

2006
A UN AÑO
DE GOBIERNO PROGRESISTA

Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva

CNS
MUJERES

Informe elaborado por

Alejandra López Gómez

Lilián Abracinkas

Solana Quesada

Esther Arrambide

Edición de CNS mujeres por democracia, equidad y ciudadanía

© cns mujeres

Salto 1267, Montevideo – Uruguay

Teléfono: (598-2) 4104044

Correo electrónico: cnsmujeres@adinet.com.uy

www.chasque.net/comision

Montevideo, mayo de 2006.

Esta publicación está basada en el monitoreo a las políticas públicas en salud sexual y reproductiva realizado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) para CNS mujeres, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA) en el período comprendido entre marzo de 2005 y febrero de 2006.

Responsables del monitoreo: Alejandra López Gómez y Lilián Abracinskas

Informe elaborado por: Alejandra López Gómez

Integrantes del equipo: Solana Quesada y Esther Arrambide

Coordinación general de CNS mujeres: Lilián Abracinskas, Alba Aguilar, Leonor Rodríguez, Milka Sorribas, Cristina Gómez, Clara Fassler, Victoria Bugallo y Brenda Álvarez.

Corrección de textos: Patricia Acosta y Victoria Bugallo

Diseño de tapa: Maca

Diseño interior: Andrés Cribari y Rodrigo López

Impresión: Zonalibro S.A.

Depósito legal: 339.114 / 06

Índice

Prólogo.....	5
1. Introducción	9
2. Las políticas en Salud Sexual y Reproductiva en un nuevo contexto de reforma del Sistema de Salud	17
3. Resultados del monitoreo	23
• Programas en salud sexual y reproductiva.....	23
• Normativas sanitarias en salud sexual y reproductiva	50
• Mecanismos en salud sexual y reproductiva	68
4. Consideraciones finales.....	79
Documentos y bibliografía consultados.....	83
5. Anexos	87

Prólogo

Hacer el seguimiento de la voluntad política de los gobiernos para superar las situaciones de discriminación que afectan a las mujeres y monitorear las políticas y programas tendientes a generar la igualdad de género es uno de los cometidos fundamentales de la Comisión Nacional de Seguimiento, mujeres por democracia, equidad y ciudadanía.

Esta tarea tiene como objetivo evidenciar los logros, avances, obstáculos y dificultades para dar cumplimiento a los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en Conferencias y Convenciones del Sistema de Naciones Unidas así como medir los niveles de implementación de las recomendaciones emanadas en sus programas de acción para mejorar las condiciones de vida de la población promoviendo, respetando y garantizando sus derechos humanos.

Desde que en 1996, Uruguay comenzó a ampliar las prestaciones en salud sexual y reproductiva trascendiendo el tradicional modelo de atención materno-infantil, la CNS mujeres ha realizado acuerdos con las organizaciones feministas expertas en este terreno, para dar seguimiento a este proceso. Esta publicación recoge el análisis realizado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) sobre el estado de situación de la salud sexual y reproductiva en el contexto del primer año de gobierno progresista y de su propuesta de reforma del sistema de salud. Con rigurosidad fueron analizados los programas elaborados por las nuevas autoridades, las normativas generadas, el funcionamiento de los mecanismos de participación de la sociedad civil y relevado el estado de situación a través de entrevistas a directores nacionales y departamentales del sistema público. Pero además fue incorporada, por primera vez en estos monitoreos, una exploración sobre las instituciones del sector privado de salud por considerar que son también actores responsables en generar condiciones para que las personas puedan ejercer plenamente sus derechos. Queremos expresar nuestro reconocimiento al equipo de MYSU y agradecerles la excelente labor y el compromiso con el que fue realizado este monitoreo.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son uno de los ejes fundamentales en la construcción de ciudadanía y en la profundización de la convivencia democrática.

Tener condiciones para vivir la sexualidad con libertad y placer y poder tomar decisiones sobre la reproducción con responsabilidad y sin sufrir coacción ni violencia, son necesidades de las personas que deben ser atendidas por los gobiernos y garantizadas por el Estado. Sin embargo, éste ha sido un terreno de lucha por lograr la legitimidad y el reconocimiento de estos derechos particularmente por parte de decisores políticos y de profesionales de la salud y la educación.

Si bien se han registrado avances en la intención de incorporar la salud sexual y reproductiva al sistema de salud y en esta Administración se dieron señales importantes de cambio al generar nuevos programas y publicar normativas ordenadoras de la atención en un terreno novedoso para los profesionales y los equipos de salud, todavía hay mucho camino por recorrer. Hasta el momento no existe en el país un plan nacional que garantice la integralidad de las políticas en salud sexual y reproductiva y atienda los distintos requerimientos de hombres y mujeres, de acuerdo a sus edades, orientaciones, condiciones y ubicación geográfica.

Las inequidades en el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva en las capitales departamentales y en distintas ciudades y pueblos, es notoria. Por ejemplo, la distribución de los métodos anticonceptivos en las pequeñas localidades no está garantizada ni es sistemática, lo que deja un número significativo de mujeres y, particularmente, de población joven sin posibilidades de acceso a los mismos en el marco de la consulta de salud. La cantidad de métodos anticonceptivos que cada departamento recibe no es suficiente para la demanda existente. Esta situación no se debe a la falta de insumos sino a las debilidades en la planificación de los servicios y a las dificultades administrativas.

Por otro lado existen diferencias en los esfuerzos realizados por incorporar la conceptualización de derechos sexuales y derechos reproductivos y de equidad de género a los programas, normativas y servicios. Las personas entrevistadas con responsabilidades nacionales o departamentales expresaron la necesidad de contar con capacitación permanente al personal y con recursos para la promoción, información y educación de la población usuaria. Pero, si bien se ha tratado de avanzar en estos aspectos, la capacitación brindada hasta la fecha no ha sido suficiente para transformar el modelo médico hegemónico que se brinda en los servicios, anclado en la atención materno-infantil.

Las normativas elaboradas no han logrado difundirse dentro del sistema de salud y son desconocidas por los equipos de los servicios públicos y privados, por lo tanto su aplicación es parcial y depende del interés de las direcciones y los equipos de salud de los centros. El organismo rector en salud no cuenta con un plan de difusión así como tampoco con los mecanismos para la fiscalización de su cumplimiento. Autoridades consultadas expresaron que uno de los objetivos de este quinquenio es contar con dispositivos de

control que permitan *“identificar las disfunciones y corregirlas a través de la capacitación, persuasión y sanción.”*

Otra de las debilidades, ya identificadas anteriormente, pero que se sostienen en esta Administración es que los programas no tienen criterios para la evaluación de la gestión, no hay especificaciones respecto a resultados e impactos esperados, indicadores de seguimiento a la calidad de la atención ni formas previstas de evaluación de los recursos humanos y del presupuesto requerido. Tampoco se cuenta con recursos financieros suficientes como para estructurar un sistema de evaluación sistemático.

Estos riesgos, como ya lo hemos señalado en otras oportunidades, queremos volver a remarcarlos porque un sistema de salud que no jerarquiza la evaluación de la gestión corre el riesgo de caer en la reiteración de estrategias ineficaces, en la invisibilización o desconocimiento de experiencias exitosas y en la no generación de la información necesaria para revisar y adecuar las políticas y las intervenciones. Esta carencia obstaculiza y dificulta enormemente, además, la tarea de monitoreo y control que la ciudadanía tiene derecho a realizar.

Los resultados de este monitoreo, como ejercicio de control ciudadano, están dirigidos particularmente a las organizaciones sociales que componen el movimiento de mujeres, con la intención de suministrarles insumos para sus acciones de incidencia política. Con esta publicación queremos llegar también a responsables e integrantes de los servicios de salud, para compartir con ellos los hallazgos como un aporte al proceso de mejorar sus intervenciones en salud sexual y reproductiva. A los decisores políticos responsables de garantizar las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, este material les será de utilidad para orientar sus acciones y decisiones. Por supuesto que otro de nuestros públicos prioritarios son periodistas, productores/as y responsables de los medios de comunicación porque con ellos y ellas contamos para informar a la población sobre los contenidos de este trabajo.

Agradecemos al Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA) por el apoyo otorgado para la realización del monitoreo y de su publicación, a las compañeras de MYSU por su excelente trabajo y a todas las personas que hicieron posible esta edición en el marco de las acciones del 28 de mayo, “Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres” como un aporte de CNS mujeres a la lucha por el derecho pleno a la salud de las mujeres en Uruguay.

CNS Mujeres
por democracia, equidad y ciudadanía
Montevideo, mayo 2006.

1. Introducción¹

Esta publicación recoge los principales resultados obtenidos en la implementación del monitoreo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva definidas en el año 2005, en el contexto de una nueva administración de gobierno nacional.

El nuevo escenario político, con la instalación de un gobierno nacional de izquierda² a partir de marzo de 2005, ubica el desarrollo del monitoreo en un contexto novedoso en la vida política del país. En tal sentido, las políticas en salud sexual y reproductiva, deberán analizarse en el marco de la propuesta de reforma del sector salud, la cual constituye una de las prioridades de la agenda del nuevo gobierno.

El **monitoreo ciudadano** es una de las herramientas de carácter político – técnico de mayor importancia en el desarrollo de **estrategias de incidencia política** desde las organizaciones de la sociedad civil. La finalidad del monitoreo ciudadano es contar con información confiable y consistente que permita incidir en la calidad y transparencia³ de los actos de gobierno, a través de la participación y el control ciudadano.

El monitoreo se puede definir como *“una herramienta que permite indagar y analizar a través de un proceso continuo, el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con la planificación inicial de un Programa. Permite detectar deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución.”* (Programa Ciudadanía y Sexualidad. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Bs. As. – CEDES, Argentina, 2005)

1 A los efectos de facilitar la lectura del documento, se utilizará el genérico masculino.

2 En marzo de 2005 asumió la Presidencia de la República, el Dr. Tabaré Vazquez (Frente Amplio), por un período de cinco años hasta marzo de 2010.

3 Transparencia: claridad en el funcionamiento de las instituciones. El concepto está vinculado al acceso de la ciudadanía a información y a documentos públicos que permitan realizar un control ciudadano de los actos de gobierno. (tomado de *Programa Ciudadanía y Sexualidad*. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Bs. As. / CEDES. Argentina, 2005)

En el caso del monitoreo ciudadano, el foco se ubica en el análisis de las **políticas públicas**, a los efectos de identificar sus objetivos, contenidos, implementación, recursos y evaluación de sus resultados.

Desde una perspectiva, las políticas públicas pueden definirse como las *“directrices que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, considerado por la sociedad como valor de interés público”* (Gómez Arias, 2003). En un estado democrático de derecho, las políticas públicas deben ser definidas por la autoridad legítima y deben privilegiar el interés colectivo por encima del interés particular. Las mismas se expresan en disposiciones legales y jurídicas y en planes, programas y proyectos gubernamentales.

En suma, la política pública se expresa en el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno y/o los poderes del estado, para dar respuesta a una problemática considerada prioritaria, de interés colectivo, o un bien social.

El monitoreo realizado se planteó como **objetivo principal**, contar con información calificada que permita incidir en las instancias responsables de la definición e implementación de políticas públicas (en los niveles nacionales y locales), convirtiéndose en un instrumento útil para aportar conocimientos, datos e insumos para diversos actores sociales, decisores, población en general y las mujeres en particular.

Se tomó como criterio temporal para su implementación, el período marzo 2005 – febrero 2006, es decir el primer año del nuevo gobierno nacional. En cuanto al alcance, el mismo comprendió las definiciones programáticas en salud sexual y reproductiva de las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública, las orientaciones definidas desde las autoridades municipales del gobierno de Montevideo⁴ para las políticas en salud sexual y reproductiva a nivel departamental, y finalmente, la perspectiva desde autoridades del sector privado – mutual en este campo.

Debido al período analizado, el monitoreo se centró fundamentalmente en los aspectos de *definiciones político – programáticas* de las nuevas autoridades (tanto a nivel ministerial como a nivel del gobierno de Montevideo), por entender que no era pertinente analizar, para este período, la implementación de las nuevas políticas en los servicios de salud.

⁴ En agosto de 2005, asumieron las nuevas autoridades de los gobiernos departamentales en todo el país. En el caso de la Intendencia Municipal de Montevideo, el partido de gobierno continua siendo el Frente Amplio, al igual que en los tres períodos anteriores.

Los **objetivos específicos** trazados fueron los siguientes:

1. Analizar la formulación de los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva en cuanto a sus metas, objetivos, presupuestos y disponibilidad de recursos humanos.
2. Identificar y analizar los mecanismos formales de coordinación intra e interinstitucional existentes en salud sexual y reproductiva.
3. Analizar la formulación y difusión de las normativas existentes en salud sexual y reproductiva.

El monitoreo se centró en el análisis de tres componentes fundamentales de las políticas públicas y en particular en salud sexual y reproductiva: programas, normativas sanitarias y mecanismos interinstitucionales.

Los programas constituyen las directrices fundamentales que la autoridad sanitaria se propone impulsar y velar por su implementación en todo el territorio nacional. El MSP cuenta con 13 programas prioritarios, dependientes de la División Salud de la Población de la Dirección General de la Salud (DIGESA). Entre estos programas prioritarios, se encuentran dos que se relacionan directamente con componentes de la salud sexual y reproductiva. Estos dos programas fueron los seleccionados para este monitoreo: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, y Programa Nacional de ITS / SIDA.

Las normativas sanitarias constituyen una de las herramientas fundamentales para la implementación de las directrices programáticas en los servicios de salud. Se elaboran a partir del enfoque teórico - técnico que la autoridad sanitaria pretende impulsar y se basan en evidencias científicas actualizadas y consensuadas por la comunidad científica internacional. Son guías clínicas orientadoras para los equipos de salud que actúan en los servicios de todo el sistema nacional de atención (públicos y privados). Entre las normativas vigentes en el MSP, fueron seleccionadas aquellas que remiten específicamente a tópicos de la salud sexual y reproductiva.

Los mecanismos de participación social constituyen espacios institucionalizados de relacionamiento estado – organizaciones de la sociedad civil en relación a una agenda específica. Pueden tener diferentes objetivos y alcances, pero en términos generales se puede afirmar que constituyen espacios de diálogo, construcción de consensos, identificación de disensos, negociación, asesoramiento y participación en la definición y / o evaluación de una política pública determinada. En el caso de la salud sexual y reproductiva, el monitoreo incluyó a los dos mecanismos específicos existentes en esta agenda.

¿Cómo se realizó el monitoreo?

A los efectos de recoger la información relevante para el monitoreo, se priorizaron dos técnicas: entrevistas a informantes calificados y análisis de documentación pública. Las entrevistas⁵ fueron realizadas a autoridades ministeriales y municipales: directores de programas, directores de divisiones, directores departamentales de salud, directores de hospitales.

Los documentos que se analizaron fueron aquellos que contenían información de interés para el seguimiento: actas de creación y funcionamiento de mecanismos de participación social, normativas y/o guías clínicas editadas, resúmenes de actuaciones, ordenanzas ministeriales y documentos de los programas, entre otros.

Se incluyeron seis departamentos del país, tomando como criterios para su selección: ubicación geográfica, situación epidemiológica y sociodemográfica y representación política de los partidos gobernantes en las Intendencias Municipales.⁶ Ellos fueron: Artigas, Canelones, Colonia, Maldonado, Tacuarembó y Rivera.

La inclusión de la Intendencia Municipal de Montevideo respondió a la trayectoria que la misma tiene en la implementación de políticas departamentales en salud sexual y reproductiva a través de su *Programa de Atención Integral a la Mujer*, y a ser la única Intendencia que cuenta con un Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos (que incluye un capítulo sobre derechos sexuales y derechos reproductivos)

Las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) fueron elegidas tomando en cuenta la cobertura, oferta de servicios en salud sexual y reproductiva y la capacidad de inversión.

