos de traslado.

Satisfacción general con la atención que recibe en el SSSR: 20% excelente, 39% muy buena, 40% buena, 2% regular

¿En qué aspectos podría mejorar el SSSR?: entrega de números, espera, nivel de información y apoyo que recibe por parte del personal.

5. Sobre salud sexual y reproductiva

Opinión sobre quien debe ser responsable del cuidado sexual de la mujer: 30% ella misma, 58% ella y su pareja

¿Sobre temas de Salud sexual y reproductiva a quien solicitaría información y consejo en primera instancia?: a la pareja: 43%, a su medico de confianza: 19%.

B. COMPONENTE CUALITATIVO

Se resumen los principales halazgos según líneas emergentes :

1. Representaciones sobre la población usuaria

Menosprecio

"…estamos limitados a una población un poco especial, y esto no me lo tomes a un clasismo, como una opinión…eh… sectaria o…segregatoria, yo lo que quiero decir es que contamos con un público que es de repente, de baja instrucción, y con bajo posibilidad de raciocinio". (Entrevista a médico/a).

Carga valorativa

"…esa capa social que atendemos… dentro de la cual están inmersos en la miseria, no trabajan y bueno llevan a una depresión de determinada manera…a que las mujeres no se levanten temprano…que se levanten mas tarde, que se desinteresen por una cantidad de cosas…y por eso también recibimos nosotros en la puerta de emergencia una cantidad de consultas que deberían ser de policlínica y vienen a dar acá a mediodía o de tarde". (Entrevista a funcionario/a).

Cultura de uso de las usuarias

Las usuarias "son a veces "dejadas" no siguen bien la fecha de las consultas de seguimiento y no muestran real interés"

Se entiende que esto se resolvería con educación e información. *"Hacen lo que quieren..."*

2. La atención (demoras, ausentismo)

Existen demoras aún con personal disponible

El modo de intentar "amortiguar" esto desde la Institución genera muchas veces más tensión

« Al perderse el buen trato de los médicos con los funcionarios, también se pierde el buen trato de los funcionarios con las usuarias y además como pasa a veces, si la usuaria está escuchando toma una actitud con la funcionaria diferente / de menos respeto. » (funcionario/a)

3. Relación sanitaria

Paternalismo como posición adoptada y como lugar en el que se queda colocado.

"…y de repente a veces me quedo pensando, pucha, y yo quien soy para decirle eso, pero de última…este, me creo con esa potestad porque me parece que tener… un poco más de hori-

zonte de lo que después puede tener la mujer… este, en ese sentido, pero eso es algo muy personal… no lo puedo generalizar a los colegas… pero creo que a veces conversando con otros nos vemos en eso, lo haces como un maternalismo, un paternalismo, pero bueno, no creo que sea por no defender los derechos del usuario, creo que es por que adoptamos una posición un poco… como el maestro con los alumnos". (Entrevista a médico/a).

Expectativa de obediencia

"… algunas se toman una pastilla, otras cuatro, otras se toman dos y las otras dos se las colocan, es decir muchas veces hacen lo que quieren".

(médico/a).

."… hay veces que te da rabia cuando vienen por tercera vez en busca de las pastillas, y pensas ¿en las consultas anteriores no escucharon nada, siguen sin cuidarse?". (médico/a)

4. Manejo de la confidencialidad

El CHPR es hospital-escuela: lo que se ven diariamente son casos de "estudio", los cuales son discutidos por los residentes, internos, profesores, médicos.

Instala una impronta en lo institucional que dificulta la confidencialidad

Concomitantemente se observa una actitud vigilante y crítica que busca preservar la confidencialidad

5. Clima Institucional: temor a la libre expresión

Clima de «alto riesgo» instalado que se manifiesta de distintas maneras:

Temor a la libre expresión resistencia para opinar sobre la interrupción del embarazo

Temor a la denuncia

6. Poder profesional. Medicina defensiva.

«trabajas mas mal, siempre temerosa, yo estoy temerosa que vos me jorobes con esto, estoy temerosa que el paciente me haga una demanda si yo me equivoco, estoy temerosa que la paciente que me venga a consultar por un aborto sea en realidad un chivo expiatorio de una… ¿entendés?»

(entrevista a médico/a).

«No sé. Hay mucha medicina defensiva, porque estamos con la espada de Damocles Y… se habla mucho de los derechos del paciente y yo todavía no escuché ni a nuestro Presidente que es médico ni a nuestra Ministra que es médica, hablar de los derechos del médico. …… promocionan y hacen bandera de las fallas de la técnica, del técnico profesional, y eso a nosotros nos baja la autoestima terriblemente y baja el concepto de la gente frente a la profesión

nuestra. No te voy a decir idealizarla pero por lo menos respetarla, como siempre se respetó. Entonces ahora estamos ahí, que la ética, que lo que debés, que lo que no debés, mas el miedo a todo…».

(Entrevista médico/a).

7. Representaciones sobre la interrupción de embarazos

El temor a la denuncia dificulta acceder a valoraciones explícitas sin embargo estas se expresan:

"…en general hay muchas que vienen con la idea de la interrupción, ¿entendés? ya vienen con eso y no hay quien la saque de esa decisión".

(Entrevista a médico/a)

8. Representaciones en relación al uso de Misoprostol

En emergencia las pacientes que vienen por uso de "misoprostol" son catalogadas como "*misoprostolazo*", y no son "bien vistas".

"…por lo menos evitás… grandes desastres. / Porque hemos llegado a ver infanticidios… con 20 y pico de semanas maniobras abortivas que son… espantosas para la madre y para el feto… las carnicerías feas, eso se acabó, eso a grandes rasgos se acabó". (Entrevista a médico/a)

9. Representaciones sobre el SSSR

Distorsionada por falta de información

Muy pocos profesionales de la salud entrevistados saben de que se trata el servicio, como funciona, que tipo de asesoramiento se brinda.

«El servicio está mal coordinado, no puede ser que se le de urgencia a casos que no lo son y que las usuarias se acostumbren a venir a cualquier hora; esto perjudica a los funcionarios en el funcionamiento aunque no perjudique siempre a las usuarias que obtienen buen asesoramiento.

Por otro lado la información se podría dar en talleres por ejemplo y no en una consulta de urgencia. / Hay otras policlínicas como oncología que son más urgentes y no tienen esa facilidad de acceso »

(entrevista funcionario/a)

"…ER- Sabes que tipo de servicios brinda el servicio?

"… si te digo la verdad, no, este, Ni se los horarios, ni se, (risas). Se que existe, y yo derivo muchísimos pacientes ahí".

(Entrevista a médico/a).

"No se conoce bien como funciona el servicio, ni como es que se procede muy bien, aunque ellos derivan muchas de las mujeres que llegan a emergencia al servicio".

(Entrevista a funcionario/a).

"…El servicio de asesoramiento tiene cierta clandestinidad "¿como es posible asesorar en algo que es clandestino?".(Entrevista a médico/a)

« un servicio que asesora en algo que está prohibido por la ley (el aborto), es en definitiva ilegal."

10. Representaciones sobre Iniciativas Sanitarias

Ambigüedad y misterio : falta de información

"…debería haber más información, sobretodo para nosotros, porque yo, me preguntan ¿en que día es que atienden? No sé. Y ¿dónde es que funcionan? No me acuerdo. Y ¿quiénes atienden? No sé". (Entrevista funcionario/a)

"…lamentablemente, acá cuando hay una información…este…no se transmite realmente al que tiene que llegarle…al usuario, se cierra en el círculo de gente…". (Entrevista a funcionario/a)

11. Actitud ante la información

Manejo o actitud ante la información como forma de "mantenerse al margen"

"Hay cosas que la gente no quiere saber"

"…no se lo que hacen, no tengo ningún contacto, yo derivo, no quiero saber nada de eso". (Entrevista a médico/a).

Una funcionaria de informacón al usuario entrevistada dice no saber si su compañera informa exactamente donde queda el servicio de SSR, porque entre ellas no comentan el tema : « es un tema delicado que depende de la confianza y va en cada uno »

"No se como son las consultas, mi función es prevenir no curar". (Entrevista a médico/a).

La comunicación intra-institucional es visualizada como problemática

"En el puesto de Información al Usuario de la entrada principal al Pereira, se tiene la idea de que en el Hospital de la Mujer se "cuida" mucho la información en relación al servicio de SSR y por eso a las usuarias les cuesta más llegar»

Los funcionarios especulan en función de comentarios que reciben de las usuarias

"Nunca existió la intercomunicación entre los servicios del hospital. Mi jefe nunca vino acá, nunca me invito a participar en nada del hospital, no hay comunicación". (Entrevista a médico/a).

ANEXO 2.

Profundización en la evidencia clínica sobre la decisión de las mujeres luego de la consulta de asesoramiento en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSSyR) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

1. RESUMEN EJECUTIVO

Introducción:

La estrategia asistencial de atención a la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado impulsada por Iniciativas Sanitarias se basa en que el acceso a información profesional de calidad en un contexto habilitante, confidencial, y respetuoso de la autonomía de la mujer, disminuye los riesgos y los daños asociados a la práctica del aborto en condiciones de riesgo, aun en un contexto legal restrictivo.

La implementación de servicios de asesoramiento que apliquen la ordenanza 369/04 –disposición del Ministerio de Salud Pública (MSP) que pauta la aplicación de esta estrategia- prevé la atención de la mujer en situación de embarazo no deseado en dos instancias: antes y después del aborto

El registro sistemático de la casuística del servicio en el CHPR ha permitido analizar el comportamiento de determinadas variables que se consideraron a priori trascendentes en relación al cumplimiento de los objetivos de esta estrategia de reducción de riesgo y daño

En el contexto de un estudio comparativo sobre la población asistida en dos periodos sustancialmente diferentes como lo son 2004-2005 Policlínica de asesoramiento y 2007-2008

Servicio Integral de Salud Sexual y Reproductiva nos muestra algunos cambios que generan nuevas interrogantes en relación al riesgo asociado al aborto inseguro.

Por ejemplo, mientras no se han producido cambios trascendentes en las características socio demográficas de la población que se asesora en este servicio, ni en la incidencia del uso de misoprostol como método abortivo, ni en los resultados que señalan la baja incidencia de complicaciones en relación al uso de misoprostol aun en contexto legal restrictivo (análisis de los casos de mujeres que realizan el control postaborto), hemos visto como ha aumentado sensiblemente el porcentaje de mujeres que luego de solicitar y recibir asesoramiento, no completan el proceso asistencial, no realizando el control postaborto.

La presente investigación busca conocer que ocurre con esas usuarias que enfrentadas a un embarazo no deseado, solicitaron y obtuvieron una consulta de asesoramiento profesional.

Objetivo general:

Mejorar la calidad de la atención a las mujeres en situación de embarazo no deseado-no aceptado en el SSSyR

Objetivos específicos:

1) Conocer la resolución de aquellas usuarias que no realizan la consulta post aborto luego de la consulta de asesoramiento por embarazo no deseado, en el SSSyR

2) Analizar las causas que llevan a las mujeres a no realizar la consulta de control postaborto en el SSSyR luego de la consulta inicial de asesoramiento, sobretodo las relacionadas con:

    i) Las características socioeconómicas y culturales de las mujeres que consultan

    ii) Las dificultades de acceso al SSSyR y específicamente a la consulta de control

    iii) La calidad de la atención en el SSSyR con énfasis en la percepción de las usuarias al respecto

    iv) La decisión adoptada por la mujer con respecto a la interrupción o continuación del embarazo luego de la consulta inicial de asesoramiento

3) Relacionar la ausencia de control con los resultados asociados a la situación de embarazo no deseado sobretodo en términos de ocurrencia de complicaciones inmediatas y acceso a métodos anticonceptivos

Metodología:

Metodológicamente el área de implementación de servicios de Iniciativas Sanitarias aplica la estrategia de supervisión capacitante por entender que la misma contribuye a alcanzar sus objetivos en términos de calidad de atención y sustentabilidad del cambio en la relación sanitaria, a la vez que genera el ámbito de trabajo propicio para que los profesionales de

los equipos de salud sean parte activa del proceso facilitando la reflexión sistemática sobre la práctica profesional.

En este contexto el equipo de investigadores/as esta conformado por los integrantes del equipo de salud del SSSyR, estando a su cargo el desarrollo de todas las actividades planificadas.

Durante todas las etapas del proyecto se ha tenido especial cuidado en el resguardo de la confidencialidad y el respeto a la autonomía de las usuarias.

Los resultados surgen del análisis de tres fuentes de datos:

- Formularios ASE y POS
- Herramienta de monitoreo de la calidad
- Entrevistas telefónicas a usuarias

Hipótesis de trabajo:

En forma arbitraria categorizamos las variables por las cuales las usuarias pueden decidir no volver a la consulta de control postaborto en 3 grupos:

- Variables que se relacionan con la forma en que las usuarias son atendidas en el servicio: información que se brinda, trato, percepción de las usuarias en relación a sus expectativas previas, etc.
- Variables relacionadas con la decisión final adoptada por la mujer o con la evolución clínica de su caso: LEC en puerta de emergencia, continúa con el embarazo, etc.
- Variables relacionadas con el acceso al servicio: usuaria mutual que debe pagar la consulta, etc.

Una última hipótesis a plantear es que la familiarización con el uso del aborto con medicamentos y la baja tasa de complicaciones hace que las mujeres se sientan seguras luego del aborto y desestimen la necesidad de consultar para controlarse.

Indicadores:

- Resolución/ decisión de las usuarias luego de la consulta de asesoramiento ante un embarazo no deseado - no aceptado
- Características socioeconómicas y culturales de las usuarias que consultan en el servicio en relación a la decisión adoptada y a la realización del control post aborto
- Percepción de las usuarias que solicitan asesoramiento por embarazo no deseado-no aceptado sobre la calidad de la atención brindada en el SSSyR
- Descripción cualitativa de los motivos que llevan a que las usuarias no realicen la consulta de control post aborto luego del asesoramiento

- Utilización de métodos anticonceptivos luego de la interrupción del embarazo y ocurrencia de complicaciones en la población de usuarias que realizaron el control post aborto en comparación con aquellas que no lo efectuaron

Recursos:

Recursos Humanos: el equipo de investigadores/as está conformado por el grupo interdisciplinario que lleva adelante la asistencia en el SSSyR.

Recursos materiales:

Formularios ASE y POS

Copias pautas de entrevista

Copias herramienta de monitoreo

Conexión telefónica

Recursos institucionales:

Estrategia de reducción de riesgos y daños en aplicación en el servicio

Referencia del CHPR y del SSSyR en temas de embarazo no deseado- no aceptado.

Infraestructura de Iniciativas Sanitarias que posibilita la realización de entrevistas y demás actividades del proyecto.

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Planificación	Diseño formatos de investigación Adaptación herramienta de monitoreo Definir vías de contacto de usuarias, y mecanismos de registro y análisis	Reuniones de equipo	Anexo 2. Consentimiento informado. Formulario de registro y guía de aplicación Anexo 3. Encuesta salida ajustada Anexo 4. Entrevista telefónica: pauta de entrevista y guía de aplicación
Implementación	Aplicación de estrategia de reducción de riesgos y daños Reclutamiento de participantes en investigación Contacto con usuarias que no regresan a la consulta post aborto	Asistencia de usuarias en situación de embarazo no deseado: consulta de asesoramiento pre y postaborto Aplicación de consentimiento informado Contacto telefónico con usuarias que no regresan al servicio luego de 4 semanas de la consulta de asesoramiento Registro sistemático Aplicación de herramienta de monitoreo de la calidad Llenado de formularios ASE y POS Registro de emergentes	Total usuarias que participaron del estudio: 94 Vinieron a la consulta post en SSSyR: 29 usuarias (30,9 %) No vinieron a consulta post en SSSyR: 65 usuarias (69,1 %) De ellas, 49 usuarias fueron entrevistadas telefónicamente (75,4 %) y 16 usuarias no se pudieron contactar telefónicamente (24,6 %) Anexo 5. Relatorio de emergentes

Análisis	Análisis y discusión de resultados Aplicación metodología supervisión capacitante	Sistematización de entrevistas telefónicas Sistematización de herramienta de monitoreo Sistematización formularios ASE y POST Elaboración de informe final de investigación Discusión de resultados en reuniones de equipo	Anexo 6. resultados herramienta de monitoreo de la calidad del asesoramiento Base de datos Informe final de investigación

3. RESULTADOS

Participaron del estudio, previo consentimiento informado un total de 94 usuarias, las que fueron asistidas en el SSSyR, habiendo solicitado una consulta de asesoramiento profesional ante un embarazo no deseado-no aceptado en el mes de junio 2008.

Las usuarias fueron asistidas por un equipo multidisciplinario integrado por ginecólogo/a u obstetra-partera y sicóloga.

En todos los casos se aplicó la pauta asistencial prevista en la Ordenanza 369/04, realizando la consulta de asesoramiento preaborto.

De estas 94 usuarias, habiendo transcurrido 4 semanas de la consulta inicial, 29(30,1 %) habían realizado la consulta postaborto en el SSSyR y 65 (69,1 %) no habían reconsultado por lo cual se aplicó la pauta de entrevista telefónica.