Tanto para la realización de entrevistas a informantes claves, como en el análisis documental se diseñaron pautas específicas.⁷

5 En un total de 26.

6 Se tomó en cuenta el nuevo mapa departamental que se configuró a partir de las elecciones municipales de mayo de 2005.

7 Ver Anexos.

En función de los criterios mencionados, el monitoreo incluyó entrevistas a los siguientes actores:

a) Ministerio de Salud Pública

DIGESA (Dirección General de la Salud)

- Dirección de Programas: (“Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género” y “Programa Nacional de ITS SIDA”, “Subcomponente 1.4: Modelo Integral de prevención del embarazo precoz” (Programa Infamilia - MIDES - MSP).⁸
- Directores departamentales de salud

ASSE (Administración de servicios de salud del Estado)

- Direcciones Sistemas Integrales (Montevideo e Interior).
- Red a Atención Primaria (RAP).⁹
- Hospital de la Mujer (Centro Hospitalario Pereira Rossell).

En el interior, se entrevistó a los Directores Departamentales de Salud y a los Coordinadores de la Red de ASSE de los departamentos de Canelones, Maldonado, Colonia, Tacuarembó, Rivera y Artigas.¹⁰

b) Intendencia Municipal de Montevideo¹¹

DESARROLLO SOCIAL

- Dirección de Desarrollo Social.
- División Salud.
- Secretaría de la Mujer
- Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM, coordinado por Secretaría de la Mujer y División Salud)

c) Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC)¹².

- CASMU
- Médica Uruguaya
- Asociación Española Primera en Socorros Mutuos.

8 Se realizaron 6 entrevistas a autoridades nacionales del MSP.

9 Se realizó 1 entrevista. Al momento de la realización de las entrevistas el MSP no contaba con un Director Departamental de Salud de Montevideo, cargo que fue creado posteriormente.

10 Se realizaron 13 entrevistas a autoridades departamentales del MSP.

11 Se realizaron 3 entrevistas a autoridades de la IMM.

12 Se realizaron 3 entrevistas a directores mutuales.

En cuanto a los mecanismos estudiados, fueron los siguientes:

- a. *Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva*
- b. *Mecanismo País del Proyecto para el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis de las Naciones Unidas.*

En el análisis de los mecanismos los principales ejes temáticos considerados fueron el grado de formalización de su creación y funcionamiento, el tipo de iniciativa que les dio origen, el marco conceptual que los sustenta, sus integrantes, objetivos y acciones propuestas.

En cuanto a las normativas, los principales ejes considerados fueron el tipo de iniciativa que dio lugar a su creación, el marco conceptual que las sustenta, los actores que participaron en su elaboración, los objetivos y acciones planteadas, las vías y condiciones de difusión e implementación, y la capacidad de fiscalización por parte del MSP.¹³ Se incluyeron: Normas en Salud Sexual y Reproductiva, Capítulo Anticoncepción (métodos reversibles), Atención al embarazo, parto y puerperio, Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo (atención pre y post aborto), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y Atención Integral a la Adolescencia. En la IMM y en las IAMC se analizó el grado de conocimiento y opiniones de las autoridades sobre la implementación de las normativas sanitarias existentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.

En el análisis de los programas los principales ejes temáticos considerados fueron el marco conceptual que los sustenta, sus objetivos y áreas de acción, la existencia de indicadores de diseño, desarrollo y funcionamiento.

Finalmente, como ya se ha mencionado los programas incluidos fueron: a nivel del MSP, “Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género” y “Programa Nacional de ITS SIDA” (DIGESA), “Sub - componente 1.4: Modelo Integral de prevención del embarazo precoz” (Programa Infamilia - MIDES - MSP) y a nivel de la IMM, el *Programa de Atención Integral a la Mujer* (PAIM). En cuanto a las mutualistas, se analizó la existencia de oferta de servicios en salud sexual y reproductiva y sus características.

¹³ A los efectos de trabajar con la documentación, se elaboró una pauta de análisis. Ver anexos

En los últimos meses del año 2005, el Ministerio de Salud Pública y la Intendencia Municipal de Montevideo comenzaron a trabajar en un programa de salud sexual y reproductiva de alcance nacional: *“Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”*. La información sobre los avances en la elaboración de este nuevo programa surge de las entrevistas realizadas a autoridades de ambas instancias. Debido a que el mismo está en su fase de elaboración y aún no ha sido aprobado formalmente, sólo se considerarán los lineamientos generales formulados por los entrevistados.

El monitoreo se desarrolló en un contexto de definiciones y transformaciones en el sistema nacional de salud. Las principales características de la propuesta de reforma, serán presentadas de manera somera en el próximo apartado. Importa señalar que la coexistencia de un modelo tradicional y fuertemente arraigado en la cultura institucional de la salud, junto a otro modelo, en construcción, centrado en la integralidad, generó un escenario complejo para la implementación del monitoreo. Esta tensión conflictiva entre dos modelos, atravesó todo el desarrollo del monitoreo, en la medida que en el proceso se evidenciaban líneas de continuidad del modelo anterior junto a roles, funciones y visiones del modelo entrante.

En tal sentido, el año 2005, puede definirse como un año “bisagra” que complejizó la realización del monitoreo de políticas de salud sexual y reproductiva, dado que éstas se insertan en la realidad de los grandes cambios planteados para el sistema nacional de salud.

2. Las políticas en salud sexual y reproductiva en el contexto de la reforma de salud

La nueva administración de gobierno nacional ha manifestado su voluntad de impulsar transformaciones sustanciales en un sistema de salud que ha demostrado, a través de diferentes síntomas, sus falencias y dificultades.

La diferencia en la actitud de las nuevas autoridades respecto a las precedentes (en términos de intencionalidad política de promover cambios en el sistema nacional de salud), ha generado reacciones diversas en distintos actores políticos y sociales.

Hasta el momento, el debate sobre la reforma, parece no salir de los actores que clásicamente han participado en estos procesos. En términos de ciudadanía, se podría afirmar que este debate viene procesándose fundamentalmente con la participación de técnicos y expertos, corporaciones directamente implicadas en los cambios que pretenden impulsarse y gremiales de trabajadores del sector. Ocasionalmente, las propuestas son materia de información de los medios de comunicación, siendo las autoridades sanitarias, las que generalmente son consultadas.

Los destinatarios directos del cambio, es decir los usuarios y usuarias actuales y potenciales así como las organizaciones sociales (entre ellas, las organizaciones de mujeres y feministas y las de derechos humanos) no han sido convocados, hasta el momento, en el proceso institucional generado para la discusión y elaboración de propuestas.

Sin embargo, los determinantes sociales de la salud, la salud como un derecho ciudadano, así como las demandas y necesidades en materia de atención sanitaria de distintos grupos sociales, han sido materia de estudio e intervención social y política de estas organizaciones.

Al respecto, el campo de la salud sexual y reproductiva – foco de este monitoreo - es una agenda fundamentalmente elaborada, defendida y visibilizada por las organizaciones de mujeres y feministas, quienes han denunciado los efectos adversos que ciertos modelos de reforma del sector salud han tenido sobre el acceso a los servicios de salud sexual y re-

productiva y la calidad de los mismos, en diversos países de la región. Al mismo tiempo, han realizado propuestas para la inclusión de la perspectiva de derechos humanos y de género en el campo de la reforma, aportando evidencias y herramientas para el análisis de la inequidad en la atención de la salud, desde este enfoque.

El escenario político de la reforma puede ser una oportunidad para la incorporación de políticas en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos. La formulación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la generación de condiciones para su implementación es un proceso en marcha. El SNIS abarcará a todos los efectores de salud del país: públicos (nacionales y municipales), de asistencia médica colectiva, seguros privados y seguros parciales.

El objetivo que se propone el SNIS y el Seguro Nacional de Salud, es *“universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema”*¹⁴.

El Ministerio de Salud Pública se propone cambiar de denominación por Ministerio de Salud y consolidar la separación del área normativa del área de prestación de servicios: DIGESA de ASSE. En ambas áreas y como parte de los cambios que ya comenzaron a suceder, tanto DIGESA como ASSE tienen en cada departamento un Director Departamental de Salud¹⁵ y un Coordinador de la Red de ASSE¹⁶, que junto con los directores de los hospitales departamentales conforman un equipo de trabajo, que debe preparar, diseñar e implementar con la comunidad, el proceso de cambio de un sistema a otro.

La propuesta de reforma se basa en la transformación de tres pilares del sistema de salud actual: cambio en el modelo de atención, nuevo modelo de gestión y nuevo modelo de financiamiento.

14 www.msp.gub.uy Sistema Nacional Integrado de Salud.

15 Su función política es realizar la transición hacia el nuevo sistema de salud, a través de las coordinaciones con los efectores de salud locales y la conformación de Comités de Salud Departamentales. A nivel técnico se le asignan las funciones de: vigilancia epidemiológica, control de cumplimiento de normativas, realización de un diagnóstico de salud participativo que involucre al Coordinador de la Red de ASSE, al o los Directores de Hospitales Departamentales y a la comunidad, conformación de equipos técnicos a nivel local para la implementación de los programas de la DIGESA e impulsar actividades de promoción y prevención.

16 Sus funciones son la regionalización del Departamento y sus Servicios, vincular todas los efectores de salud dentro de cada departamento, articular los servicios y mejorar su eficiencia. Favorecer la implementación de los Programas de la DIGESA en los Servicios, coordinar las prestaciones y los recursos en materia de atención médica.

El SNIS se propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un **modelo** que privilegie la **atención integral** y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud.

Esta modificación convertiría al primer nivel de atención en el foco de los principales cambios y en el escenario donde recaería la responsabilidad de que usuarios y usuarias del sistema redujeran la necesidad del uso de los servicios en los demás niveles. El segundo y tercer nivel de atención verían disminuidas sus demandas en la medida que el primer nivel y la atención primaria sean exitosos.

Esto implica fortalecer necesariamente los servicios de la red que comprende el primer nivel (puestos de salud, policlínicas y centros de salud), en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura. También implica re - pensar la integración de los equipos de salud, que necesitarán ser reforzados con otros perfiles de profesionales de la salud, de modo de responder a un paradigma de integralidad de la salud, desmarcado del modelo biomédico tradicional.

El cambio de paradigma, que persigue “*crear salud*”, mucho más que “*sanar dolencias*”, redundaría en un sistema de salud que progresivamente tendrá que ir abandonando su tradición de trabajar puertas adentro de los centros de salud, para salir a la comunidad, acercarse a la gente y sus condiciones de vida. Será necesario un proceso de cambio que incluya el rediseño de las currículas de los profesionales de la salud, incorporando a su formación conocimientos que tengan que ver con la relación con la comunidad, elementos teóricos de diagnóstico social, trabajo en equipo, entre otros.

Otro cambio importante propuesto en el modelo de atención es la territorialización de las acciones y su implementación en base a programas, y no a acciones o prestaciones aisladas. Estos programas se encuentran en la Dirección General de la Salud, cuyo cometido esencial es la definición normativa y el contralor de las acciones en salud en el país.

En este sentido, los programas vinculados a la salud sexual y reproductiva, seleccionados en este monitoreo, tienen un rol fundamental a cumplir en cuanto a brindar los lineamientos de políticas a ser implementados en el contexto del nuevo sistema nacional de salud, y velar por su adecuado cumplimiento.

A su vez, el cambio de modelo de atención hacia uno basado en la integralidad, ofrece un mejor escenario para el abordaje *integral* de la salud sexual y reproductiva, la cual se ha caracterizado hasta el momento, en general, por el abordaje de aspectos parciales y de manera desarticulada.

El cambio en el **modelo de gestión**:

“Refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.”¹⁷

El principal cambio en el modelo de gestión es que el nuevo sistema pretende incorporar a la población usuaria en su gestión. En este sentido, se promovería la creación y fortalecimiento de comisiones de salud para que trabajen en torno a los servicios, con el objetivo de aportarles su visión del territorio, las necesidades de la comunidad y participen de la realización de los diagnósticos en forma conjunta con los equipos de salud. La participación social que se pretende promover implicaría, a su vez, el ejercicio del control ciudadano sobre la calidad de las prestaciones y un monitoreo de las mismas. Este conjunto de modificaciones deben ser planificados para que el nuevo sistema esté en condiciones de “sostener” la participación social que se propone impulsar, cuando ésta comience a exigir, cuestionar y proponer.

El **modelo de financiamiento**:

“Refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.”¹⁸

El nuevo sistema prevé el pago a los efectores de salud en base a cápitas por número de usuarios que cada institución tenga. Esto hace que los prestadores (incluso el prestador público) compitan entre sí por aumentar su número de usuarios. En este sentido, si el prestador público (ASSE) logra mantener su cobertura actual (aproximadamente un millón y medio de personas) vería incrementado su presupuesto en forma notoria.

17 www.msp.gub.uy idem

18 idem

En cuanto a las prestaciones, el nuevo modelo incluye dentro de su diseño un Plan Integral con las siguientes características:

“El Plan Integral de Prestaciones (PIP) debe garantizar:

- *actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.*
- *diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados,*
- *acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda*

Las prestaciones definidas en el PIP contarán con indicadores de calidad de sus procesos y resultados que permitirán al MSP evaluar la atención recibida por los usuarios y la calidad de la asistencia brindada.”¹⁹

La definición de las prestaciones obligatorias para todo el sistema, a ser incluidas en el PIP, se inició como proceso en el último trimestre de 2005. La inclusión de distintos componentes de la salud sexual y reproductiva en el PIP, constituiría un avance significativo en la generación de mejores condiciones para el acceso a la salud integral de la población.

El Estado debe cumplir con la responsabilidad que le cabe de generar las condiciones para que todas las personas puedan ejercer plenamente sus derechos. En este sentido, y en el escenario de una reforma del sector salud, los derechos sexuales y reproductivos no pueden estar excluidos de este proceso. Una propuesta de reforma como la que se intenta implementar, debería incluir en su diseño un enfoque transversal de género y de derechos humanos (incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos) que se viera reflejada en la incorporación de prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva.

Esta reforma del sistema de salud, aporta otra innovación a través de la creación por decreto (11 de abril de 2005²⁰), del *Consejo Consultivo para el Cambio en Salud (CCC)*, ámbito en el cual el MSP y actores involucrados en esta reforma, discuten y acuerdan sus principales lineamientos. El CCC comenzó su funcionamiento el 4 de mayo de 2005 y su *“integración contempla la más amplia participación social e institucional”*, incluyendo a delegados del MSP, del sistema público de salud, de las IAMCs (Montevideo e interior), de los sindicatos de trabajadores de la salud pública y privada, delegados de diferentes asociaciones de profesionales de la salud, de la Universidad de la República,

¹⁹ idem

²⁰ MSP. Informe de Gestión 1 de marzo – 31 de diciembre de 2005. www.presidencia.gub.uy

del Congreso de Intendentes y de *“organizaciones representativas de usuarios, cuya modalidad de integración se reglamentará posteriormente, mediante el dictado de Resolución Ministerial.”*²¹

Como podrá observarse, el perfil de los sectores representados en el CCC, es amplio pero excluyente de algunos actores claves de la sociedad civil que, desde hace muchos años, abogan por cambios en el sistema de salud, desde una perspectiva de defensa de los derechos humanos. Nos referimos, en particular, a las organizaciones de mujeres, organizaciones no gubernamentales con trayectoria específica en el área de la salud, red de agentes comunitarios de salud, comisiones de apoyo a los centros de salud y policlínicas, entre otras.

La manera en que efectivamente se procese y efectivice el cambio del sistema de salud, será a la vez, una determinante para el desarrollo de las políticas en salud sexual y reproductiva definidas e impulsadas por esta administración de gobierno.