De estas 65 usuarias, se contacto telefónicamente a 49 de ellas (75,4%), restando 16 (24,6%) usuarias en las que no fue posible el contacto telefónico, ya sea por falta de respuesta a las llamadas, o por decisión del equipo de no reintentar luego de una primera llamada fallida por no estar dadas las condiciones que aseguraran la confidencialidad de la entrevista telefónica.

Tabla 1. Resolución/decisión de las usuarias luego de la consulta de asesoramiento en el SSSyR

Resolución/decisión	Número de usuarias	Porcentaje N=94
Interrupción efectuada	50	**53,2** %
Interrupción decidida y aún no efectuada	2	**2,1** %
Continuación del embarazo	20	**21,3** %
Aborto espontáneo	4	**4,3** %
La usuaria no estaba embarazada	5	5,3 %
Resolución desconocida	13	**13,8** %
Total	94	100 %

Cuadro comparativo. Características de las usuarias que interrumpieron voluntariamente sus embarazos y aquellas que decidieron continuar con el mismo				
Característica	Categorización		Usuarias que interrumpen el embarazo N= 50 Número (%)	Usuarias que continúan el embarazo N= 20 Número (%)
Edad de la mujer	Menor o igual 19 años		9 (18)	11(55)
	20 a 34 años		35 (70)	8 (40)
	Mayor 34 años		6 (12)	1 (5)
	Media		23 años	19 años
	Sin datos		0	0
Nivel instrucción	Sin instrucción		0	0
	Prim. incompleta		2 (4)	1 (5)
	Prim. Completa		4 (8)	5 (25)
	Sec. Incompleta		23 (46)	10 (50)
	Sec. Completa		3 (6)	2 (10)
	Nivel terciario		16 (32)	2 (10)
	Sin dato		2 (4)	0
Trabajo remunerado	No		24 (48)	11 (55)
	Si, formal		18 (36)	5 (25)
	S,i informal		6 (12)	3 (15)
	Sin dato		2 (4)	1 (5)
Cobertura sanitaria	Sin cobertura		4 (8)	1 (5)
	MSP carne gratuito		22 (44)	12 (60)
	MSP, carne arancelado		0	1 (5)
	Privada o BPS		19 (38)	5 (25)
	FFAA o SSPP		2 (4)	0
	Sin dato		3 (6)	1 (5)
Antecedentes obstétricos	Gestas	0	17 (34)	9 (45)
		1-3	26 (52)	9 (45)
		4 o mas	6 (12)	2 (10)
		Sin dato	1 (2)	0
	Abortos provocados	0	16 (32)	5 (25)
		1 ó mas	7 (14)	1 (5)
		Sin dato	27 (54)	14 (70)
	Hijos vivos	0	9 (18)	6 (30)
		1-3	22 (44)	7 (35)
		4 o mas	4 (8)	1 (5)
		Sin datos	15 (30)	6 (30)

Edad gestacional	Menor o igual 9 sem	34 (68)	10 (50)
	10-12 sem	7 (14)	6 (30)
	13-20 sem	2 (4)	0
	Mayor 20 sem	0	0
	Media	8 semanas	10 semanas
	Sin datos	7 (14)	4 (20)
Principal motivo para la interrupción	Proyecto vida	17 (34)	7 (35)
	Económico	22 (44)	4 (4)
	Sin pareja	2 (4)	1 (5)
	Muchos hijos	3 (6)	1 (5)
	Violencia sexual	0	0
	Otros	3 (6)	4 (20) (presión familiar, mala historia obstétrica, situación de pareja)
	Sin datos	3 (6)	3 (15)
Percepción del nivel de decisión de la usuaria para interrumpir el embarazo	Totalmente decidida a interrumpir	45 (90)	11(55)
	Con dudas	3 (6)	5 (25)
	Desea continuar con el embarazo	0	3 (15)
	Sin dato	2 (4)	1 (5)

Comentarios:

1. Sobre las variables asociadas a la decisión de interrumpir o continuar con el embarazo

Dentro del grupo de mujeres que continúan con el embarazo se observa un mayor porcentaje de mujeres jóvenes (55% adolescentes) y con factores asociados a mayor vulnerabilidad social (menor nivel de instrucción, cobertura pública de salud o carencia de cobertura). Desde el punto de vista estadístico se asocian significativamente la edad menor o igual de 19 años (OR 5,57 (1,54-20,22), RR 3,06, p: 0,001) y el nivel de instrucción primario (OR 8,00 (0,98-94,67), RR 4,50, p: 0,03) con la decisión de continuar con el embarazo.

2. Sobre la percepción del equipo técnico sobre el nivel de decisión de la usuaria para interrumpir el embarazo

El equipo técnico tiende a percibir mayor nivel de decisión para interrumpir el embarazo en aquellas mujeres que finalmente lo interrumpen, en comparación con aquellas que lo continúan. Esta asociación es estadísticamente significativa (OR 10,9 (2,11-63,66), p 0,001).

Planteamos que la fiabilidad de la percepción de los técnicos se ve limitada dado que la consulta es una instancia puntual en el proceso de toma de la decisión final y se inscribe para cada mujer en momentos diferentes de ese proceso. Los técnicos deben estar conscientes de ello, para generar un espacio habilitante para discutir opciones y no coartar directa o indirectamente la autonomía de las usuarias en este sentido

3. Sobre la relación entre los contenidos de la consulta de asesoramiento y la decisión final de la usuaria

Planteamos que las usuarias llegan a la consulta de asesoramiento por encontrarse frente a un embarazo no deseado-no aceptado, sin que ello deba suponer siempre una decisión tomada al respecto. Por lo tanto en el proceso de tomar una decisión, la consulta opera como un espacio para explorar opciones y reflexionar sobre los escenarios futuros relacionados con esas oposiciones. Ello se corresponde con las opiniones de las usuarias en las encuestas de salida.

Usuarias que habiendo interrumpido voluntariamente el embarazo no tuvieron control posaborto

Cabe destacar que de las 50 usuarias que interrumpieron su embarazo en el período del estudio, solo 4 no se controlaron luego de la interrupción en ninguna institución sanitaria

Comentarios:

1. Sobre los riesgos asociados a la falta de control post aborto

Dado que los casos en los que no hubo control son solo 4, no pueden extraerse conclusiones categóricas al compararlas con las usuarias que .

Hecha esta salvedad, en el presente estudio los riesgos asociados a la falta de control post aborto se relacionan con la posibilidad de isoinmunizacion Rh y con la falta de consejería y adopción de un método anticonceptivo y con ello de un nuevo embarazo no deseado

No se observan diferencias significativas en ocurrencia de complicaciones inmediatas

2. Sobre las causas asociadas a la falta de control post aborto

A través de las entrevistas telefónicas, las 4 usuarias que no se controlaron luego del aborto refieren que sus motivos para no controlarse son económicos y por falta de tiempo, incluso una de ellas aclara que no puede ir al hospital porque no le dejan llegar tarde al trabajo

No es posible realizar asociaciones estadísticamente significativas entre las distintas variables estudiadas y la decisión de controlarse o no luego del aborto, fundamentalmente por la reducida población de usuarias que no se controlan en el período de estudio

Características de las usuarias que habiendo interrumpido el embarazo se controlaron en SSSyR del CHPR o en otro servicio del sistema sanitario

De las 46 mujeres que tuvieron control posaborto luego de la interrupción del embarazo, 27 (58,7%) volvieron a controlarse al SSSR del CHPR, mientras que 19 (41,3%) optaron por controlarse en otras instituciones de salud.

Sobre las características de las usuarias que deciden controlarse en otros servicios:

Exceptuando el tipo de cobertura sanitaria, no se identifican características específicas en aquellas usuarias que decidieron controlarse en otros servicios o instituciones

En las entrevistas telefónicas, al preguntar sobre los motivos para controlarse en otros servicios fuera del SSSR del CHPR las mujeres refieren como motivo para ello:

- De las 9 que se controlaron en servicios privados:

  3 refieren que ello obedece a que en el CHPR tenían que pagar la consulta y 6 porque consideraron que el control lo podían hacer en su mutualista

- De las 10 que se controlaron en servicios públicos:

  4 lo hicieron en el SSSyR luego del mes de la consulta inicial, 3 consultaron en emergencia del CHPR por sangrado, 2 consultaron en el interior por cercanía (Florida y Las Piedras, centros en los que funcionan servicios que aplican la ordenanza) y en 1 caso desconocemos la causa

Decisiones sobre el método anticonceptivo

Un 47% de las usuarias que se controlaron en otros servicios refieren que no desean usar MAC. Planteamos que el no uso de MAC con posterioridad al aborto puede estar relacionado con que no recibió una consejería eficaz al respecto, o con aspectos más complejos de la salud sexual vinculados a la vivencia del aborto, planteables teóricamente pero cuyo conocimiento requieren mayor investigación clínica.

En el período del estudio, el 89% de las usuarias que se controlaron luego del aborto en el SSSR del CHPR adoptaron un método anticonceptivo

Complicaciones

5 usuarias (26%) de aquellas que se controlaron en otros servicios fuera del SSSR del CHPR refieren en la entrevista telefónica que tuvieron una "hemorragia" que requirió un LEC. No podemos concluir que estas usuarias hayan presentado una complicación hemorrágica. Lo que sabemos es que se les realizo un LEC, no requiriendo reposición con derivados hemáticos.

En el mismo período, 0,7 % de las usuarias que se controlaron en el SSSR del CHPR requirieron un LEC, sin otras complicaciones.

Relación de las usuarias con el sistema sanitario luego del asesoramiento, en función de su resolución/decisión

Tabla 2. Relación de las usuarias en situación de embarazo no deseado con el sistema de salud, luego de la consulta en SSSyR, según su resolución con respecto a la interrupción o continuación del embarazo

Resolución/decisión de usuarias en situación de embarazo no deseado (N=94)				Relación de la usuaria con el sistema de salud luego de la resolución/decisión			
				Control SSSyR CHPR	Control en otro servicio	No control	No aplica o Se desconoce
Interrupción del embarazo	Voluntaria	Efectuada	50	27	19	4	0
		No efectuada aún	2	0	0	0	2
	Espontánea		4	0	4	0	0
Continuación del embarazo			20	1	17	1	1
La usuaria no estaba embarazada			5	0	0	0	5
Se desconoce resolución			13	1	0	0	12
Total		Número	94	29	40	5	20
*del total de usuarias		Porcentaje*	100	30,9%	42,6%	5,3%	21,3%

Independientemente de su resolución/desición, el 73,5 % de las usuarias que consultan por embarazo no deseado-no aceptado, continúan en relación con el sistema sanitario luego del asesoramiento profesional

En el 30,9 % de las usuarias se evitaron los riesgos del APCR (usuarias que continúan el embarazo, que cursan abortos espontáneos o que no estaban embarazadas)

Entrevistas telefónicas.

Fueron contactadas telefónicamente un total de 49 usuarias luego de 4 semanas de la consulta de asesoramiento.

Tabla 3. Resolución/ decisión de usuarias que se contactaron telefónicamente

Resolución/ decisión	Número de usuarias N=49	Comentarios relevantes
Interrupción efectuada	23	100% de ellas usaron misoprostol 19 usuarias se controlaron luego del aborto en otros servicios sanitarios. 4 usuarias que no se controlaron luego del aborto

Interrupción decidida y aún no efectuada	2	Se identifican como causas en una de ellas la persistencia de miedos en relación al proceso del aborto mientras que en el otro caso aún no había procedido al uso de misoprostol a causa de la breve edad gestacional en curso
Continuación del embarazo	18	15 deciden continuar y están conformes con su decisión 2 deciden continuar con conflicto 1 continua con idea de interrumpir el embarazo pero no accede al misoprostol
Aborto espontáneo	4	100% se controlaron luego del aborto
La usuaria no estaba embarazada	2	Se descarta el embarazo luego de la consulta de asesoramiento con la realización de gravidotest solicitado en el servicio
Resolución desconocida	0	

Percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención recibida en el SSSyR

De las usuarias entrevistadas telefónicamente

- Al preguntarles si ¿Te sirvió la información que recibiste en la consulta? el 95,6% refiere que si y 4, 4% (1 usuaria) refiere que le falto información.

Estas percepciones se corresponden con las opiniones vertidas en las encuestas de salida aplicadas a usuarias del servicio durante el periodo del estudio, en las cuales el 78% de las usuarias refiere haber recibido el apoyo y la atención que necesitaba.

4. CONCLUSIONES

Durante el período de estudio, luego de la consulta inicial de asesoramiento ante un embarazo no deseado-no aceptado en el SSSyR del CHPR, el 53,5 % de las mujeres decide interrumpir el embarazo, el 21,3 % decide continuar con el mismo, el 4,3 % presenta un aborto espontáneo y el 5,3 % confirma que no estaba embarazada

Independientemente de su resolución/decisión, el 73,5% de las usuarias que consultan por embarazo no deseado-no aceptado, continúan en relación con el sistema sanitario luego del asesoramiento profesional (control posaborto voluntario o espontáneo, control obstétrico)

En el 30,9 % de las usuarias se evitaron los riesgos del APCR (usuarias que continúan el embarazo, que cursan abortos espontáneos o que no estaban embarazada), mientras que el 100% de las usuarias que interrumpen el embarazo lo hacen recurriendo a un método de menor riesgo como el uso de misoprostol

El 92% de las usuarias que solicitaron asesoramiento e interrumpieron voluntariamente el embarazo realizaron el control post-aborto.

La decisión de la mujer de controlarse en el SSSyR CHPR o en otro servicio se relaciona sobretodo con las posibilidades de acceso a otros servicios públicos y privados más que con la calidad de la atención recibida en el primero, según la percepción de las usuarias

La ocurrencia del control en distintos servicios no se relaciona con mayores riesgos para las usuarias, si bien llama la tensión la falta de adhesión y adopción de un método anticonceptivo seguro en la población de usuarias que se controló fuera del SSSyR del CHPR

La falta de control post-aborto parece relacionarse con un aumento del riesgo sobretodo asociado a la isoinmunización Rh y a la ocurrencia de un nuevo embarazo no deseado por la falta de consejería sobre métodos anticonceptivos, si bien el bajo número de usuarias que no se controlan, no permite sentar mayores conclusiones

En este sentido es cualitativamente relevante que las usuarias refieran aspectos económicos e inequidades vinculadas al género como situaciones asociadas a las dificultades de acceso al control post-aborto

Finalmente surgen de la presente investigación, líneas de trabajo en las que es preciso seguir profundizando como ser las relacionadas con las vivencias en relación a la experiencia del aborto y el seguimiento de las mujeres que deciden continuar con el embarazo.

ANEXO 3.

Integralidad de la consulta en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva[18]

RESUMEN:

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar una experiencia de aplicación de un modelo asistencial interdisciplinario en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del centro de referencia a nivel nacional, Hospital de la Mujer, Dra. Paulina Luisi, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) entre mayo 2007 y junio 2008. Se analiza la entrevista conjunta, integrada por médico/a-u obstetra partera y psicóloga, en la atención a las mujeres que llevan un embarazo no deseado-no aceptado, identificando las características específicas de este dispositivo, sus fortalezas y sus debilidades. Se considera fundamental integrar la visión de los profesionales del área biomédica, con quienes las psicólogas compartimos la consulta, sumado a las impresiones de las usuarias recogidas en las encuestas, los registros de los formularios psicológicos, y nuestra experiencia profesional en el Servicio.

Palabras Clave: Servicios de salud reproductiva; relaciones interprofesionales; embarazo no deseado/psicología; embarazo no planeado/psicología; aborto/psicología; encuestas de atención de la salud.

ABSTRACT

The objective of this work is to show an experience of an interdisciplinary assistance model application in the Sexual and Reproductive Health Service in the reference center at a national level, Hospital de la Mujer, Dra. Paulina Luissi, Centro Hos-

18 Stapff, C., Leus, I., Avondet, S. Pons, C., Bernardi, C., Correa, S., Rozada, E. Archivos de Ginecología y Obstetricia. Sociedad de Ginecotocologia del Uruguay, Montevideo, 2008. 46 (2: 39-74)

pitalario Pereira Rossell (CHPR) between May 2007 and June 2008. The joint interview composed by a doctor or a midwife and a psychologist, in the care of women with an unplanned and unaccepted pregnancy is analysed, identifying the specific features of this device, its strengths and weaknesses. It is considered essential to integrate the vision of professionals from the biomedical area with whom we, the psychologists, share the consultation, as well as the impressions of the users which were gathered in the surveys, records of psychological forms, and our professional experience in the Service.

Key words: Reproductive health services; interprofessional relations; unwanted pregnancy/psychology; unplanned pregnancy/psychology; abortion/psychology; health care surveys.