21 Idem, pág. 10.

3. Resultados del monitoreo

Los resultados del monitoreo se organizan en base a las tres unidades de estudio seleccionadas: programas, normativas y mecanismos.

Los principales hallazgos que se presentan en este apartado, surgen del análisis de la información recogida a través de las entrevistas a informantes claves y de la lectura de la documentación disponible.

La organización de los resultados en base a este criterio, responde a la decisión de dar visibilidad a cada uno de los componentes relevados y analizados. De todas formas, como podrá observarse, se pueden identificar ejes transversales de análisis, así como la intervinculación entre los mecanismos, las normativas y los programas, en tanto niveles de expresión de una política pública determinada.

3.1 Programas en Salud Sexual y Reproductiva.

En este apartado se presenta el análisis de los programas existentes en salud sexual y reproductiva en la órbita del MSP y de la IMM. Ellos son:

1. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MSP - DIGESA).
2. Programa Nacional de ITS SIDA (MSP – DIGESA).
3. Componente 1.4: Modelo Integral de prevención del embarazo precoz (Programa Infancia y Familia - MIDES - MSP).
4. Programa de Atención Integral a la Mujer (IMM – Secretaría de la Mujer).
5. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (en proceso de elaboración) (Ministerio de Salud Pública - Intendencia Municipal de Montevideo)

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MSP - DIGESA).

Integra el conjunto de los 13 programas prioritarios del MSP que pertenecen a DIGESA y fue creado en el marco de la actual administración en el año 2005.

El Programa es producto de un proceso de creciente reconocimiento institucional de la salud de las mujeres desde un enfoque de género y derechos. Este proceso se fue gestando en el MSP, a partir de la influencia de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) y de la incidencia sostenida de las organizaciones de mujeres que demandaron la incorporación de esta agenda en las políticas públicas de salud.

En el año 1996, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se crea en el MSP, el proyecto *Maternidad y Paternidad Elegida*. Este proyecto fue formulado como una línea de fortalecimiento del Área Materno Infantil y estaba dirigido a la población de mayor vulnerabilidad desde el punto de visto socioeconómico.

En el año 1999 y por decreto ministerial se transforma en Programa y pasa a depender de DIPROSA²². Este fue el primer programa dentro del MSP que incluyó la perspectiva de género y la prestación de métodos anticonceptivos. En el marco de dicho programa se instalaron servicios de anticoncepción en los Centro de Salud de Montevideo y en el Hospital Pereira Rossell. En el interior del país desarrolló acciones en 10 departamentos que no tuvieron continuidad en el tiempo.²³

Respecto a la sustentabilidad en la provisión de métodos anticonceptivos, el programa atravesó dificultades administrativas y de gestión que se agudizaron con el cambio sucesivo de autoridades en el MSP.

El marco conceptual de dicho programa *“oscilaba entre el “combate a la extrema pobreza”, y “la defensa de la salud sexual y reproductiva”, evidenciando una tensión paradigmática y conceptual”*.²⁴ En el año 2000 el MSP cesa este programa e implementa una nueva línea de trabajo a través de ASSE – SSAE (Servicios de Salud de Asistencia Externa).

Esta nueva línea de trabajo se materializa en el año 2001 con la formulación y ejecución del *Programa de Salud Integral de la Mujer*²⁵ (SIM), que surge *“como producto de un proceso descentralizador basado en la transferencia de responsabilidades de planificación e implementación de acciones de promoción y prevención a los efectores del primer nivel.”*²⁶

22 Dirección de Promoción de Salud / MSP.

23 López Gómez, A. (inv. principal), Benia, W., Contera, M. Güida, C. (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (Facultad de Psicología – UdelAR) – Fundación Mexicana para la Salud – UNFPA. Montevideo.

24 Idem anterior.

25 2001 – 2005.

26 Idem, Prólogo.

Este Programa se implementó en 10 Centros de Salud de atención primaria del MSP ubicados en Montevideo, y *“procuró modificar el clásico abordaje materno-infantil centrado en la ecuación mujer-madre para desarrollar una perspectiva integral que redefine el lugar de la mujer-usuaria como sujeto de derechos y partícipe activa del autocuidado en salud.”*²⁷

Adoptó como marco conceptual para el desarrollo de sus acciones el enfoque de género y la promoción de derechos sexuales y reproductivos, siendo el primer programa que logra asegurar para las usuarias del MSP (al menos de la capital) el acceso gratuito y sostenido a una canasta amplia de métodos anticonceptivos reversibles (anticonceptivos hormonales, DIU, preservativos masculinos, anticoncepción de emergencia).

El Programa SIM incluía entre sus principales componentes: anticoncepción, captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, sensibilización y capacitación de los profesionales para el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y formación de grupos de mujeres.

La creación del SIM fue un paso en el fortalecimiento del primer nivel de atención, y dio cuenta de un posible vínculo entre la agenda de la salud reproductiva (basada en una perspectiva de derechos) y la de la reforma del sistema de salud (basada en un modelo de atención descentralizado y el traspaso de las responsabilidades de promoción y prevención hacia los efectores del primer nivel de atención).²⁸

A partir de las fortalezas y debilidades del Programa SIM (MSP) y del PAIM (IMM), se está trabajando actualmente entre ambas instituciones, en un nuevo programa de salud sexual y reproductiva.²⁹ La aplicación de este nuevo programa comenzará en el área metropolitana, extendiéndose luego al resto de los servicios públicos del país y está bajo la órbita del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MSP – DIGESA).

El *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*, que como ya fuera mencionado, se inicia con la actual administración, tiene como antecedentes institucionales los que se han someramente reseñado, siendo éstos un punto de partida ineludible para su desarrollo. El Programa se compone de seis áreas:

27 Idem.

28 Idem. Introducción.

29 Este programa será analizado más adelante en este documento.

- Salud sexual y reproductiva,
- Salud mental,
- Violencia de género,
- Condición del varón,
- Cáncer en la mujer,
- Asesoría en investigación y gestión continua.

El Programa recoge en su marco conceptual de referencia las Plataformas de las Conferencias de El Cairo y Beijing (CIPD, 1994 y CMM, 1995). Plantea la equidad de género y la perspectiva de derechos como sostén para sus acciones. Destaca la importancia de la participación ciudadana y la descentralización de las acciones.

En cuanto el Area de Salud sexual y Reproductiva, se señalan como objetivos principales:

“Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con ello, nos acercaremos a la vigencia de los derechos a una vida sexual plena, digna, saludable y responsable. Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y del bienestar de los adolescentes y de ciudadanos/as de todas las etapas y circunstancias de su vida.”³⁰

En cuanto a las líneas programáticas y las acciones que se incluyen en el Area de Salud Sexual y Reproductiva, se encuentran:

- Programa de Anticoncepción Principales acciones: *“normatización de la asistencia en anticoncepción e infertilidad; campañas públicas sobre salud sexual, planificación familiar, maternidad y paternidad responsables y derechos de elección en materia de reproducción; mejora y mantenimiento en el acceso a una canasta amplia de métodos anticonceptivos seguros y de calidad; acceso universal a programas de fertilización asistida, incrementar la participación de los hombres en la planificación familiar; intensificar la participación de las organizaciones de la sociedad civil para ayudar en la supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados.”*

³⁰ Documento del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, MSP, mayo 2005.

- Programa de maternidad segura. Principales acciones: *“actualización de las normas para la asistencia del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo; creación de normas para la atención del embarazo, parto, puerperio de alto riesgo; constituir a nivel nacional los Comités de Mortalidad Materna; estimular el control precoz y adecuado de las gestantes estimulando sus redes de apoyo; atender en campañas y protocolos a las mujeres en situación de menarca y menopausia; promoción de todos los aspectos de una atención humanizada del parto; capacitación y actualización del personal técnico en aspectos referidos a la sexualidad, embarazo, parto, puerperio y aborto”* (entre otras).³¹

El Programa se propone focalizar acciones específicas hacia grupos de mayor vulnerabilidad: mujeres rurales, migrantes internas y zafrales y mujeres discriminadas por causas socio-históricas y culturales (afro descendientes, lesbianas, trabajadoras sexuales, discapacitadas, presas, discriminadas por creencias religiosas).³²

Uno de los encargos realizados al Programa por las autoridades sanitarias, es la transversalización de género a todos los programas del MSP. Este objetivo requiere de la definición de estrategias para su operacionalización. La voluntad política de integrar un enfoque de género en las políticas de salud, implica el desafío de superar la retórica para su incorporación efectiva en el diseño, implementación y evaluación de las mismas. Para ello, se necesitan acciones sostenidas y dirigidas a distintos niveles de la organización, de modo de alimentar progresivamente una transformación radical de la cultura institucional, también en lo que a la perspectiva de género se refiere.

En tal sentido, el Programa se propuso realizar para el año 2005 un entrenamiento a directores de programas y autoridades de DIGESA en el marco conceptual de género y salud, a cargo de una consultora de OPS. Esta actividad, que constituiría la primera en esta estrategia, debió ser postergada para el año 2006, según informó la directora del Programa.

En este primer año de gestión, el Programa (como el resto de los programas de la DIGESA) ha tenido dificultades para poder trabajar con los efectores del MSP del interior del país, dado que los Directores Departamentales de Salud no siempre han podido disponer de recursos humanos para formar equipos de trabajo en las 13 áreas temáticas definidas como prioritarias por la DIGESA. En este sentido una Directora Departamental de Salud expresaba en la entrevista, *“no solamente no tenemos suficientes recursos humanos para formar equipos en cada tema, en ocasiones tampoco encuentro a un técnico con perfil y formación para liderar una estrategia en determinado tema”*.

31 Documento de Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (mayo de 2005).

32 Idem anterior

Los indicadores de diseño del Programa, presentan metas y objetivos formulados de manera general y poco cuantificables. No se especifican los resultados esperados, lo que implicará, a mediano y largo plazo dificultades a la hora de evaluar las acciones. El Programa cuenta, no obstante, con un área de gestión que se propone elaborar los indicadores para sus distintas áreas.³³

Respecto a la participación de la población objetivo, se destaca la necesidad de su inclusión en la ejecución y evaluación de las acciones. El mismo hincapié sobre este punto se recogió en la entrevista realizada a la directora del Programa. No obstante, en el primer año de gestión la población objetivo aún no fue convocada. Al respecto, un asunto que merece reflexión es cómo superar la retórica y operacionalizar efectivamente la participación ciudadana. En este sentido, varias son las preguntas que podrían formularse: ¿quién (es) representa (n) a la población objetivo de los programas?, ¿quién (es) legitima (n) esa representación?, ¿es posible imaginar un diseño para la participación directa?, ¿para qué convocar a la participación de la población objetivo?, ¿qué posibilidades reales de incidencia tiene la población objetivo?, entre otras.

El alcance del Programa incluye a todo el territorio nacional y según el documento del mismo, sus lineamientos abarcarían tanto a los efectores públicos como privados. El éxito en alcanzar este objetivo estará estrechamente relacionado con la capacidad del MSP en dotar de mayores recursos humanos a sus servicios en el interior del país y a la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el que también involucra a los efectores privados.

Acerca de los indicadores de desarrollo y funcionamiento y con respecto a los recursos humanos con que cuenta el Programa, se desprende de la entrevista realizada a su directora que el personal asignado es por demás insuficiente. Existe un responsable en cada área, pero en algunas de ellas este responsable no cuenta con un equipo de trabajo (por ejemplo en el área de Cáncer en la Mujer), o el equipo de trabajo es voluntario, como en el caso del área de Condición del Varón. En opinión de la directora no existen demasiadas perspectivas para que esta situación pueda modificarse en el corto plazo, lo que abre la pregunta sobre la capacidad real del Programa para llevar adelante los objetivos propuestos.

“Me informaron que no iba a haber funcionarios nuevos y que debía encontrar funcionarios dentro del MSP” (Directora Programa)

33 Estas afirmaciones se realizan sobre la base del documento del programa elaborado en mayo de 2005, en ocasión de su creación. No se pudo acceder a la planificación realizada por el Programa para el CEPRE (Comité Ejecutivo para la Reforma del Estado) por no estar aprobada al momento de realización de este trabajo.

El tipo de contratos existentes es variado, algunos técnicos son funcionarios del MSP, otros fueron cedidos en comisión por otros organismos del Estado, algunos están contratados y en otros casos el trabajo es voluntario. Esta escasez de recursos propios es una realidad que comparten la gran mayoría de los programas, unidades y direcciones nuevas creadas en esta administración, debido a la imposibilidad de nuevas contrataciones para funcionarios públicos. La redistribución de funcionarios, como una alternativa a lo anterior, no siempre es la solución adecuada cuando los programas necesitan de perfiles técnicos específicos para su funcionamiento.

La estructura del Programa se define de acuerdo a las seis áreas de acción. En algunas áreas existen técnicos que apoyan al responsable del área, pero la realidad de los recursos humanos hace difícil hablar de una estructura propiamente dicha.

En relación al presupuesto, al momento de realizar la entrevista el mismo no estaba aprobado por lo que no fue posible acceder a la información sobre los recursos efectivos de los que dispondrá el Programa, si bien se informó sobre lo solicitado para el quinquenio (USD 280.000 total cinco años).

Además del presupuesto genuino que el Programa pueda disponer en el marco del presupuesto quinquenal, recibe apoyo financiero de UNFPA, por el término de un año (setiembre 2005 – setiembre 2006), por un monto de USD 38.000, según informó la directora.

En cuanto a las acciones desarrolladas durante el primer año de gestión, se destacan³⁴:

- lanzamiento y presentación pública del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género en el mes de mayo de 2005;
- presentación pública de las Normas de Anticoncepción (métodos reversibles);
- ejercicio de la secretaría de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva;
- traspaso a ASSE de la administración y distribución de los métodos anticonceptivos para todos los servicios del MSP;
- estudio sobre las barreras de la implementación en los servicios de la Ley de Acompañamiento en el parto;
- inicio del proceso de re-elaboración de las normas de atención de embarazo, parto y puerperio, mediante la convocatoria a técnicos de diversas disciplinas de la salud;
- definición de preguntas específicas en violencia doméstica y sexual para ser incorporadas en la anamnesis e historia clínica.

34 Ponencia realizada por la Directora del Programa en Panel sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de la Semana por los Derechos Humanos convocada por Naciones Unidas (13/12/05)

En consonancia con la preocupación del Programa por las dificultades y resistencias para la implementación de la Ley de Acompañamiento del Parto, en el mes de marzo de 2006, el MSP y el Presidente de la República decretaron la obligatoriedad de la implementación de la Ley en todos los servicios públicos y privados del país (decreto N° 47/2006, del 6/3/06). Según establece el decreto, el Programa de Salud de la Mujer y Género, será el organismo encargado de recibir las denuncias de no cumplimiento del mismo.

Sin embargo, importa señalar que se han definido, desde el MSP y Presidencia de la República, otras medidas que involucran a aspectos de la atención a la salud sexual y reproductiva, con independencia de la gestión del Programa. En esta situación se encuentra el decreto N° 271/2005 (Diario Oficial 562/005 del 26/12/05) que establece la “exoneración del pago de la tasa moderadora a todas las mujeres embarazadas, de los estudios paraclinicos que se recomiendan en el protocolo para un adecuado control del embarazo de bajo riesgo”. El decreto incluye entonces la gratuidad para los estudios de:

- hemograma completo en consulta inicial y tercer trimestre,
- orina completa,
- glicemia en primer control,
- VDRL en primer control y en tercer trimestre,
- grupo sanguíneo y RH,
- serología para toxoplasmosis,
- antígenos para hepatitis B,
- serología para enfermedad de Chagas,
- serología HIV,
- 3 ecografías obstétricas, una por trimestre,
- detección de diabetes mellitus gestacional,
- urocultivo en el segundo y tercer trimestre.³⁵

El decreto está vigente desde febrero de 2006, y aplica a todos los servicios de salud públicos y privados del país.