INTRODUCCION:

En el año 2004 se aprueba la Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública (MSP) (1), la cual incorpora al sistema de salud la atención a la mujer en situación de embarazo no deseado – no aceptado. La misma se implementa en el contexto de la Policlínica de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). A partir de mayo de 2007 comienza a funcionar el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

En el marco de las definiciones acerca de la promoción y desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos, se creó el Servicio como un esfuerzo conjunto entre el MSP, la Facultad de Medicina e Iniciativas Sanitarias (IS). Se priorizó la necesidad de integrar las diferentes áreas de la salud sexual y reproductiva de la mujer: anticoncepción, embarazo no deseado, violencia, sexología, educación para la maternidad y preparación para el parto. (2)

La estrategia asistencial de atención a la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado propuesta por Iniciativas Sanitarias (3) se basa en el acceso a información profesional de calidad en un contexto confidencial y respetuoso de la autonomía de la mujer. El modelo está orientado a disminuir los riesgos y daños asociados a la práctica del aborto inseguro. Dentro de un contexto legal restrictivo, posibilita la intervención en instancias previas y posteriores al aborto, incluyendo a la mujer en esta situación al Sistema de Salud. Se promueve un espacio de escucha, que habilita la expresión de sentimientos, valoraciones y motivos personales, desde un lugar de respeto y empoderamiento, fundamental para la toma de decisión en forma responsable, libre y conciente.

Esta problemática compleja que conjuga una múltiple dimensión bio-psico-social, requiere una comprensión y abordaje interdisciplinario orientado a la disminución de riesgos y daños tanto de la salud física como de la salud mental. Desde una visión integral de la usuaria, Iniciativas Sanitarias desarrolla un modelo de consulta que incluye el abordaje por el equipo médica/o u obstetra - psicóloga en pro de mejorar la calidad de los servicios de salud (4).

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

La interdisciplina surge entonces como una necesidad para poder comprender y resolver problemas complejos a la luz de propuestas más abarcadoras que potencian su comprensión y, frente a las cuales, resulta insuficiente la visión disciplinar. A su vez a través de la interacción entre diferentes campos del saber se llegan a formular preguntas diferentes y se generan nuevas metodologías.

La visión bio-médica y la psicológica remiten en última instancia a un mismo objeto, actuando en forma complementaria.

Desde el punto de vista psicológico, la mujer que valora la posibilidad de interrumpir un embarazo, transita una crisis vital que moviliza diferentes aspectos: sus valores, ideología, su relación con los otros, lo cual se ve redimensionado por las significaciones sociales ligadas al aborto y al marco de ilegalidad (5).

Según las Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento en Complicaciones del aborto de la OMS (6,7), una atención de alta calidad en casos de aborto es un componente esencial de todos los servicios de asistencia sanitaria de la mujer. Las pacientes necesitan un apoyo psicosocial y es necesario crear condiciones para que éstas tomen su decisión de manera consciente, en un espacio de escucha en donde no se sienta juzgada y logre disminuir la ansiedad.

El rol del psicólogo en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva

En la entrevista conjunta, la tarea del psicólogo consiste en

- Realizar un diagnóstico situacional
- Evaluar los factores de riesgo y protección
- Valorar el grado de decisión de las usuarias
- Realizar intervenciones terapéuticas
- Identificar los indicadores que puedan aumentar los daños en la salud mental post aborto.
- Derivar o realizar un seguimiento de la paciente en los casos necesarios

Como experiencia innovadora nos interesa dar cuenta de las particularidades de esta modalidad de abordaje, de este tipo de consulta médica que por su propia complejidad conlleva una importante carga emocional.

Nos planteamos investigar la percepción y el impacto que tuvo esta modalidad de trabajo conjunto en los médicos y parteras que intervinieron en esta experiencia.

METODOLOGIA

(A) ENCUESTA A LOS MÉDICOS/AS Y OBSTETRAS PARTERAS DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Realizamos una encuesta anónima para conocer la perspectiva de los profesionales médicos/as y obstetras-parteras con quienes compartimos la consulta durante un período entre 6 meses y 1 año de trabajo conjunto. Fue completada en forma espontánea por el 100% de los médicos/as y obstetras parteras (titulares y suplentes) que se desempeñaron en ese período en el Servicio (N=12)

1. ¿Cómo ha sido para usted la experiencia de integrar un equipo interdisciplinario?

Experiencia de integrar un equipo interdisciplinario	% (N=12)
Excelente	51
Muy Buena	40
Buena	9
Indiferente	0

La mayoría sintió necesario en esta oportunidad, ampliar su respuesta con algún comentario, de los cuales destacamos:

"*Me ha requerido el desarrollo de habilidades diferentes y de mayor autocrítica para recibir los aportes de las compañeras psicólogas. El proceso ha sido enriquecedor y por momentos laborioso*"

"...la experiencia es favorable ya que es evidente la mejora en la atención a las mujeres, así como el aprendizaje de cada uno de los integrantes del equipo acerca del área del compañero, lo que hace que cada uno tenga más insumos para abordar la consulta en solitario y no solo con el tema del embarazo no deseado."

2. ¿Considera que el trabajo en el S SSyR, el contacto con diferentes situaciones clínicas, puede tener repercusiones en el técnico?

El 100% contestó que SI.

¿De qué tipo?

"*Angustia, ansiedad, frustración*"

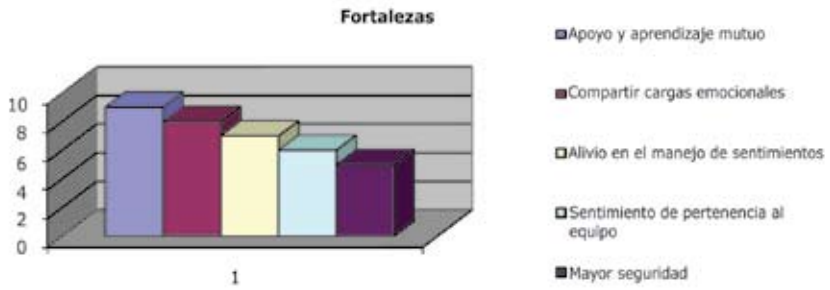
"*Es casi imposible enfrentarse a situaciones tan diversas y problemáticas, tan angustiantes y a veces cercanas a nosotros como seres humanos sin verse afectado y sensibilizado*".

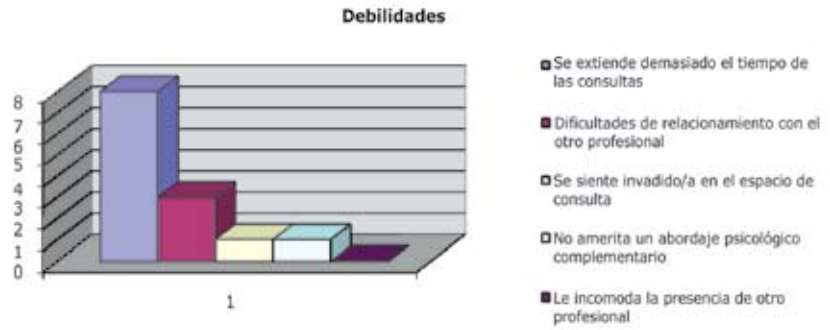
"*Si no las tuviera estaríamos en problemas. En este servicio el técnico se expone, se involucra y muchas veces no tenemos las herramientas para trabajar la transferencia que ello conlleva*".

3. En su caso, en el desempeño de su tarea, ¿cómo vive la presencia de una psicóloga en la consulta? :

El 100% lo clasificó como BENEFICIOSO. Las otras opciones eran: como un factor estresor e indiferente.

4. Seleccione las fortalezas y debilidades de la consulta conjunta





En Dificultades de relacionamiento con el otro profesional, así como en la premisa relacionada al Tiempo de las consultas, aclaran a continuación: *"Depende del profesional con el que esté trabajando".*

En `No amerita un abordaje complementario´, se especifica la referencia a la consulta por MAC.

5. Describa otros roles que usted cree que puede desempeñar una psicóloga en un equipo interdisciplinario más allá de la asistencia.

- Apoyo al equipo médico
- Tareas de investigación en salud mental
- Implementar una metodología que permita disminuir el desgaste emocional del equipo y mejorar las relaciones interpersonales
- Consulta individual en los casos que sea necesario
- Son pieza clave en este tipo de trabajo, a mi me ayuda muchísimo en lo interior. Además aprendo mucho.

(B). SELECCIÓN DE DATOS DE LOS FORMULARIOS DE SALUD MENTAL

Desde el mes de noviembre de 2007 se instrumentó un formulario para recoger algunos de los aspectos psicológicos de la usuaria que podían visualizarse en la consulta por asesoramiento. Este sistema de recolección de datos tiene como objetivo cuantificar determinados elementos que puedan ser claramente constatables por el profesional idóneo y que a su vez permitan un análisis o investigación cualitativa posterior.