³⁵ Decreto N° 271/2005 (MSP) – Decreto Diario Oficial N° 562/2005. 26 de diciembre de 2005.

Programa Nacional de ITS SIDA (MSP – DIGESA)³⁶.

El Programa Nacional de ITS / SIDA integra el conjunto de 13 programas prioritarios del MSP que pertenecen a DIGESA. En este trabajo se analizarán los contenidos del Programa a partir del cambio de sus autoridades producido en esta administración.

El Programa en su marco conceptual enfatiza una política de promoción de salud y prevención de ITS /SIDA. Las directrices que lo sustentan son: implementar una política de estado enmarcada en la atención integral del VIH y otras ITS; garantizar la atención integral a la salud de las personas viviendo con VIH - SIDA y desarrollar normativas e intervenciones desde una perspectiva de género, etnia, edad y diversidad sexual, garantizando el ejercicio de los derechos humanos.³⁷

Se propone promover la participación activa de las redes, ONGs y grupos de personas viviendo con VIH – SIDA en el diseño y ejecución de las acciones así como la descentralización del Programa hacia el interior del país.³⁸

Las metas definidas por el Programa son cuantificables, aunque no especifican plazos para su realización. Las mismas son:

1. Lograr que el 100% de las mujeres embarazadas, se realicen un control efectivo y accedan a un tratamiento de ARV y de ITS, en caso de ser pertinente.
2. Eliminación de la Sífilis congénita (menor a 0.5 %) y disminución de incidencia a menos de 3 % de la transmisión vertical del VIH.
3. Alcanzar la meseta en la incidencia de la infección de VIH.

Para alcanzar los objetivos y metas propuestas el Programa desarrollará una estrategia que permita promover el acceso a la información, educación en promoción de salud y prevención de las ITS /SIDA, facilitar el acceso a preservativos, promover una atención en salud no discriminatoria hacia las personas con VIH, facilitar el acceso universal al diagnóstico de VIH para la persona que lo requiera, desarrollar una estrategia de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas cuando no puedan o quieran dejar de consumir, y normalizar y monitorear el diagnóstico y tratamiento de las ITS – SIDA y su prevención.

36 Para el análisis del programa se utilizó información proporcionada por su directora (presentación powerpoint del Programa), información disponible en la página web del MSP y datos aportados por su directora en la entrevista realizada.

37 www.msp.gub.uy

38 www.msp.gub.uy

Los objetivos específicos propuestos son:

- *Prevenir la transmisión madre-hijo/a*
- *Promover la implementación y monitoreo, de la notificación obligatoria de Sífilis congénita, VIH, Hepatitis B y C, en todo el país.*
- *Promover la racionalización de los tratamientos. Elaboración de Protocolo Nacional.*
- *Promover la extensión y profundización de las acciones sistemáticas de prevención de VIH/SIDA con enfoque de género, etnia, derechos humanos y de respeto a la diversidad sexual.*
- *Asegurar la prevención del VIH/SIDA, la atención y el tratamiento en las cárceles.*
- *Promover y desarrollar investigaciones sobre prácticas de riesgo en poblaciones vulnerables que permitan diseñar estrategias de intervención focalizadas.*
- *Promover un estudio del mercadeo del preservativo: venta, distribución, uso, obstáculos y demandas no atendidas.*
- *Fortalecimiento de las ONGs y grupos de personas Viviendo con VIH (PVVS). La conformación de redes nacionales y departamentales.*
- *Contribuir a promover el programa de Educación de la Sexualidad en el Sistema Educativo Formal.*
- *Promover la implementación de acciones de prevención del VIH en el ámbito laboral.*
- *Actividades de impacto en torno a los Días nacional e Internacional de Lucha Contra el SIDA.*
- *Aportar al desarrollo de conciencia ciudadana y participar activamente en los distintos barrios a partir de la descentralización comunal de los gobiernos departamentales.*

Entre las actividades planificadas se destacan a los efectos de este trabajo la conformación de grupos de trabajo con integrantes de la Universidad de la República, parlamento, ministerios, sociedades científicas y sociedad civil organizada, para la elaboración de pautas y normativas; la difusión, el seguimiento y control de normativas y protocolos de ITS /SIDA; el aumento de la difusión de información y de los métodos preventivos; la realización de campañas de información a la población, la realización de estudios e investigaciones que orienten el diseño de políticas públicas en ITS /SIDA.

La directora del Programa de ITS/SIDA es actualmente la delegada del MSP a la *Comisión de Educación Sexual* formada en la órbita de ANEP, instancia encargada de definir los lineamientos para la inclusión de la educación sexual en la educación formal a nivel nacional. Esta delegatura le supone recoger la opinión, aportes y recomendaciones de diferentes programas e instancias del MSP para su presentación en la mencionada Comisión.

Asimismo, la directora del Programa es la delegada del MSP, desde noviembre de 2005, al *Comité contra la Explotación sexual comercial y no comercial con niños/as y adolescentes*,

presidido por el INAU e integrado por los Ministerios de Interior, Turismo y Deporte, y Educación y Cultura, ANEP, CODICEN, OPP, ONGs y Agencias Internacionales trabajando en el tema.

Se ha impulsado la creación de Grupos de Trabajo para el abordaje de temáticas específicas: el *Grupo Sida y trabajo* (integrado por el MTSS, la Cámara de Industria, la Cámara de Comercio, la Universidad de la República, el BPS, el PIT-CNT, y el MSP) y el *Grupo Emergencia Sanitaria en Cárceles* (integrado por el Ministerio del Interior, el MSP e el Instituto Forense)³⁹. Al momento de la realización de este monitoreo, no se conocían públicamente los productos de trabajo de estos Grupos.

Por último, cabe señalar que el Programa integra el Mecanismo Coordinador País (MCP), el cual se analizará detenidamente en otra sección de este capítulo.

Las metas, objetivos y actividades propuestas tienen diferentes niveles de desarrollo y precisión en relación a los resultados esperados y no siempre están relacionadas entre sí, lo que implicará dificultades a la hora de evaluar sus impactos. El Plan estratégico del programa prevé la existencia de indicadores de evaluación. Al no estar finalizado, al momento de realizarse la entrevista, no se conocen los indicadores planificados.

Respecto a la participación de la población objetivo, se destaca la necesidad de incluirla en la formulación, desarrollo y evaluación de las acciones. El mismo hincapié sobre este punto se recogió en la entrevista realizada a la directora del Programa que resalta el desarrollo de instancias de coordinación mensuales con las cuatro redes existentes que comprenden a organizaciones que trabajan con personas viviendo con VIH SIDA. De hecho es el único Programa, de los analizados, que cuenta con instancias específicas de participación, consulta y articulación con personas viviendo con VIH y las organizaciones sociales que abordan las necesidades de esta población.

Sobre su alcance, el mismo es nacional y en sus lineamientos está explicitada la necesidad de promover su descentralización y desarrollo hacia el interior del país.

El Programa cuenta con recursos humanos preparados para la tarea, pero insuficientes. La directora expresó la necesidad de contar con mayor número de técnicos especializados en algunas áreas claves del Programa: género, adolescentes en riesgo social, comunicación así como con profesionales con mayores grados de especialización.

La capacitación del personal es una prioridad para su directora, pero desde el Programa no están garantizados los recursos para la formación permanente.

³⁹ Información proporcionada en la entrevista mantenida con la directora del Programa ITS / SIDA.

En relación al presupuesto, la directora señaló en la entrevista, que el que fue presentado al MSP, no es suficiente para las acciones que se pretenden impulsar. El proyecto del Programa Nacional de ITS / SIDA fue presentado a la Quinta Ronda del *Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis*, en el mes de junio de 2005. El mismo no fue considerado por el Fondo, debido a que Uruguay no cuenta con los criterios de elegibilidad planteados por el Fondo. A pesar de las intensas gestiones que la autoridades ministeriales realizaron frente al Fondo Global, las mismas no tuvieron resultados positivos para esa oportunidad. Los países de América Latina, algunos de los cuales están, al igual que Uruguay, excluidos de presentar propuestas al Fondo Global, por no ser países elegibles, están gestionando conjuntamente la revisión de estos criterios por parte del Fondo Global. La posibilidad de acceder a financiamiento para el desarrollo de componentes del Programa por esta vía, significaría para el país un apoyo sustantivo en el desarrollo de políticas integrales de atención en VIH - SIDA.

*Componente 1.4: Modelo Integral de prevención del embarazo precoz (Programa Infancia y Familia en Riesgo Social - MIDES - MSP)*⁴⁰

El Programa Infancia y Familia en Riesgo Social (Infamilia) fue creado en el año 2001, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. En un primer momento el Programa dependía de la Secretaría de la Presidencia de la República y en el año 2005 pasó a formar parte del nuevo Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). La población objetivo son las personas menores de 19 años. Sus acciones se desarrollan en base a 100 áreas geográficas (zonas de intervención) distribuidas en todo el territorio nacional que fueron seleccionadas por presentar condiciones de alta vulnerabilidad social.

El programa está conformado por cuatro componentes: a. Proyectos integrales de prevención y atención, b. Desarrollo, participación comunitaria y familia, c. Fortalecimiento institucional y d. Comunicación social.

Dentro del primer componente, se analizó en este monitoreo el subcomponente 1.4: *“Modelo Integral de prevención del embarazo precoz”* que se ejecuta en forma conjunta por el MIDES y el MSP.

El propósito de este subcomponente es optimizar los niveles de responsabilidad en salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes, con énfasis en la prevención y atención del embarazo no planificado.⁴¹

40 Para el análisis del Programa se utilizaron como documentos de referencia: el Reglamento Operativo del Programa (RO), el plan operativo anual del año 2005 (POA), el marco lógico y la matriz de seguimiento para el subcomponente 1.4.

41 Reglamento Operativo del Programa Infancia y Familia en Riesgo Social. Junio 2005.

Entre los principales objetivos del subcomponente se destacan:⁴²

- Programa de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento de una atención especializada y diferenciada para el trabajo con adolescentes
- Apoyo y seguimiento a las madres y padres adolescentes en situación de vulnerabilidad social.

Con relación al primer objetivo el Programa ha realizado varias actividades de capacitación dirigidas a funcionarios técnicos médicos (250) y no médicos (250) del MSP de todo el país en Salud Sexual y Reproductiva⁴³, y a agentes socioeducativos que realizan las actividades de seguimiento a las adolescentes.

El apoyo y seguimiento a madres y padres se realiza desde el año 2004, a través de agentes de seguimiento, que han ido incrementándose debido al aumento de adolescentes acompañadas por el Programa.

Respecto a la consecución de la adecuación de espacios específicos para adolescentes, el Programa ha experimentado mayores dificultades. En un principio, estos espacios se habían pensado para ser implementados en los servicios de salud del primer nivel de atención. De acuerdo a lo manifestado por sus autoridades, actualmente esa estrategia está siendo reconsiderada en términos de incluir espacios en la comunidad, donde los jóvenes ya estén nucleados de modo de favorecer el lazo entre esta población y la atención integral a la salud.

El marco conceptual del subcomponente se inscribe en la promoción de la inclusión social de la población menor de 17 años en condiciones de vulnerabilidad social, procurando desarrollar sus acciones desde una perspectiva de género, derechos y reducción de riesgo.^{44 45} Si bien la perspectiva de derechos fue incluida en la entrevista realizada, el marco conceptual del programa expresado en el Reglamento Operativo del mismo no lo

42 Idem.

43 La selección de las entidades capacitadoras se realizó vía licitación pública. Para el curso dirigido a profesionales de la salud no médicos, la capacitación estuvo a cargo del consorcio MYSU – Facultad de Psicología (UdelaR) realizada durante el año 2004. Para el caso de la capacitación de médicos, ésta estuvo a cargo del consorcio MYSU – Facultad de Medicina y Facultad de Psicología (UdelaR), actualmente en curso.

44 Reglamento Operativo del Programa Infancia y Familia en Riesgo Social (2005).

45 Entrevista realizada a técnicos responsables del Programa.

menciona. En este sentido, se comparte⁴⁶ la preocupación respecto a los programas que incluyen entre sus objetivos el combate a la pobreza y el llamado a la responsabilidad de los/as adolescentes respecto a su maternidad / paternidad, sin poner el mismo énfasis en la promoción de sus derechos sexuales y derechos reproductivos ni en brindar garantías para su ejercicio pleno.

La planificación y la elaboración de los documentos programáticos del programa constituyeron un proceso que insumió más de un año. Al ser un programa financiado por el BID, previo a su aprobación y otorgamiento del préstamo, el Programa debía tener definida en forma precisa sus metas, objetivos, resultados e indicadores.

En este sentido, los indicadores de diseño están bien definidos. Es un Programa que presenta metas, objetivos y actividades con plazos de ejecución especificados y resultados esperados cuantificados por año, así como un cronograma de actividades anuales.

En el proceso de diseño del subcomponente no se involucró a la población objetivo, por lo que sus necesidades no fueron recogidas en forma directa. Las organizaciones de la sociedad civil tampoco fueron consultadas pero han participado través del sistema de licitación pública para la implementación de algunas de las acciones.

Las líneas de acción del subcomponente fueron definidas en forma conjunta por los técnicos del programa y el organismo co - ejecutor (en este caso el MSP).

Respecto a la evaluación, el Programa tiene diseñado un modelo de evaluación y seguimiento, previendo instancias de monitoreo realizadas por parte de los técnicos del programa y evaluaciones externas. Existe un área dedicada a éstas funciones con recursos humanos capacitados y asignados exclusivamente a la misma. El sistema de evaluación cuenta con indicadores de resultado y de producto.

Al inicio se realizó un estudio de línea de base para poder cuantificar los resultados a ser obtenidos a su término. Están previstas tres evaluaciones externas, la primera para la confección de la línea de base, una evaluación intermedia (en la mitad del período de ejecución del programa) y una evaluación final.

En relación a los indicadores de desarrollo y funcionamiento la ejecución del subcomponente está prevista para que se lleve a cabo con personal contratado por el Programa

46 Abracinskaskas, L., López, A. (2003) Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay. Un escenario cambiante. (2004). MYSU – DAWN, Montevideo.

(básicamente en funciones de coordinación) y por personal del MSP, que ha sido previamente capacitado para la tarea. En otras instancias se han realizado llamados a licitación para la ejecución de las actividades. Esto hace suponer que el personal es seleccionado en función de las necesidades del programa.

Respecto a la estructura organizativa, el Programa y el subcomponente en particular especifican la cantidad de técnicos necesarios para su ejecución, su forma de contratación y su jerarquía. El subcomponente cuenta con técnicos contratados por el programa así como por funcionarios públicos pertenecientes al MSP. Más allá de disponer de recursos financieros suficientes la dependencia de Infancia y Familia de dos organismos públicos (MSP – MIDES), el hecho de ser a su vez dependiente del BID y que su administración financiera sea realizada a través del PNUD, implica coordinaciones diversas y complejas.

El presupuesto del subcomponente está claramente definido. En casi su totalidad, los fondos son proporcionados por el BID, mediante un préstamo al gobierno uruguayo incluido dentro de las obligaciones de deuda externa del país. Existe también una contraparte nacional que se estima en un 10%.

Desde el punto de vista de su elaboración, el *Programa Infancia y Familia* se caracteriza por presentar un diseño acabado y riguroso si lo comparamos con la mayoría de los programas que se desarrollan en la esfera pública. Para que esto haya sido posible el Programa contó con financiamiento específico para su diseño, con recursos humanos contratados para esa tarea y con más de un año para su elaboración. Las condiciones existentes en la administración pública para poder desarrollar procesos de planificación como los de *Infamilia* son escasas. En este sentido, cabe señalar la necesidad de contar con mejores condiciones para que los técnicos de la administración pública puedan diseñar programas que, al menos, cuenten con objetivos medibles y un sistema de evaluación que presente indicadores que puedan ser contrastados periódicamente.

Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM) – IMM

El *Programa de Atención Integral a la Mujer* de la Intendencia Municipal de Montevideo fue creado en el año 1996 con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) como efecto directo de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, 1994). El Programa responde a la acción coordinada de la División Salud y de la Secretaría de la Mujer⁴⁷ de la Intendencia Municipal de Montevideo.

⁴⁷ La Comisión de la Mujer de la Intendencia Municipal de Montevideo, cambia su denominación a Secretaría de la Mujer en el año 2005, en el presente documento nos referimos a esta última, aunque el PAIM se creó y consolidó en la gestión de la denominada Comisión de la Mujer.

Está integrado por tres subprogramas específicos que toman en cuenta tres de los principales componentes de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

- Maternidad informada y voluntaria.
- Atención Integral del embarazo y puerperio.
- Prevención del cáncer génito-mamario.

Busca promover un modelo de atención integral basado en una concepción de salud que contribuya con el desarrollo de las potencialidades de las mujeres impactando en su desarrollo personal y comunitario.⁴⁸

El Programa se basa en una concepción de promoción de salud y desarrolla la articulación de diferentes estrategias: la participación comunitaria a través de las Comisiones de Salud de apoyo a los Centros, la coordinación interinstitucional entre el municipio, las ONGs y los ministerios correspondientes y la capacitación de recursos humanos técnicos y comunitarios para la implementación de los subprogramas.

La promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres implica para el Programa un enfoque global de las necesidades humanas y el fortalecimiento de las diversas potencialidades, para contribuir al desarrollo personal y social. Esto significa trascender el marco de la atención médica para poner énfasis en la acción educativa.

La población objetivo del Programa son las mujeres montevidéanas de sectores populares, usuarias de las policlínicas municipales (adolescentes, jóvenes, mujeres adultas y de mediana edad y adultas mayores).

Respecto a la formulación del Programa y a los indicadores de diseño se puede afirmar que cada subprograma tiene bien definido sus objetivos (generales y específicos), y estos últimos están en su mayoría cuantificados y son evaluables. Los objetivos especifican los resultados que se pretenden alcanzar y la población objetivo está claramente definida. Las actividades para el cumplimiento de los objetivos no están especificadas en el documento mencionado.

La población objetivo no participó directamente en la formulación del programa. Sobre sus necesidades, el documento menciona dos fuentes de información. Por un lado, recoge lo manifestado por las mujeres integrantes de las Comisiones de Salud de

48 Documento Programa de Atención Integral a la Mujer – Intendencia Municipal de Montevideo, 1996.

los Centros Comunales y por otro toma en cuenta las conclusiones emanadas del encuentro de mujeres realizado a iniciativa de la Comisión de la Mujer de la IMM al inicio de su gestión: *“Las Montevideanas Opinan”*.

La participación de la comunidad en la implementación del Programa se da a través de las Comisiones de Apoyo al PAIM. Éstas tienen como cometido realizar el seguimiento y apoyo al PAIM en cada una de las policlínicas municipales con el apoyo de técnicos municipales que trabajan localmente. Tienen bajo su responsabilidad la gestión de los métodos anticonceptivos; la consejería hacia las mujeres usuarias y el desarrollo de actividades de promoción en salud sexual y reproductiva dirigidas a las mujeres de la zona así como la articulación con los actores locales.

No existe un modelo de evaluación de la globalidad del programa. No obstante, los registros que se realizan en el marco de las policlínicas permiten saber cuántas consultas se realizan por año y por policlínica, cuántos métodos y de qué tipo se entregan por año y por centro de salud. Cada mujer tiene un carné donde se registran las consultas y fechas de los estudios de control ginecológico (exámenes de PAP y mamografías).

El Programa no tiene indicadores de impacto, aunque cada subprograma sí prevé en su planificación evaluaciones que permiten valorar el impacto de las actividades, el relevamiento de necesidades, demandas y prácticas de las usuarias, pero esto no ha sido definido con claridad en términos de su operativización en todos los centros de salud. En las entrevistas realizadas a las coordinadoras del PAIM, expresaron que, hasta el momento, los relevamientos existentes no se han sistematizado. Sí existen en el Programa instancias periódicas de evaluación con los equipos de salud y con las Comisiones de vecinos de apoyo al programa.

En relación a los indicadores de desarrollo y funcionamiento, el Programa cuenta con recursos humanos preparados para la tarea. Para su implementación cuenta con los funcionarios de la División Salud que se desempeñan en las policlínicas municipales. En la entrevista a las coordinadoras expresaron que en algunas policlínicas los técnicos son insuficientes, y que es necesario incorporar más personal de ginecología, enfermería, trabajo social y psicología. La capacitación específica de estos funcionarios está prevista en su diseño y fue realizada en cada subprograma al inicio del PAIM. Sin embargo, la rotación de los técnicos y las dificultades por parte de éstos para apropiarse e internalizar un nuevo modelo de atención basado en una perspectiva de género y derechos, llevan a las coordinadoras a afirmar que la capacitación debería ser permanente.

“Se capacitó más a los pasantes que a los equipos de salud permanentes. No se realizó la capacitación a los técnicos de forma tan sistemática como a las mujeres de las comisiones de

apoyo (...) El trabajo en equipo de salud es un debe. Creemos que la capacitación permanente es un tema clave (...) Este año no tuvimos recursos para capacitación” (coordinadoras PAIM)

Las Comisiones de Apoyo al PAIM están integradas por mujeres de las zonas y funcionan dentro de las policlínicas. En el transcurso de los 10 años del Programa han ido elaborando su reglamento interno. Sus funciones se han concentrado básicamente en la administración de los métodos anticonceptivos y en oficiar de nexo entre las usuarias y las Policlínicas. Si bien el desarrollo de las Comisiones de apoyo es variable en cada Policlínica, se han conformado en todas ellas y han permanecido desde el inicio del Programa. En la valoración que hacen las coordinadoras del PAIM, las comisiones de apoyo constituyen un pilar del mismo, pero es necesario repensar su rol y función:

“Las comisiones de apoyo ...implican una mirada de afuera (para los equipos de salud), de contralor, implica mantener un espíritu de participación (...) hay un control ciudadano, en algunos casos se trabaja bien con los equipos de salud y en otros hay dificultades. La presencia de la Comisión dentro de la Policlínica es a veces, bastante resistida por los técnicos, se vive como una cosa muy invasiva y de mucho contralor. (...) Las comisiones tienen un vínculo directo y personalizado con las usuarias, ellas son las que entregan los métodos anticonceptivos, tienen un consultorio con día y hora de atención a la hora de la consulta del ginecólogo. Plantean malestares de las usuarias (...) Las comisiones se han ido nucleando como una red....más allá de nuestra convocatoria ellas se han reunido para articularse y nos han hecho planteos propios desde la visión de las comisiones. Les ha dado mucho poder la administración de los métodos, pero esto surge por una debilidad institucional ya que no tenemos un mecanismo adecuado para vender o entregar los métodos, fueron cumpliendo un déficit nuestro. El objetivo primario era que las mujeres participaran, se empoderaran y hay un fuerte empoderamiento de ellas...”

En el contexto de la nueva administración de gobierno municipal, que asumió en agosto de 2005, el PAIM es una prioridad para la División Salud y la Secretaría de la Mujer. En este nuevo contexto se introdujeron algunas modificaciones que implican nuevos desafíos para el Programa. Así lo expresan las coordinadoras:

“El PAIM es un programa prioritario para la Secretaría de la Mujer y para la División Salud, también se ha formado un equipo asesor para los programas. Los programas de salud tienen cuatro ejes: niñez, adolescencia, adultos y adultos mayores (...) Son ejes etarios y no temáticos. Esto implica que el PAIM se amplía a niños/as, adolescentes y tercera edad (...). Estamos trabajando con la dirección política del programa (director de División Salud y directora de Secretaría de la Mujer) en las definiciones y avances que queremos para el próximo quinquenio” (entrevista coordinación PAIM)

Entre los desafíos planteados para el PAIM en el contexto de una nueva administración municipal y en el marco de una reforma del sector salud, las coordinadoras señalan:

- realizar una planificación para el quinquenio en el marco del nuevo Plan Igualdad de Oportunidades y Derechos (que se prevé desarrollar en esta administración), con la participación de los equipos de salud y las Comisiones de Apoyo;
- realizar una evaluación externa de la implementación de diez años del Programa, a los efectos de sistematizar la experiencia, identificar fortalezas, debilidades y lecciones;
- re-definir el rol y funciones de las Comisiones de Apoyo tendiendo a que desarrollen una tarea educativa y no administrativa;
- re – definir el sistema de registro del Programa de modo de optimizar la información sobre las prestaciones, perfil de las mujeres usuarias e impacto de las actividades educativas;
- mejorar el soporte del Programa en términos de recursos financieros y humanos;
- contar con nuevos materiales de apoyo para las actividades permanentes de promoción y educación, y poder evaluar su impacto;
- coordinar y optimizar los recursos con el resto de las instituciones del Estado.

Al momento de elaboración de este trabajo el presupuesto municipal no estaba aprobado. Las coordinadoras señalaron que en estos 10 años de implementación se logró que la Intendencia Municipal de Montevideo asumiera dentro de su presupuesto genuino la implementación total del programa⁴⁹. Las mujeres de las Comisiones de apoyo al PAIM trabajan en forma honoraria y las capacitaciones realizadas se han hecho con financiamiento externo. El presupuesto para los métodos es auto sustentable y ha tenido continuidad desde su implementación.

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (en proceso de elaboración) (MSP - IMM)

El análisis de los lineamientos del nuevo Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que se pretende implementar a partir del año 2006, al no estar finalizada su elaboración, ni haber sido, por tanto, oficialmente aprobado, se realizó en base a las entrevistas realizadas a actores que están participando en su elaboración.

Este Programa está siendo elaborado por una comisión interinstitucional donde participan DIGESA y ASSE por el Ministerio de Salud Pública, la División Salud y la Secretaría de la Mujer por la Intendencia Municipal de Montevideo. Esto constituye la primera

⁴⁹ Cabe recordar que este Programa al inicio fue financiado con fondos del Programa de Población de las Naciones Unidas, para la implementación del subprograma Maternidad Informada y Voluntaria.

iniciativa que ambos organismos realizan conjuntamente a nivel programático en lo que refiere a salud sexual y reproductiva, lo que aparece como un elemento sustancial y novedoso para la articulación de recursos interinstitucionales y la planificación de una política común para el área metropolitana. Otro aspecto a destacar es que los 10 años de experiencia que el municipio tiene en la implementación de un programa de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, puedan servir de insumos para la elaboración de este nuevo programa por parte de ambas instituciones públicas.

El nuevo programa dependerá del *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género* (DIGESA).

El marco conceptual del Programa, según se recogió en las entrevistas, estaría basado en una perspectiva de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, con una mirada de equidad de género y por primera vez no está dirigido exclusivamente hacia las mujeres, sino que transversalizaría los programas de niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor de ambas instituciones. Esto significa que los varones también están contemplados, lo cual marca un punto de inflexión en la conceptualización de los programas desarrollados hasta el momento.

Este nuevo programa amplía los componentes de la salud sexual y reproductiva (abordados hasta el momento por los programas existentes en MSP e IMM), integrando el abordaje de la violencia doméstica y sexual y una articulación con el Programa Nacional de ITS/ SIDA. En términos de integralidad, se podría decir que el nuevo Programa se propone avanzar en un abordaje de mayor inter-vinculación entre distintos componentes de la salud sexual y de la salud reproductiva.

Dentro de las estrategias de intervención el Programa se enmarca en los lineamientos del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud que hace hincapié en la promoción, prevención y jerarquización del primer nivel de atención.

El alcance del nuevo Programa es nacional, dirigido tanto a efectores públicos como privados y su implementación está prevista por etapas. Comenzará a nivel de la RAP (Red de Atención Primaria – ex SSAE -) del MSP y de las policlínicas municipales de la Intendencia Municipal de Montevideo, abarcando en principio el área metropolitana.

El mayor desafío para este Programa será su implementación en el resto del país para cumplir efectivamente con su propósito de ser de alcance nacional. Las principales dificultades planteadas en tal sentido, se ubican, según los/as entrevistados, en la inexistencia de programas en salud sexual y reproductiva en la mayoría de los departamentos. En algunos casos, existen prestaciones puntuales y no articuladas entre sí. En este aspecto,

las asimetrías entre Montevideo y el resto del país, son relevantes. Por tanto, los puntos de partida y los procesos para el desarrollo del nuevo Programa ubican desafíos bien diferentes en uno y otro escenario.

Para los efectores de la salud privada este nuevo Programa significará un desafío importante, ya que en las prestaciones que brindan actualmente, no están incluidas la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, la prestación de métodos anticonceptivos, ni las consejerías en anticoncepción. A partir de la implementación del nuevo sistema de salud estas serían incorporadas al plan de prestaciones que deberán asumir todos los efectores.

Otro aspecto destacable del nuevo Programa, según los entrevistados, es la participación de las usuarias y de la sociedad civil. Si bien no participaron en su diseño, las mujeres de las Comisiones de apoyo al PAIM (Intendencia Municipal de Montevideo) y los técnicos de los diferentes equipos de salud están siendo consultados sobre los principales lineamientos del programa.

La experiencia de participación de las mujeres en la gestión del PAIM es uno de los aspectos más innovadores que ha presentado este programa en materia de participación comunitaria, más allá de las revisiones que amerita sus roles y funciones. En este sentido sería recomendable que el nuevo programa prevea espacios de participación ciudadana. Para el MSP, la inclusión de este tipo de espacios implicará un aprendizaje institucional, ya que estas instancias de control ciudadano y participación de la sociedad civil en la gestión de sus centros de salud, no han existido hasta el momento.

La implementación de espacios educativos grupales para las usuarias, trascendiendo la información que se puede brindar en las consultas y permitiendo que la difusión de los derechos sexuales y reproductivos se realice en espacios comunitarios, abiertos y por agentes de salud con formación específica para la tarea, es otro de los aspectos innovadores que presentaría el Programa para dinamizar la participación.

A modo de reflexión

En el país existen cuatro programas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Dos de ellos se ubican en el MSP (Salud de la Mujer y Género e ITS / SIDA), uno de ellos pertenece al MIDES (Programa Infancia y Familia,) con un sub - componente relacionado con la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes en co-ejecución con el MSP. El restante (Programa de Atención Integral a la Mujer) se ubica en la órbita de la Intendencia Municipal de Montevideo.

Lo anterior da cuenta de que todos los programas de salud sexual y reproductiva exis-

tentes en el país pertenecen al subsector público. Las tres IAMC analizadas tienen prestaciones y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva (acciones en algunos casos dirigidas hacia adolescentes, en otros relacionadas con violencia doméstica, los tradicionales servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, y policlínica de medicina preventiva en cáncer de mama) que no están articulados como programa, ni enmarcados dentro de una política de salud sexual y reproductiva. Las acciones en su mayoría, no recogen ni se realizan desde una perspectiva de derechos, ni tampoco incorporan la perspectiva de género.

Respecto al abordaje de la salud sexual y reproductiva, tres de los programas mencionados, presentan líneas de acción que trascienden los componentes tradicionales de la salud materna (atención al embarazo, parto y puerperio), por incluir una serie de componentes que hacen a la integralidad del abordaje en este campo.

A su vez, el *Programa de Salud de la Mujer y Género* incluye las áreas de violencia de género, condición del varón y salud mental en su intervencionalidad con la salud sexual y reproductiva, aspectos éstos ausentes hasta el momento en las políticas de salud.