Tomando en cuenta que en el período comprendido entre noviembre 2007 y junio 2008 hemos atendido en forma conjunta, más de 700 consultas por asesoramiento (pre y post), consideramos que los números son relevantes y cobran significado estadístico como tal, por lo que hemos seleccionado algunos ítems como indicadores para investigar.

En el formulario se contempla la presentación inicial de la mujer en la consulta y los sentimientos que se manifiestan en el transcurso de la misma. En más del 40% de las consultas predomina un sentimiento de angustia explícita. Esto da cuenta de la situación vital estresante que vive la mujer, así como la vulnerabilidad en la que se encuentra. Debemos aclarar que el hecho de que no se exprese angustia en forma manifiesta, no implica que no exista, ya que con alta frecuencia, la misma surge espontáneamente en la medida que transcurre la consulta. Esta realidad, caracteriza un tipo de consulta de alta demanda emocional, a la que el equipo se enfrenta en su tarea.

Varias investigaciones (8,9,10,11) reflejan como indicadores asociados a consecuencias psicológicas más severas, los antecedentes psiquiátricos de la mujer que aborta. En esta oportunidad se recogieron de las consultas la presencia de antecedentes, además de patologías psiquiátricas, situaciones vitales estresantes tales como: pérdidas perinatales, hijos con patologías, abortos anteriores espontáneos o provocados y violencia doméstica. En más del 40% de las consultas se detectaron antecedentes de riesgo, siendo necesario destacar que no se indagan como rutina de la consulta conjunta.

(C). LA OPINION DE LAS USUARIAS

En la búsqueda por fundamentar la importancia de la interdisciplina, no podíamos dejar de recoger la opinión de las propias mujeres (las que desconocen, cuando piden consulta, que encontrarán a dos profesionales). En la encuesta de salida que se aplicó en el mes de junio, a todas las usuarias del Servicio con la finalidad de evaluar la calidad de la consulta brindada. Uno de los ítems indaga acerca de cómo se sintieron con un profesional psicólogo en la consulta, teniendo como opciones: COMODA, INCOMODA, INDIFERENTE. El 97% de las mujeres responde COMODA, mientras que el 3% restante no tuvo consulta conjunta.

CONCLUSIONES:

Considerando la opinión de los profesionales del área biomédica con quienes compartimos la consulta, las vivencia de las usuarias recogidas en las encuestas, los registros de los formularios psicológicos, y nuestra experiencia profesional en el Servicio, podemos afirmar que:

- La modalidad de abordaje en equipo interdisciplinario resulta beneficiosa tanto en la calidad de atención a la usuaria, como en lo personal y profesional para los integrantes del equipo.

- Es necesario transitar por un proceso de aprendizaje y adaptación para trabajar con esta modalidad que genera cambios cualitativos en cada uno de los profesionales.

- El alto grado de estrés que generan este tipo de consultas, puede movilizar los aspectos emocionales en cada profesional.

- El sostén mutuo entre los profesionales del equipo es una efectiva prevención del desgaste generado por la tarea (burnout) y por tanto otra forma de reducción de riesgos y daños.

- La modalidad de abordaje conjunto permite entonces, a través del vínculo entre los integrantes del equipo, sostener estos aspectos y generar nuevas formas de intervención.

- El resultado de esta interacción puede visualizarse en el proceso que hacen las usuarias y lo que espontáneamente expresan acerca de la atención en el Servicio. En ocasiones este proceso de concientización y de fortalecimiento de toma de decisiones se extiende a otras áreas de la vida de las mujeres, propiciando mayor autonomía.

- Tomando en cuenta la alta frecuencia de antecedentes de riesgo psicopatológico, es necesario incorporar a la consulta la indagación sistemática de estos aspectos.

- El modelo de Iniciativas Sanitarias, la medicalización del aborto y la Ordenanza 369/04 han contribuido en la disminución de la morbimortalidad materna en nuestro país (4). Creemos que este abordaje interdisciplinario, es un pilar fundamental en la prevención y reducción de las secuelas psicológicas en la mujer en situación de embarazo no deseado, y que amerita nuevas investigaciones específicas.

El valor de la interdisciplina

Es importante destacar que no solamente las usuarias, el equipo médico, obstetras y la institución se ven beneficiados con la interdisciplina. Las profesionales psicólogas, como parte de este equipo, nos hemos visto enriquecidas en nuestra labor con el trabajo conjunto y desde ahí nos posicionamos para realizar esta fundamentación. La riqueza se encuentra en el equipo, en lo que se genera en forma conjunta, complementando saberes, modalidades y lenguajes. Encontrando eco en un grupo de profesionales sensibilizados y comprometidos con su labor en la defensa de los derechos humanos, con una actitud de apertura fundamental para poder trabajar en equipo, y sobre todo basado en los valores del profesionalismo: vocación, compromiso, competencia y disciplina. Esta articulación permitió conformar un acumulado de conocimiento que trasciende a cualquiera de las disciplinas en si, marcando una diferencia cualitativa hacia el cambio de la relación sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. *Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Normativa de atención sanitaria y guías de práctica clínica de la Ordenanza 369/04 del MSP. "Asesoramiento para una maternidad segura medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo". Montevideo: MSP, 2004.*

2. *Hospital de la Mujer. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública, Facultad de Medicina, Iniciativas Sanitarias. Proyecto de creación del Servicio Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo, 2006*

3. *Briozzo L. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2002.*

4. *Briozzo L, ed. Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: Arena, 2007.*

5. *Carril E, López Gómez A. Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Montevideo: Trilce, 2008.*

6. *Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra: OMS, 1995.*

7. *Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2003.*

8. *Anselmo MT, de Carvalho D. Factores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro 2006; 22(2): 365-375.*

9. *Broen, AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. Acta Obstetricia et Gynecologica 2006; 85:317-323.*

10. *Fisher W, Singh S, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, Dal Bello D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. CMAJ 2005; 172(5) 637-641.*

11. *Taft A, Watson L. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women´s experience of violence. BMC Public Health 2008; 8:75.*

ANEXO 4.

Grupo: "Desvinculo/ adopción, salud y derechos"

Desde Iniciativas Sanitarias, hemos enfocado el tema de la mujer en situación de embarazo no deseado- no aceptado, y elaborado una estrategia de abordaje integral, llevada a cabo a través de la implementación de la Ordenanza 369-04 del MSP, hoy incorporada en la ley No. 18.426. A través de la misma, se prevee que la mujer tenga un espacio de atención integral en el sistema de salud tanto anterior como posterior a la interrupción de su embarazo si es esa su decisión. En esas circunstancias, otro de los caminos posibles a plantear según dicha ordenanza, es continuar con su embarazo y decidir una alternativa de acogimiento familiar o la entrega en adopción del recién nacido.

La presencia de esta opción en la consulta de asesoramiento da la posibilidad de contactar e incluir en el ámbito sanitario, en forma precoz, a la mujer que transita el proceso de decisión de desvínculo de su hijo, saliendo así de caminos de exclusión y estigmatización. Sin embargo en la práctica nos encontramos con dificultades: la falta de formación e información para intervenir profesionalmente, así como la reticencia a abordar esta posibilidad, tanto de parte de las usuarias como de los integrantes del equipo de salud.

Con el interés en profundizar en las circunstancias que transitan las mujeres que deciden entregar su hijo en adopción, el impacto que tiene tanto en el recién nacido como en ellas mismas, las intervenciones profesionales durante el proceso de desvínculo y sus implicancias, hemos conformado en el año 2006 un grupo interdisciplinario enfocado al conocimiento y profundización de estos aspectos. (Médico Pediatra, Asistentes Sociales, Lic. en Psicología)

Nuestro propósito

En tanto operadores institucionales, nos planteamos propiciar un espacio donde repensar las prácticas profesionales, construir una comprensión integradora, apuntando a orientar intervenciones que contribuyan a mejorar las condiciones para prevenir o disminuir el impacto que implican las situaciones de desvinculo madre-hijo, y procesos de adopción centrando nuestra mirada en la condición de sujetos de derecho de los diferentes involucrados.

Fundamentación

Llamamos desvinculo a toda forma en que la madre biológica delega el cuidado del hijo en otra persona, familia o institución, siendo la adopción una de las formas posibles.

Desde múltiples visiones converge el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad y de exclusión del medio social en general y del sistema sanitario en particular, a las que quedan expuestas las mujeres que se encuentran en una situación de desvinculo, probable o más o menos concretado. Son depositarias del estigma social a la hora de verse en la imposibilidad de desarrollar la función materna, dentro de un imaginario social que la ubica como única responsable del destino del niño o niña.

Nos preguntamos cómo transita, por el sistema de salud o fuera de él, una mujer que decide desvincularse de su hijo, en qué condiciones realiza este proceso, y cómo puede tramitar el duelo que representa para ella y para el entorno inmediato. Centrándonos en estos aspectos nos encontramos con frecuencia con la vulneración de los derechos tanto de la mujer como del hijo. Los procesos que transcurren por las vías no formales no garantizan al niño, entre otras cosas, el conservar la información sobre su familia de origen, desconociendo así su derecho básico a la identidad.

Entendemos fundamental reflexionar acerca de las consecuencias que el manejo de estas situaciones puede generar en los procedimientos que operativizan el desvinculo madre-hijo, así como el impacto que suponen tanto para el niño como para la madre de origen.

Con esta finalidad generamos encuentros de discusión entre profesionales que actúan en diferentes momentos del proceso.

Actividades desarrolladas

En julio del 2006 hemos promovido la realización de la Jornada "Buenas Prácticas de Adopción", junto a la Dirección del CHPR, Hospital de la Mujer, Dra. Paulina Luisi, en que participaron diversos actores involucrados: INAU; CHPR; Depto. de Servicio Social; Abogados especializados en derechos de Infancia y Adolescencia, e Iniciativas Sanitarias.

Siendo un tema definido como prioritario por Iniciativas Sanitarias, se incluyó una mesa de debate para el abordaje de esta temática en el V Congreso de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva, realizado en abril del 2008. Como equipo hemos logrado la conformación de una mesa-panel, contando con destacados profesionales de nuestro medio, referentes institucionales, y con la psicoanalista argentina Eva Giberti, referente internacional en la temática de la mujer, adopción y derechos.

Las diferentes perspectivas contribuyeron a generar la reflexión y el debate respecto a los actores involucrados y a las prácticas institucionales e individuales, y, especialmente, a la madre de origen, como eslabón silenciado dentro de la cadena de adopción. Se bus-

có trabajar particularmente este aspecto como parte importante en la complejidad de los procesos de desvinculo.

Como resultado del impacto de la mesa, el grupo fue convocado desde el Hospital de Flores, a co-organizar junto con dicho hospital y con el apoyo de ASSE e INAU (Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay), una jornada de sensibilización y capacitación en coordinación con el Depto. de Servicio Social del CHPR y representantes institucionales de INAU. Se realizó en setiembre de 2008, donde participaron operadores de salud que intervienen desde diferentes lugares en las situaciones de desvínculo. Esta experiencia fue evaluada como muy enriquecedora para todos los participantes, invitados y equipo de coordinación.

En el marco de un **proyecto de elaboración de un material bibliográfico, de orientación para las prácticas profesionales**, en una primer etapa se ha organizado de setiembre a noviembre de 2008, un Ciclo de Debate: *"Desde la revisión y el intercambio… hacia la contribución colectiva a las prácticas sobre el desvínculo/adopción"* contando con el apoyo del Programa Nacional de la Niñez y del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. El mismo consistió en tres mesas de exposición y debate en torno a los siguientes ejes temáticos:

1. Formas en que el/la niño/a privado/a de su familia de origen es integrado/a a otra familia

Fundamentación.

Implicancias en el niño, la familia de origen y la familia adoptiva.

2. El/la niño/a y la familia adoptiva o la que se hace cargo de su crianza.

Identidad. Construcción del relato de la historia familiar. Características del vínculo. Desvínculo y desarrollo de psicopatología.

3. La madre y/o familia de origen.

Situación vital. Recursos para la intervención. Implicancias de su abordaje.

Destacados profesionales expertos en la materia han realizado sus aportes con la perspectiva de diferentes colectivos profesionales. El intercambio contribuyó a generar una comprensión integradora de las diversas miradas de la problemática. Desde este enfoque interdisciplinario e interinstitucional surgieron orientaciones que se incluirán en los contenidos del libro así como líneas de acción para encontrar mejores soluciones a las dificultades identificadas en los diferentes momentos de los procesos de desvínculo madre/hijo y/o adopción.

En el mes de abril del 2009, co-coordinamos la realización de la Jornada sobre adopción, *"Reconstruyendo prácticas y compartiendo responsabilidades"* en la ciudad de Rivera, en articulación con INAU, Inamu, MIDES y ASSE-MSP. En la misma se generó un espacio de reflexión colectiva, orientada tanto a la sensibilización como a la promoción de buenas prácticas profesionales. Particularmente, esta instancia contribuyó a la articulación entre diferentes instituciones que teniendo intervención en el mismo tema generalmente actúan en forma aislada.

En conjunto con la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), hemos elaborado un documento con aportes a las modificaciones del Código de la Niñez y la Adolescencia referidas a la adopción, el cual fue enviado en agosto del 2009, a Cámaras de Diputados y Senadores con el interés de poner a consideración diferentes aspectos psicológicos referidos a los involucrados en los procesos de desvínculo y adopción.

Nuestras metas

-Generar herramientas dirigidas a operadores de salud, promoviendo un adecuado abordaje en los diferentes momentos del proceso de desvínculo - adopción.

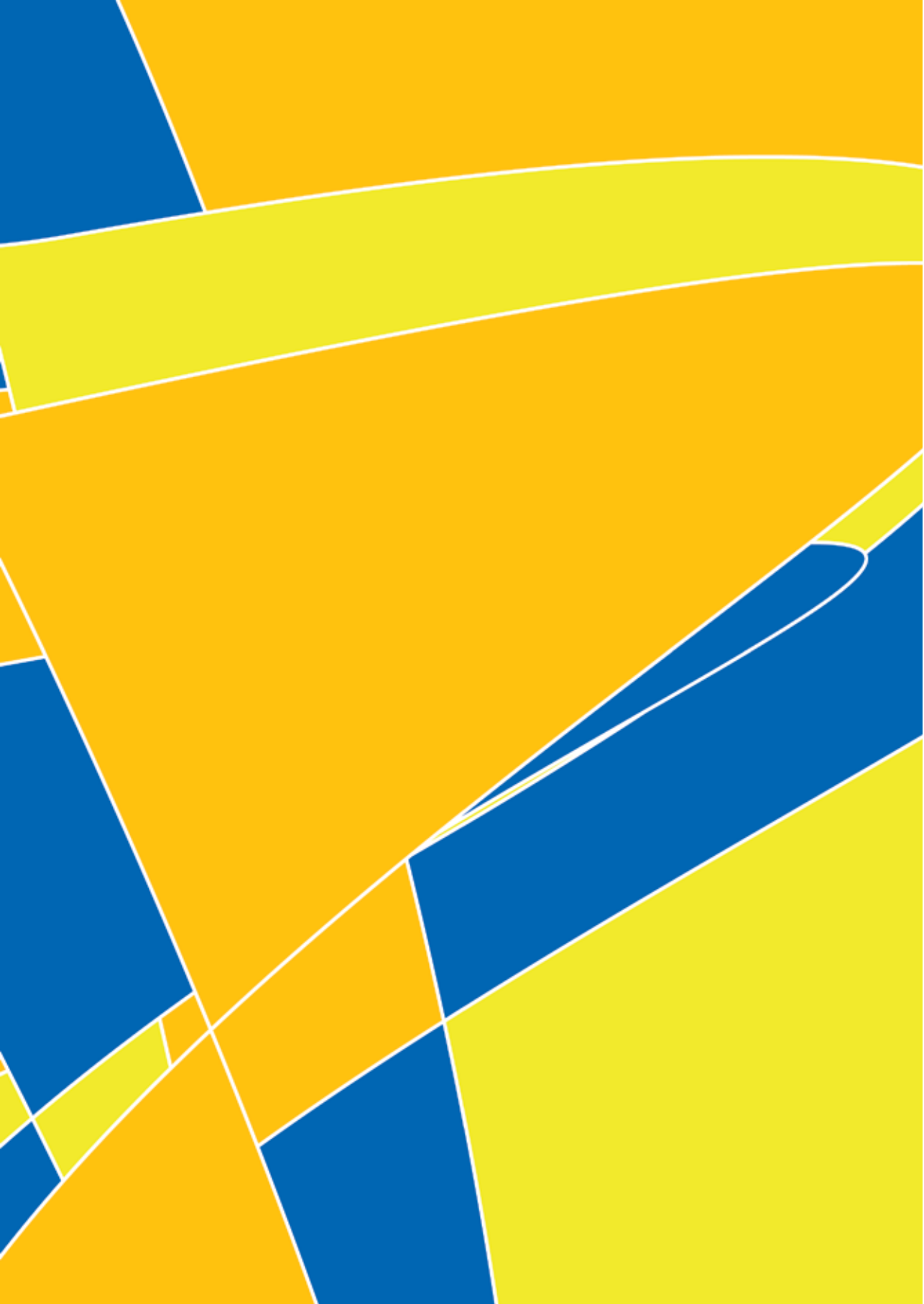
-Desarrollar acciones orientadas a sensibilizar y capacitar a los equipos de salud, con un enfoque de derechos, para contribuir a mejorar la calidad de la atención en estas situaciones.