El *Programa Infancia y Familia* introduce como elementos innovadores la formación de promotores adolescentes y el desarrollo de actividades comunitarias entre pares, así como el tipo de metodología de seguimiento que realiza a las adolescentes puérperas. Propone un seguimiento individual en el domicilio de la adolescente realizado por funcionarias del MSP especialmente capacitadas para la tarea.

El seguimiento tiene como cometido acompañar a la adolescente en esta etapa, reflexionar acerca de los sentimientos que le genera su maternidad, apoyarla en sus decisiones sexuales y reproductivas, en la elección de un método anticonceptivo, aportando elementos que orienten la construcción del proyecto de vida.

Por su parte, el programa PAIM, fue el primer programa integral en salud sexual y reproductiva, que incluyó en sus acciones, la consejería en anticoncepción, prestación de métodos anticonceptivos, atención al embarazo, parto y puerperio y prevención precoz del cáncer génito mamario; e incorporó a su gestión a las mujeres que integran las comisiones de apoyo al programa quienes son responsables de la administración del fondo de métodos anticonceptivos, de la orientación a las mujeres usuarias y de las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva en sus comunidades.

Hasta el año 2000, únicamente las usuarias de las policlínicas municipales podían acceder a servicios integrales en salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a métodos anticon-

ceptivos de bajo costo. Las usuarias del MSP de Montevideo pudieron comenzar a recibir una atención integral y el acceso sostenido y gratuito a métodos anticonceptivos a partir de la puesta en práctica del programa Salud Integral de la Mujer (SSAE – ASSE, 2001).

Ninguno de los programas analizados incorpora lineamientos programáticos específicos respecto al abordaje de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto inseguro, a pesar de existir una normativa sanitaria vigente en el MSP, que tiende a la prevención del aborto en condiciones de riesgo como una medida para la reducción de la morbimortalidad materna por esta causa.⁵⁰

La realidad descrita evidencia que hasta el momento no existe en el país un programa nacional que garantice la integralidad de las políticas en salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres, ni el acceso sostenido a métodos anticonceptivos, realidad que se agudiza en el interior del país y más aún en las áreas rurales.

Las entrevistas realizadas a las autoridades de salud pública de los departamentos seleccionados del interior del país, permiten afirmar que cada realidad departamental ofrece un panorama singular con distintas dificultades para las prestaciones, diferentes grados de articulación entre los efectores y entre el área normativa - programática (DIGESA) y el área asistencial (ASSE) del MSP.

La inequidad en el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva de la población de las capitales departamentales y de otras ciudades y pueblos es notoria. La distribución de los métodos anticonceptivos en las pequeñas localidades no está garantizada ni es sistemática, lo que deja un número significativo de mujeres sin posibilidades de acceso a los mismos en el marco de la consulta de salud.

De acuerdo a lo manifestado por los directores departamentales de salud y los coordinadores de la red de ASSE entrevistados, la cantidad de métodos anticonceptivos que cada departamento recibe es insuficiente para la demanda existente. Estas dificultades en la prestación de métodos no se deberían a la escasez de insumos disponibles a nivel central tal como lo expresaran autoridades del MSP, sino a debilidades en la planificación de los servicios, a dificultades administrativas y de acceso a los mismos, según los entrevistados.

En el año 2006 la distribución de métodos anticonceptivos en el MSP, fue transferida de la órbita de DIGESA a ASSE con el objetivo de superar las dificultades mencionadas. Pero

50 Ordenanza Nº 369 (agosto de 2004) – MSP. Esta ordenanza y los contenidos de la Normativa sanitaria serán abordados en otra sección de este capítulo.

también, según un entrevistado, tiene un sentido simbólico en términos de valoración institucional de los insumos anticonceptivos en el vademécum ministerial. Evaluar los resultados de esta modificación en la gestión es aún prematuro.

“El pasaje de la anticoncepción a ASSE es puramente lógico. Los insumos los provee ASSE. (...) Es una forma de visualizar para prestadores y usuarios que los métodos anticonceptivos son tan importantes como los antibióticos.” (coordinador área SSR, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género)

Respecto a las dificultades mencionadas para la planificación y previsión de métodos, cabe destacar la situación de los departamentos de Artigas y de Rivera. Al momento de asumir las autoridades de esta administración, no existían registros del número de mujeres usuarias, ni de su distribución geográfica en el departamento, lo que constituía un impedimento para estimar los insumos necesarios en general y los métodos anticonceptivos en particular.

“En el Centro de Salud existe una nurse que se encarga de la administración de los métodos. Asesora y está capacitada en la Salud Reproductiva. A partir del 2005 se entregan los métodos en las policlínicas periféricas (1 vez al mes) de Bella Unión y dos pueblitos cercanos y no sólo en el Centro de Salud.” (entrevista autoridades Artigas)

“Supuestamente la persona que entrega las pastillas no debería ser dadora de pastillas, tendría que orientar, pero no siempre puede. Ahí tenemos que capacitar promotores de salud Hay dificultades en conseguir los métodos. El DIU sólo está en Centro de Salud (no hay horas de médicos para poner en policlínicas), el resto está descentralizado.” (entrevista autoridades Rivera)

El departamento de Tacuarembó implementa una política de salud sexual y reproductiva en el marco de un programa integral con alcance en todo el departamento, según expresan las autoridades entrevistadas. La articulación entre los diferentes efectores (público nacional, público municipal y privado) en el escenario local y la capacitación del personal parecerían ser factores determinantes para este logro.

“Las acciones en salud sexual y reproductiva se realizan en el centro de salud y en todas las policlínicas. Incluye planificación familiar y educación sexual... Los métodos son suficientes, en el 2004 – 2005 aumentó casi al doble la demanda, pero igual cumplimos. La gente está más informada y la red de servicios de salud urbanos y suburbanos extendió el suministro (...) Que la mujer que quiera quedar embarazada lo haga y la que no quiera que tenga acceso a métodos. (...) En cada lugar se promovió y se capacitó a alguien para que pudieran hacerse todos los servicios de atención integral a la mujer (...)” (entrevista a autoridad departamental de salud)

“La experiencia nuestra muestra que las cosas que se aran desde abajo, a nivel local, son las que realmente funcionan. No las que vienen implementadas desde Montevideo que no siempre se adaptan a las realidades del interior...Coordinación entre distintas instituciones locales (Digesa, Asse, Hospital, mutualista)”

Con respecto a la población objetivo de las políticas en salud sexual y reproductiva, los programas han dirigido sus acciones tradicionalmente hacia las mujeres.

Sin embargo, en los programas analizados existen algunas líneas de acción hacia los varones: el subcomponente 1.4 de Infancia y Familia incorpora el seguimiento socioeducativo de los padres adolescentes, el programa Salud de la Mujer y Género incorpora un área de Condición del Varón y el nuevo programa que el MSP y la Intendencia Municipal de Montevideo están diseñando en forma conjunta, incorpora a los varones como parte de su población objetivo. Más allá de lo positivo de estas iniciativas, las mismas aún no son suficientes para constituir una política de salud sexual y reproductiva integral que contemple a mujeres y varones con criterios de equidad.

Todos los programas analizados mencionan en sus marcos referenciales los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género. Sin embargo, estos enunciados tienen diferentes grados de precisión en la formulación de cada uno de ellos y en su incorporación en las acciones previstas y/o desarrolladas. El énfasis y la importancia asignada a los derechos sexuales y reproductivos por las diferentes autoridades, es también variada. En este sentido el PAIM (Intendencia Municipal de Montevideo), el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MSP) y el Programa en gestación de salud sexual y reproductiva son aquellos donde la importancia de la perspectiva de derechos y de género ha sido especialmente resaltada.

Estas diferencias se manifiestan por ejemplo en los esfuerzos realizados por parte de los programas en la capacitación de sus recursos humanos en derechos sexuales y reproductivos, en la promoción de estos derechos en la población usuaria y en la importancia que se le da a la participación de la sociedad civil.

Con respecto al diseño de los programas, la rigurosidad en su formulación es heterogénea. Todos los programas analizados presentan metas, objetivos y actividades, aunque la articulación y consistencia entre ellos no siempre está presente.

El análisis comparativo de los programas es una tarea difícil, ya que éstos no se comenza-ron a ejecutar en el mismo período. Hecha esta salvedad es posible afirmar que el PAIM es el programa que más esfuerzos ha realizado respecto a la capacitación de sus recursos humanos, la incorporación de la participación de la sociedad civil y la articulación entre su marco conceptual y sus acciones.

El programa Infancia y Familia es el único que presenta entre sus documentos programáticos un marco lógico, una matriz de seguimiento y planes operativos anuales, donde se detalla lo que se planifica realizar en el año, incluyendo las actividades que se implementarán y los resultados que se esperan alcanzar. En este caso es importante resaltar que este programa trabajó durante más de un año en la elaboración de su planificación, sin ejecutar acciones, contando para ello con recursos humanos específicos.

El Programa Nacional de SIDA, no contaba al momento de la entrevista, con documentación de presentación del programa.

El PAIM cuenta con un folleto de divulgación, que si bien no especifica las actividades a implementar anualmente, es claro y consistente en relación a la especificación de los objetivos generales, los subprogramas que lo integran y sus respectivos objetivos específicos, así como los resultados esperados en cada uno de ellos.

El Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género (MSP) cuenta con un documento elaborado que fue realizado por su directora antes de asumir, esto implica que si bien en el mismo se especifican áreas, cometidos y objetivos, su formulación no incorpora plazos y resultados esperados.

En la medida que no hubo condiciones para acceder a las planificaciones estratégicas anuales que los programas del MSP debieron realizar para el CEPRE (Comité Ejecutivo para la Reforma del Estado)⁵¹, en las cuales deben especificarse lineamientos, objetivos, actividades, presupuestos y recursos humanos, resulta difícil evaluar el grado de desarrollo y consistencia de su diseño.

Sobre las causas de las debilidades para la formulación consistente de los Programas, los entrevistados y autoridades de la actual administración explicitaron algunas de ellas. Por un lado, se admite desde la Dirección de Programas de la DIGESA que éstas estuvieron presentes en anteriores administraciones: *“una lista de actividades bastaba para convertirse en la formulación de un programa”*.

Por otra parte, se admite que los programas no cuentan con recursos humanos específicamente capacitados para su formulación.

Las mayores debilidades se encuentran en la ausencia de especificaciones respecto a resultados e impactos esperados, indicadores de seguimiento, de calidad de atención, recursos humanos y presupuesto. En suma, un sistema de evaluación de la gestión.

51 Para consultas sobre el CEPRE, se recomienda utilizar el sitio web: www.cepre.opp.gub.uy

A lo expuesto anteriormente se suma la escasez de recursos financieros. Contar con un sistema de evaluación sistematizado y en funcionamiento (con información actualizada y procesada), implica tener recursos humanos y financieros destinados a esta tarea, y un paquete informático diseñado con terminales en los centros periféricos donde se realizan las actividades.

Un sistema de evaluación continua garantizaría el control permanente de las acciones, la focalización de los programas hacia los resultados esperados y si el mismo además contemplara mecanismos de participación de la sociedad civil, se convertiría en un instrumento para el ejercicio del control ciudadano.

Los riesgos de un sistema de salud que no jerarquiza la evaluación, pueden conducir a la repetición de estrategias que no necesariamente alcanzan los resultados esperados y a la inexistencia a mediano y largo plazo de insumos necesarios y pertinentes para la revisión y elaboración de políticas públicas.

Los esfuerzos realizados por los programas en relación a la evaluación, se reducen en la mayoría de los casos a cuantificar prestaciones, números de consultas realizadas y a monitorear indicadores de salud de la población (entre los cuales aquellos referidos a salud sexual y reproductiva son escasos). Estos esfuerzos son necesarios, pero no suficientes para implementar un sistema de evaluación integral.

En relación a la disponibilidad de recursos humanos, los programas analizados presentan situaciones diversas.

En el MSP, existe escasez de recursos humanos en todas sus áreas. Los programas de DIGESA analizados no cuentan con los recursos humanos suficientes para garantizar su implementación. La necesidad de contar con mayor dotación de personal también está presente en ASSE Montevideo, pero ésta se agudiza en el interior del país, donde en algunos departamentos existen serias dificultades para poder cumplir con las líneas programáticas definidas por la DIGESA.

De las entrevistas realizadas a los directores departamentales de salud y a los coordinadores de la red de ASSE, se recoge la preocupación respecto al cumplimiento de los lineamientos programáticos de la DIGESA, manifestando la imposibilidad de formar equipos en cada uno de los temas priorizados.

La necesidad expresada por los entrevistados de contar con capacitación permanente es recurrente. A la afirmación de que la misma hasta ahora ha sido insuficiente, se suma la falta de coordinación que hace que *“el propio MSP superpone actividades y es imposible estar en dos lados a la vez”*.

En Montevideo en el marco del programa SIM, a partir del año 2001, se impulsó la formación de equipos de salud, implementándose algunas capacitaciones para sus técnicos.

A diferencia de lo anterior, el programa Infancia y Familia, cuenta con recursos humanos necesarios para su implementación, la ampliación de la dotación de los mismos se realiza en función del incremento de las y los adolescentes en seguimiento en los diferentes departamentos.

Con respecto al programa PAIM (IMM) y a pesar que las coordinadoras expresan que el personal es insuficiente y que se necesitarían más ginecólogos y enfermeras dentro del staff permanente de las policlínicas, así como profesionales del área social (trabajadores sociales, psicólogos), los equipos de salud de las policlínicas están en condiciones de cumplir con los requerimientos del programa.

Estos recursos humanos municipales han sido capacitados por el Programa en salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, violencia doméstica, aborto inseguro, entre otros. No obstante, la alta rotación de pasantes hace que esta capacitación muchas veces no pueda redundar en una acumulación institucional. La capacitación en este Programa ha sido un elemento jerarquizado, aunque no siempre continuo.

No obstante, y de acuerdo a lo manifestado en las entrevistas, la capacitación brindada a los equipos de salud en derechos sexuales y reproductivos y género aún no es suficiente para romper con el modelo médico hegemónico. Esto lleva a las coordinadoras a destacar que la capacitación permanente es la única herramienta para sensibilizar en el tema.

3.2 Normativas en Salud Sexual y Reproductiva.

En este apartado se presenta el análisis de las normativas y guías clínicas en salud sexual y reproductiva vigentes en el país:

1. Guías en Salud Sexual y Reproductiva – Capítulo Anticoncepción – (Métodos Reversibles).
2. Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual.
3. Normativa de Atención Sanitaria y Guías de Práctica Clínica “Asesoramiento par una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.” (Ordenanza 369/04,I MSP).
4. Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia.

El país cuenta con Normas de atención materno – infantil (sección perinatal), desde el año 1999⁵². Las mismas no fueron incluidas en este monitoreo, ya que se encuentran en proceso de revisión y reelaboración y según lo manifestado por los responsables del Programa Nacional Salud de la Mujer y Género del MSP, este proceso culminará en el año 2006 con una nueva edición⁵³.

Asimismo, durante el año 2005 comenzó a funcionar la Comisión de Consenso, creada por Resolución Ministerial N° 288/05 (MSP), en el marco del Programa Prioritario ITS/SIDA, con el apoyo de integrantes de la Cooperación Técnica Internacional de Brasil (CICT) y de OPS/OMS, con el cometido de elaborar las *Guías de Diagnóstico y Tratamiento del VIH – SIDA*, las cuales estarán finalizadas para el mes de marzo de 2006.⁵⁴

Guías en Salud Sexual y Reproductiva (Capítulo Anticoncepción – Métodos Reversibles)⁵⁵

Las Guías en Salud Sexual y Reproductiva fueron editadas y presentadas públicamente en el mes de noviembre del año 2005 por parte del Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.

Su elaboración es el resultado de un largo proceso que se inicia hacia 1997 en el marco de la Comisión Honoraria en Salud Sexual y Reproductiva convocada por el Programa Maternidad y Paternidad Elegida (MSP).

Así lo expresa el documento: *“ las guías tienen como antecedente inmediato las normas elaboradas por la Comisión Asesora Honoraria en Salud Sexual y Reproductiva en el marco del Proyecto de Salud Reproductiva (Resolución del 28/05/97), cuya validación oficial y publicación no fueron posibles en su oportunidad.”*⁵⁶.

En su reelaboración participaron un conjunto de técnicos de diferentes disciplinas y dependencias institucionales: Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República, Intendencia Municipal de Montevideo y representantes de la sociedad civil (asociaciones gremiales y científicas y la contribución destacada de las mujeres organizadas).⁵⁷

52 Normas de Atención materno – infantil (sección perinatal). MSP (Digesa). 1999.

53 Las nuevas normativas tendrán como nombre: Normas de atención al embarazo, parto y puerperio.

54 Debido a que las guías se encontraban en pleno proceso de elaboración durante el desarrollo de este monitoreo, no fue posible su inclusión en el mismo.

55 MSP (2005). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva – Capítulo Anticoncepción – (Métodos Reversibles)*.

56 Idem, pág. 11.

57 Idem, Prólogo.

El contenido de las Guías fue revisado técnicamente por miembros de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva: representantes de Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, Intendencia Municipal de Montevideo, Ministerio de Salud Pública (ASSE), MYSU, Sindicato Médico del Uruguay y Sociedad de Ginecología del Uruguay.

Toman como marco conceptual de referencia las recomendaciones de las plataformas de acción emanadas de las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo (CIPD; El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (CMM, Beijing 1995) y las *"Medidas claves para avanzar en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo"* (CIPD + 5, 1999) (donde se ratificaron estos compromisos) que impulsan la equidad de género, la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos universales e inalienables.

Las Guías han sido elaboradas a partir de una visión de salud integral que incorpora una perspectiva multidimensional, compleja y de contextualización histórica⁵⁸; impulsan para todas las propuestas de normatización en el campo de la salud sexual y reproductiva la consideración y el respeto de una ética civil, plural, autónoma, racional y de la responsabilidad⁵⁹ y hacen hincapié en la importancia de la educación en salud y en el derecho de los y las usuarias a una información pertinente y actualizada.

El contenido no queda restringido a brindar información en base a las evidencias científicas sobre los distintos métodos anticonceptivos (hormonales, hormonales de emergencia, DIU, naturales o comportamentales), sus ventajas y desventajas; sino que orienta sobre las características que deberían tener las intervenciones en salud sexual y reproductiva, criterios metodológicos para abordar la consulta, equipamiento e infraestructura de los centros de salud y la conformación de los equipos técnicos, entre otros.

Respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva, se destaca la conveniencia que éstos se dirijan a mujeres y varones así como a los diferentes tramos etarios. También se enfatiza la importancia de que todo el sistema de salud ofrezca prestaciones integrales, la jerarquización del primer nivel de atención, el abordaje interdisciplinario, y la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, en particular con el sector educativo.⁶⁰

58 Idem, pág. 12.

59 Idem, pág. 19 y 20.

60 Idem, pág. 21.

Estas recomendaciones presentan varios desafíos para el funcionamiento actual de los servicios, especialmente en lo referido a la integralidad de las prestaciones en salud sexual y reproductiva, la inclusión de los varones y el abordaje de las necesidades específicas de las mujeres que no se encuentran en edad fértil.

Las Guías fueron presentadas públicamente en noviembre de 2005 y está prevista su difusión a los efectores de todo el país, a partir del 2006. La difusión hacia los equipos de salud del MSP se realizaría a través de la RAP (Red de Atención Primaria, ASSE). En el interior del país, son los Directores Departamentales de Salud (DIGESA) quienes tienen la responsabilidad de hacerlas llegar a los Coordinadores de la Red de ASSE y éstos a los equipos de salud.

En relación a la capacitación de los equipos del MSP para la implementación de las Guías, está prevista la realización de cuatro talleres regionales en el interior del país y un taller en Montevideo, para el primer semestre del año 2006.⁶¹ El hecho que en el interior los talleres sean regionales implica que no todos los integrantes de los equipos de salud puedan acceder a la capacitación y es de destacar que, según las autoridades del interior entrevistadas, las actividades de multiplicación que deberían realizar los técnicos que la reciben hacia el resto de sus colegas, no siempre pueden concretarse.

Con respecto a la capacitación que realizan la Intendencia Municipal de Montevideo y el sector mutual, si bien al momento de la realización de las entrevistas, las Guías no habían sido presentadas aun, los entrevistados expresaron que sus equipos son capacitados cada vez que el MSP difunde nuevas normas.

No siempre, como también se desprende de las entrevistas, las normas elaboradas por el MSP son conocidas por el resto de los efectores, lo que constituye una debilidad a superar en lo concerniente a la difusión de estas normativas en particular y de todas las normativas en salud sexual y reproductiva en general, como se analizará más adelante.

Por último cabe agregar que aún queda pendiente la elaboración de guías para los métodos anticonceptivos no reversibles (ligadura tubaria y la vasectomía⁶²), ya que el capítulo aborda los métodos reversibles (anticonceptivos hormonales, anticoncepción de emergencia, dispositivo intrauterino, métodos naturales o comportamentales). Contar

61 Entrevista al Dr. Bremen de Mucio. Coordinador del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. MSP.

62 Esta última se menciona únicamente en el apartado referido a "Inclusión de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva". Idem pág. 73.

con normativa sanitaria que permita el acceso universal a una amplia gama de métodos anticonceptivos de calidad y en el marco de la consulta médica, es una deuda del sistema de salud que debería repararse en el corto plazo.

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".

La normativa de atención sanitaria: *"Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo."*, fue elaborada en forma conjunta por integrantes de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina.

En el mes de agosto de 2004, y luego de finalizado el debate parlamentario sobre el Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva⁶³ (4 de mayo, tuvo lugar la última sesión en Cámara de Senadores, donde el resultado fue negativo), las autoridades del MSP aprobaron la propuesta de normativa sanitaria, mediante la ordenanza N° 369. Se consideró que a pesar de haber adoptado diversas medidas educativas para prevenir el aborto en condiciones de riesgo, el país registró un incremento marcado en la mortalidad materna (particularmente en el subsector público),⁶⁴ y por ello resuelve adoptar una estrategia sanitaria tendiente a reducir el daño del aborto inseguro y a tomar medidas para su prevención, en el marco legal restrictivo vigente en el país. En la ordenanza ministerial, se señala que:

"Implica un avance en procurar el desarrollo de medidas sanitarias que cumplan con los requerimientos bioéticos y médico-legales exigidos a los profesionales de la salud en cuanto a la preservación y conservación del embarazo a la vez que procuran la información, prevención y asesoramiento del daño causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo".⁶⁵

El marco conceptual de la normativa destaca el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción de su embarazo y recomienda que ésta lo haga sobre la base de *"reflexión informada, clara, científica, segura, desprovista de toda otra concepción que no sea la que nos compete*

63 El Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva incluía el rol del estado como garante para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos mediante educación sexual, acceso universal a métodos anticonceptivos, promoción de maternidades y paternidades elegidas, prevención de la morbi mortalidad materna y servicios de aborto legal hasta las 12 semanas de gestación.

64 MSP. Ordenanza 369/04. Agosto de 2004.

65 Idem.

por ley.”⁶⁶ *“En la relación médico paciente, se respetará la decisión informada de la usuaria, independientemente que, como criterio epidemiológico poblacional, se desalentará la práctica del aborto voluntario (...) se debe informar de los riesgos médicos y legales existentes, dada la condición actual de ilegalidad que la realización del aborto provocado tiene en nuestro país.”*⁶⁷

La finalidad de la normativa es desarrollar medidas sanitarias tendientes a disminuir los daños generados por el aborto provocado en condiciones de riesgo, actuando antes y después de su realización.

*“La estrategia que orienta esta normativa es la de reducción de riesgos y daños dentro del marco legal vigente.”*⁶⁸

Dentro de sus objetivos específicos se destaca por un lado, la posibilidad de *“generar una instancia médica y psico-social de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que éstas cuenten con toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados, respetando la decisión informada de la usuaria.”*⁶⁹ Por otra parte, y en *“los casos que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y procuren disminuir las complicaciones inmediatas.”*⁷⁰

La normativa incluye las guías clínicas para su aplicación, constituyendo una herramienta para la práctica clínica y *“un marco práctico para el desarrollo de la consulta en policlínica o en cualquier otra instancia de contacto entre el equipo de salud y la usuaria / paciente con respecto a la problemática de la interrupción voluntaria del embarazo.”*⁷¹

Los objetivos de las guías están referidos a *“brindar seguridad a los integrantes del equipo de salud con respecto a la implementación de la normativa, homogeneizar los contenidos de la entrevista, tanto pre aborto, como post aborto, proveer herramientas para optimizar la práctica clínica a la luz de la normativa desarrollada buscando su cabal cumplimiento.”*⁷²

El marco conceptual de las guías clínicas es consistente con el de las normativas, resaltando

66 MSP (agosto 2004). Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo. “Normativa de Atención Sanitaria. Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, “Prólogo”, pág. 5.

67 Idem. pág. 7

68 Idem.

69 Idem.

70 Idem.

71 Idem, pág. 11.

72 Idem.

el principio de autonomía de las mujeres y el principio de beneficencia. Destaca asimismo la importancia que el equipo de salud brinde a la mujer información técnica y legal respecto a la práctica del aborto, así como apoyo, contención y asistencia psicológica si fuera necesaria.

Otro aspecto a destacar de las guías es que recomiendan el registro para las consultas. En caso que este registro se llevara a la práctica por los equipos de salud en forma sistemática, el MSP estaría en condiciones de contar con una aproximación acerca de la incidencia de abortos practicados, así como con información sobre sus causas.

Para la implementación de la normativa, la Ordenanza N° 369 crea una Comisión cuyo cometido es la elaboración de un plan para su implementación en todo el sistema de salud. La Comisión está integrada por un representante del MSP (quien la presidiría), de ASSE - MSP, de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, del Sindicato Médico del Uruguay y de Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La Comisión queda además, facultada para nombrar a otros integrantes de la sociedad civil.

Esta Comisión funcionó durante un breve período de tiempo (agosto – noviembre 2004), ya que su nombramiento coincidió con la finalización de la administración anterior y la actual administración aún no la ha convocado para que retome su funcionamiento y cometidos. Esto se enmarca en una actitud de silencio de las actuales autoridades respecto al destino de esta normativa.

El monitoreo realizado, permite afirmar que la normativa se aplica en Montevideo en el Hospital de la Mujer (Pereira Rossell) en la Policlínica de Asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva. Sobre las condiciones de su aplicación, autoridades de ASSE manifestaron que fue necesaria su adaptación a la realidad y a los recursos con que cuenta el hospital. Asimismo manifestaron, que hay que tener en cuenta que dentro de la Facultad de Medicina existe la libertad de cátedra, lo que implica que si bien existe una normativa, las diferentes cátedras no necesariamente la aplican cabalmente.

Respecto a la aplicación en la RAP, autoridades de ASSE de Montevideo manifestaron que *“en el año 2004 se empezó un proceso con los equipos de 2 Centros de Salud (...), transición mediante se interrumpió. Hoy por hoy no se sabe como se va a continuar.”*

Ninguno de los directores departamentales de salud y coordinadores de la red de ASSE entrevistados, manifestaron conocer esta normativa a través del MSP. Algunos de ellos la conocen a través de otras actividades profesionales, pero no mediante los canales institucionales.

De los departamentos del interior del país considerados, únicamente en el Hospital de Tacuarembó existe asesoramiento pre y post aborto por parte de todos los ginecólogos, según manifestaron las autoridades entrevistadas.

En las entrevistas realizadas a las autoridades de la Intendencia Municipal de Montevideo, éstas expresaron que *“el personal conoce las normativas, ..., las normas se difunden en instancias de discusión, cómo implementarlas, etc.”*. Consideran que los equipos de salud municipales están en condiciones de aplicarlas y que el asesoramiento pre y post aborto se realiza en los servicios municipales.

Respecto a los registros de consultas pre y post aborto realizadas, si bien la IMM en un comienzo realizó un lanzamiento, luego la sistematización de las planillas no se concretó. En las entrevistas, las autoridades manifestaron que es un elemento a retomar así como la profundización de la difusión de la normativa, dirigida no sólo hacia los equipos de salud sino también hacia las Comisiones de Apoyo al PAIM.

En el sistema mutual, la normativa no se aplica y de las tres IAMC entrevistadas sólo una de las consultadas tenía conocimiento de su existencia.

La actitud de la actual administración hacia la prevención del aborto inseguro como problema de salud pública, es ambivalente y errática: no ha desarrollado ninguna actividad para la promoción y difusión de la normativa vigente, pero tampoco ha anulado la ordenanza que le dio origen. Tampoco ha obstaculizado que el servicio de asesoramiento ubicado en el Hospital Pereira Rossell continúe funcionando, pero no desarrolla acciones para su multiplicación en todo el país.

Parecería que la postura del Presidente de la República⁷³, hecha pública en abril de 2005 (su voluntad de vetar una ley sobre salud sexual y reproductiva que incluya cualquier forma de despenalización del aborto, en caso de que sea aprobada), ofició de fuerte obstáculo, no sólo para el debate parlamentario sobre el cambio legal, sino también para el desarrollo de medidas sanitarias de prevención y reducción del riesgo en mujeres en situación de aborto inseguro y la atención de sus consecuencias para la salud.

Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual.

Las Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) fueron editadas y presentadas públicamente en el mes de diciembre del año 2005 por parte del Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Prioritario ITS - SIDA.

73 Posición informada a los medios de comunicación en abril de 2005, y sostenida en reiteradas oportunidades durante el período que abarca este monitoreo.

En el proceso de elaboración, participaron un conjunto de profesionales médicos de la Universidad de la República, sociedades científicas y el Ministerio de Salud Pública (DIGESA y ASSE).⁷⁴ La elaboración de estas pautas si bien contó con una contribución interinstitucional, no tuvo un aporte interdisciplinario ni de actores de la sociedad civil tales como organizaciones que trabajan en el campo del VIH - SIDA, personas viviendo con VIH, entre otras.

Las pautas toman como marco conceptual de referencia un enfoque epidemiológico y de reducción de riesgo, la prevención a través de una detección temprana, la importancia de la construcción de un vínculo de confianza entre médico-paciente y la importancia de la privacidad y la confidencialidad de la consulta. Describe a la consejería como *“un proceso dinámico de diálogo (entrevista) mediante el cual una persona informada ayuda a otra”*⁷⁵ al mismo tiempo que *“un proceso de escucha activa centrado en la persona que presupone una relación de confianza entre ambos interlocutores”*⁷⁶

Otro elemento destacado es la recomendación de la intervención de un equipo interdisciplinario en salud (profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social).

El material elaborado se estructura en diferentes capítulos:

- 1) Pautas de Diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico (definición de las ITS, introducción e importancia del abordaje del tema, generalidades, etiología, encadre sindrómico y síndromes más comunes de presentación de las ITS).
- 2) Agentes específicos de las ITS (infecciones bacterianas, parasitarias, virales y micóticas).
- 3) Manejo sindrómico de las ITS en el primer nivel de atención a la salud (objetivos, manejo de las ITS en el nivel de atención primaria, principales síndromes a considerar, reglas generales y limitaciones del manejo sindrómico de ITS, fármacos usados en el tratamiento, esquemas terapéuticos y recomendaciones de la intervención de un equipo interdisciplinario).