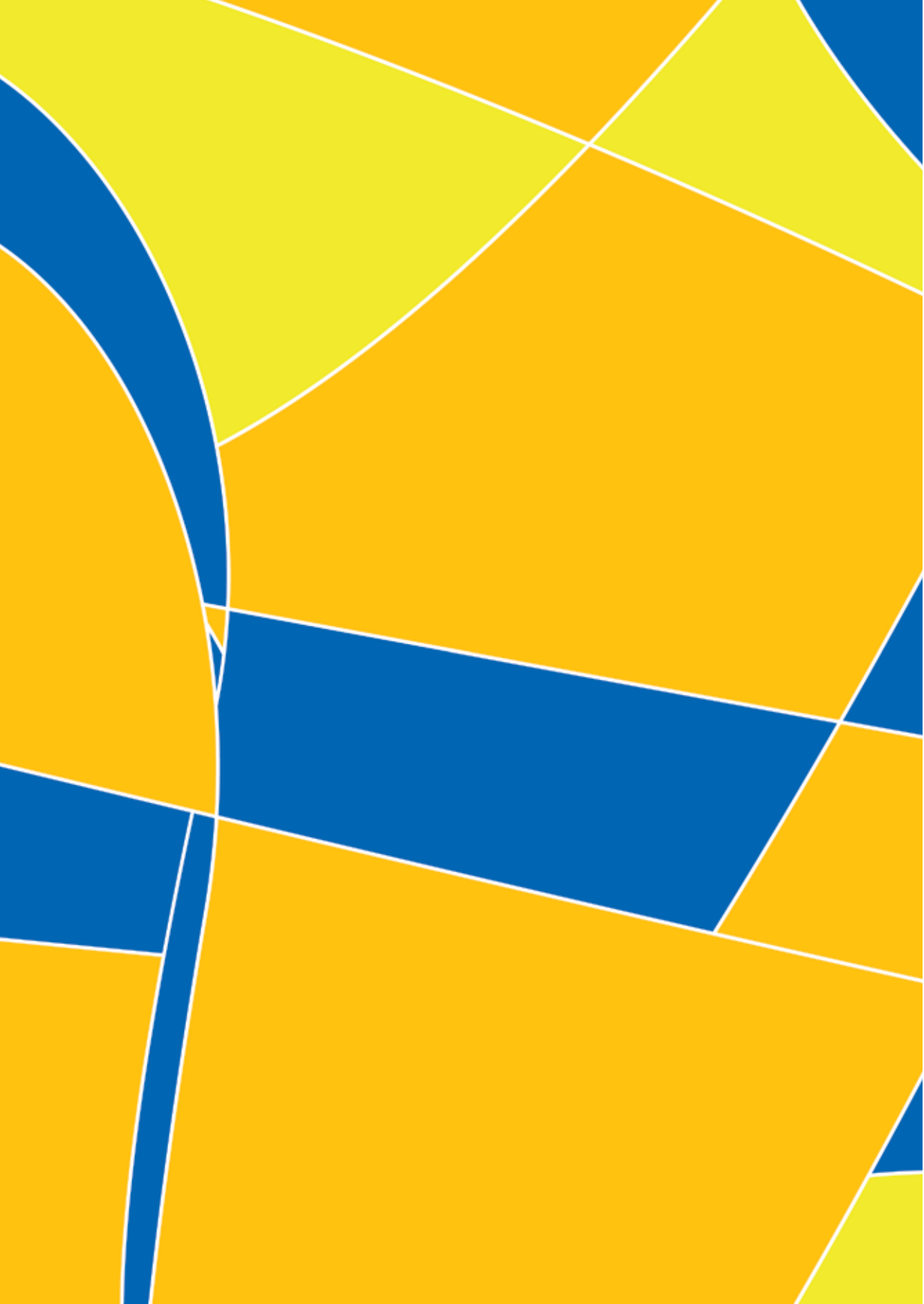
-Propiciar la articulación interinstitucional con la finalidad de construir espacios de atención y acompañamiento psicosocial a la mujer en el proceso de decisión del desvinculo de su hijo, así como el seguimiento posterior en los casos en que este se produce y la usuaria o su entorno inmediato así lo requieran, aportando a la construcción de "rutas de acceso" y "redes de sostén".

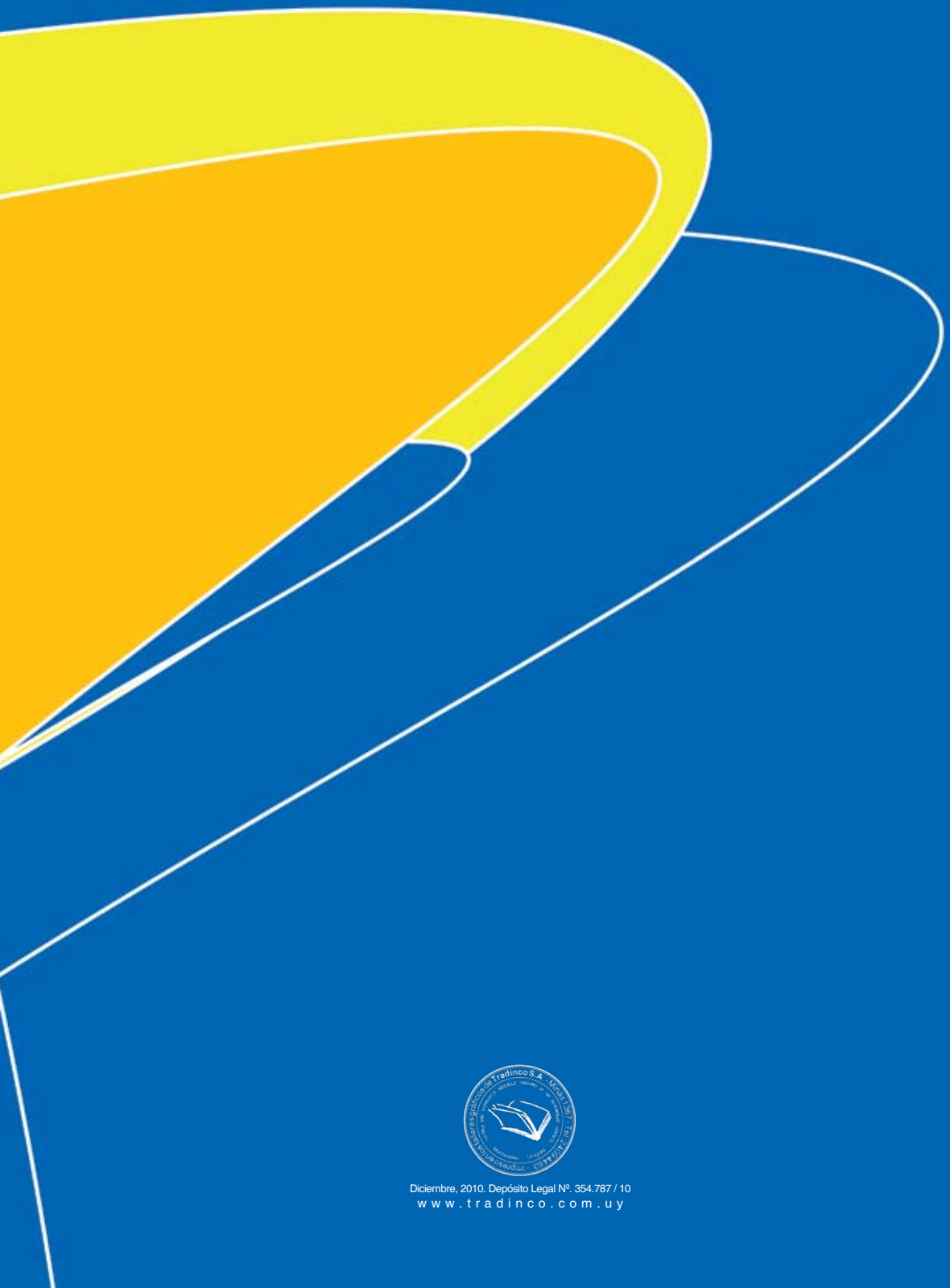
Equipo responsable

Lic. Ivana Leus
Dr. Bernardo Alonso
Lic. Silvia Avondet
Br. Julieta Potrie

Jornada De la adopción al desvínculo madre de origen-recien nacido. ¿Derechos contrapuestos?
Ciudad de Flores







Diciembre, 2010. Depósito Legal Nº. 354.787 / 10
www.tradinco.com.uy