En este último capítulo se señala como objetivos *“prevenir la enfermedad, buscar la solución al problema del paciente con ITS, desde su primer consulta, contribuir a interrumpir la propagación y tratamiento de la pareja sexual cuando sea indicado y disminuir la incidencia de la infección por VIH”*⁷⁷

74 MSP 2005. DIGESA. Programa Prioritario ITS/SIDA Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

75 Idem. pág. 53.

76 Idem.

77 Idem. p Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, UdelaR. Pág 49.

Las estrategias establecidas para el logro de los objetivos indican:

- *“acercar el sistema de salud a la comunidad;*
- *educar a la población en relación a los factores y prácticas de riesgos, las vías de transmisión y las medidas de prevención;*
- *enseñar y promover prácticas de sexo seguro y negociación de uso del preservativo, en especial en las mujeres;*
- *realizar diagnóstico y tratamientos precoces en los pacientes y sus contactos;*
- *una correcta vigilancia epidemiológica;*
- *intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables”*⁷⁸

Las pautas resaltan las orientaciones que deben realizar los equipos de salud en la consulta para prevenir las ITS, detectarlas oportunamente así como criterios de tratamiento para cada una de ellas.

Si bien se basan en evidencias científicas actuales, las características de la consulta, el abordaje de la consejería y los derechos de los usuarios no son aspectos que estén presentes. Existe un desfase entre los contenidos de las pautas y algunas de las estrategias planteadas para el logro de los objetivos. Por otra parte, no se incluye ni se propone que el asesoramiento sobre ITS se enmarque dentro de un enfoque integral de salud sexual y reproductiva.

Con respecto a la difusión, ésta se realizó formalmente a través de su presentación pública en Montevideo en diciembre de 2005. Para el año 2006 está previsto realizar la capacitación para la implementación de las mismas a 350 integrantes de los equipos de salud del MSP.⁷⁹

Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia.

Las normativas están aprobadas y fueron publicadas en agosto de 2003, por el Ministerio de Salud Pública, a través de la entonces existente Área Mujer y Niñez.

En su proceso de elaboración participaron un conjunto de profesionales de la salud directamente involucrados con la atención a adolescentes en el Ministerio de Salud Pública. La elaboración de estas normas contó con un aporte interdisciplinario, pero no con la participación de la sociedad civil ni de otros actores que permitieran un acumulado interinstitucional.

78 Idem.

79 Entrevista Directora Programa Prioritario de ITS-SIDA (DIGESA).

Estas normas toman como marco conceptual de referencia cinco enfoques:⁸⁰

- enfoque de salud integral,
- enfoque de salud como derecho,
- enfoque de equidad de género,
- enfoque de resiliencia y
- enfoque de riesgo.

Para el trabajo con adolescentes las normas sugieren un equipo integrado por ginecólogo, pediatra, psicólogo, asistente social, enfermera, nutricionista y partera. Se destaca la importancia de las aptitudes técnicas y personales en el trabajo con adolescentes y se incorpora la descripción de las funciones de los técnicos integrantes del equipo multidisciplinario distribuidos por áreas, así como de las funciones no técnicas (recepción y administración).

También sugieren servicios de atención diferenciales para adolescentes, recomendando características generales con las que debieran contar e indicando las condiciones mínimas de los espacios físicos.

Brindan elementos para el desarrollo de actividades de educación para la salud, auto cuidado y consejerías específicas, en el marco de los servicios de salud o en otros entornos comunitarios. También se aportan herramientas sobre las características de la consulta, la historia clínica del adolescente y la red de servicios.

Como objetivos se plantean: *“Proponer al profesional de la salud y/o al equipo multidisciplinario de salud que trabaja con los/as adolescentes en los niveles primario y secundario, una guía práctica para la atención de la salud con un enfoque integral; dar pautas para la organización, programación y coordinación de las actividades de atención en los tres niveles; apoyar la capacitación de los profesionales que trabajan con adolescentes en los tres niveles de atención; promover las condiciones básicas de atención de los/as adolescentes en los tres niveles de atención: derecho a la salud integral, consentimiento, confidencialidad, autonomía, no discriminación; facilitar y promover acciones preventivas que promuevan el desarrollo integral, mediante la articulación de una red de servicios de salud a nivel intersectorial comunitario y el desarrollar actividades de consejería para la promoción de la salud integral y establecer criterios básicos para evaluar el desarrollo de las actividades y la calidad de atención.”*⁸¹

80 MSP (2003). Área Mujer y Niñez. División Salud de la Población. DIGESA, Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia.

81 Idem, pág. 6.

Las normas, al estar referidas a la atención integral, incluyen diferentes aspectos de la salud adolescente: alimentación y nutrición, práctica física, inmunizaciones, salud oral, consumo de tabaco, alcohol y drogas y prevención de lesiones por causas externas.

En lo que refiere a salud sexual y reproductiva incluyen:

- consejería en sexualidad, y afectividad e infecciones de transmisión sexual y VIH (consejería previa y posterior a la prueba para VIH),
- abuso sexual (importancia del tema, indicadores, prevención),
- anticoncepción (consejería, consulta por anticoncepción diferenciando adolescentes con y sin relaciones sexuales, análisis de los diferentes MAC incluida la anticoncepción de emergencia).

Incorporan *Normas de atención integral de la embarazada adolescente*. Éstas contienen:

- objetivos
- marco conceptual
- factores de riesgo
- características del servicio
- educación para la salud de la embarazada adolescente
- consulta prenatal
- diagnóstico y clasificación de embarazo de riesgo
- atención del trabajo de parto y el parto
- alta hospitalaria
- puerperio alejado

La difusión de las normas hacia los equipos de salud del MSP, se realizó a través de su discusión en talleres que se llevaron a cabo en todo el país y donde participaron técnicos de diferentes disciplinas.

Las normas fueron distribuidas en los cursos de capacitación dirigidos a 250 funcionarios técnicos no médicos en el marco del Programa Infamilia en el año 2004.

Con respecto a su implementación, las normas señalan que *"la variedad de los servicios, las variaciones en los recursos humanos disponibles y la diversidad cultural y social de los/as adolescentes, hacen que estas normas deban ser consideradas con flexibilidad en lo que respecta a su adaptación a la realidad y complejidad de los servicios locales, manteniendo siempre los criterios de calidad de atención"*⁸².

82 Idem.

Los objetivos son consistentes con el marco conceptual sin embargo, algunas características sugeridas para la consulta y la consejería no son coherentes con aquellos. Por ejemplo, se expresa: *“orientar sobre la decisión o no de iniciar relaciones sexuales, cómo lo perciben y que piensan los padres”*, mientras que sobre las condiciones básicas de atención mencionadas en los objetivos se destaca *“...derecho a la salud integral, consentimiento, confidencialidad, autonomía y no discriminación”*.⁸³

Este ejemplo no es el único que se puede encontrar. Existen varias situaciones donde las actividades no condicen con los objetivos y el marco conceptual planteado.

En el contexto de nuevas autoridades en el MSP, se creó un Programa de Adolescentes, el cual se encuentra en proceso de elaboración. En el marco de este Programa, está prevista la revisión y re-elaboración de estas Normativas, así como el desarrollo de estrategias de difusión a los servicios de salud.

A modo de reflexión

El conjunto de las normativas o guías existentes en salud sexual y reproductiva abordan la temática desde diferentes ángulos. Las referidas a ITS, anticoncepción, embarazo parto y puerperio y atención pre y post aborto, están focalizadas sobre diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva. Las Normas de Adolescencia se enfocan en una etapa del ciclo de vida, desde una perspectiva de integralidad de la salud de este sector de la población.

Las normas de anticoncepción, embarazo parto y puerperio y atención pre y post aborto, dan cuenta de la relevancia que el país le ha otorgado a la salud reproductiva sobre la salud sexual. Sobre ésta última, la única normativa existente (ITS), está enfocada en los riesgos de la actividad sexual más que en la promoción de los derechos sexuales.

Esta preocupación o priorización de la salud reproductiva, no debe ser analizada únicamente como una visión actual de las políticas de salud en el país, sino como una línea tradicional en el enfoque de las políticas relacionadas con la temática. El sistema de salud del país ha hecho hincapié tradicionalmente, en el seguimiento y atención al binomio madre-hijo, en el cual las políticas hacia el cuidado de las mujeres estaban casi exclusivamente ligadas a su función materna. El cuidado de otros aspectos de la salud de la mujer y la incorporación paulatina del enfoque de derechos sexuales y reproductivos como marco de las políticas de salud, es un proceso incipiente en el país, que también se refleja en la ausencia de políticas de salud sexual y reproductiva hacia las mujeres que no están en edad reproductiva y hacia los varones en general.

83 Idem. Objetivo 4, pág. 6.

Por otra parte, la existencia de normativas y/o guías en salud sexual y reproductiva sin la existencia de un marco general como constituiría un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, elaborado y consensuado por el conjunto de actores involucrados en el tema, da cuenta que aún el país no ha construido una visión integral sobre esta temática.

Es de destacar que uno de los objetivos de la *Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva*⁸⁴ es “establecer las definiciones referidas a las políticas en Salud Sexual y Reproductiva que deberá impulsar el Estado Uruguayo...”, por lo que la elaboración de un Plan de estas características reuniría e integraría las definiciones acordadas en esta temática, a la vez que brindaría el marco orientador y regulador para todas las acciones en salud sexual y reproductiva implementadas desde los distintos efectores de salud del país.

No obstante lo anterior, en las entrevistas realizadas las autoridades nacionales y municipales expresaron con énfasis, la necesidad de coordinar las políticas de salud con los programas de educación sexual, manifestando que la salud y la educación deberían articularse.

El análisis de los marcos conceptuales de las normativas permite afirmar que las mismas plantean referencias heterogéneas, y que la relevancia del enfoque de derechos sexuales y reproductivos varía según la normativa. Las Guías de Anticoncepción son explícitas en cuanto a recoger las recomendaciones de las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing (suscriptas por nuestro país), impulsando intervenciones desde una perspectiva de derechos, equidad de género y promoción de ciudadanía.

Las normativas de adolescencia mencionan la perspectiva de género y de derechos como referencia, entre otros, en su marco conceptual, mientras que las guías de ITS presentan un enfoque epidemiológico y de reducción de riesgo sin mención alguna a la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

Los marcos conceptuales de las Guías de Anticoncepción y las Normativas de Adolescencia ponen el acento en los y las usuarias del sistema de salud, mientras que las de ITS están enfocadas en su objeto temático específico.

Estas últimas, tienen un enfoque técnico-médico y están dirigidas a la realización de un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo, siguiendo el modelo hegemónico de salud, donde el poder y el saber siguen depositados en el médico, y el usuario es considerado como alguien que necesita ser asistido más que sujeto de atención.

84 La Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva es uno de los mecanismos existentes que será motivo de análisis en la próxima sección de este documento.

La Normativa sanitaria contra el aborto provocado en condiciones de riesgo (atención pre y post aborto) combina en su marco conceptual la preocupación por el derecho de las mujeres a la autodeterminación reproductiva, conjuntamente con la reducción del riesgo.

Con respecto a la incorporación de la perspectiva de género, la misma está presente en los marcos conceptuales de todas las normativas, con excepción de las referidas a ITS.

La incorporación de la perspectiva de derechos y género en los contenidos y abordajes específicos de cada normativa, presenta diferentes grados de integración. Las Guías de Anticoncepción y las de atención pre y post aborto presentan una sólida coherencia en los contenidos y abordajes propuestos. En las Normas de Adolescencia existe un desfase entre el marco conceptual y algunos de los contenidos propuestos en la consejería y consulta con adolescentes como ya ha sido mencionado y la de ITS no lo recoge ni en su marco conceptual ni en sus acciones.

Respecto a la participación de los diferentes actores en la elaboración de las normativas debemos señalar que el MSP, la Universidad de la República y las asociaciones de profesionales y científicas han participado en la casi totalidad de ellas (a excepción de Asesoramiento pre y post aborto y Adolescencia respectivamente). No es ésta la realidad de la participación de la Intendencia Municipal de Montevideo ni de las organizaciones de mujeres, que sólo han participado en algunas.

De lo anterior se desprende que ninguno de los actores mencionados participó en la elaboración de la totalidad de las normativas analizadas.

Aquellas normativas en las que las organizaciones de mujeres participaron de su elaboración (Guías de Anticoncepción y Guías Clínicas de implementación de las Normativas de asesoramiento pre y post aborto) se caracterizan por integrar la perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos en sus marcos conceptuales y en sus contenidos, incluyendo recomendaciones respecto a las características que deberían tener las consultas y la consejería y por considerar a las usuarias como sujetos de las políticas de salud sexual y reproductiva. Esta constatación es consistente con el acumulado y el desarrollo teórico – técnico con que cuentan las organizaciones de mujeres que trabajan específicamente en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Teniendo en cuenta este aporte sustantivo y que los documentos existentes sobre el nuevo modelo de atención de salud impulsado por esta administración, se prevé la participación de los usuarios en su gestión y la participación de la comunidad en general. Sería recomendable que la participación de la sociedad civil se incremente progresivamente en la elaboración de las normativas.

En igual sentido, las autoridades del sector mutual y los técnicos del MSP que trabajan en el interior del país, manifestaron en las entrevistas realizadas la conveniencia y el interés de participar en la elaboración de las normativas.

Desde el sector mutual se expresa que la población usuaria de sus servicios tiene perfiles que difieren a los de salud pública, con necesidades y demandas específicas que en ocasiones las normativas existentes no contemplan.

Por su parte los técnicos del MSP que trabajan en el interior, expresan que las condiciones de implementación (equipamiento, equipos multidisciplinarios, etc.) de las normativas están, en muchas ocasiones, alejadas de sus realidades, lo que vuelve su aplicación muy dificultosa.

En relación a su difusión, las normativas analizadas presentan diferentes estrategias. Actualmente el MSP realiza una presentación pública de las normativas elaboradas dirigida a diferentes actores. Los equipos de salud acceden a las normativas a través de las autoridades de la RAP en Montevideo y en el interior a través de los Directores Departamentales de Salud quienes a su vez tienen la responsabilidad de hacerlas llegar a los Coordinadores de la Red de ASSE y éstos a los equipos de salud de los servicios periféricos.

La difusión hacia el sector mutual y privado es muy débil y en algunos casos inexistente, lo que implica que los esfuerzos de articulación interdisciplinaria e interinstitucional realizados para la elaboración de las mismas, quede acotada a la implementación que realice el efector del MSP (ASSE).

Lo anterior pone en evidencia que el MSP a pesar de ser el rector de las políticas de salud del país, *“parece sentirse mucho más cómodo normatizando y difundiendo hacia su propio efector (ASSE), que hacia afuera”*, tal como lo manifestara en la entrevista una autoridad del MSP.

La estrategia de difusión de las normativas y la ausencia de la mayoría de los efectores municipales, de los técnicos del interior y de los efectores no públicos en la elaboración de éstas constituye una debilidad. En este sentido el aporte del conjunto de estos actores contribuiría a que las guías fueran pertinentes y adecuadas a las distintas realidades de los prestadores de servicios de salud, facilitando su efectiva aplicación en todo el sistema de salud.

Asimismo, existe preocupación e interés en las autoridades del MSP para que la difusión de las normativas incluya a las usuarias y usuarios del sistema. Como expresó una autoridad del MSP, *“sólo podremos garantizar los derechos cuando su ejercicio por parte de la ciudadanía no dependa del personal médico, sino cuando ésta esté en condiciones de*

reclamarlos y para eso la ciudadanía tiene que saber qué prestaciones tiene derecho a recibir y en qué condiciones."

No obstante estas expresiones, hasta el momento no existe una estrategia definida para alcanzar este objetivo. La difusión planteada alcanza únicamente y de manera irregular a los equipos de salud.

Un aspecto que da cuenta de la debilidad de la estrategia de difusión hacia los efectores de ASSE, es el número de ejemplares publicados de las normativas presentadas en el 2005. Tanto en las normas de anticoncepción como las de ITS, el número de ejemplares no excedió los 500. Actualmente, no hay disponibilidad en el MSP de ejemplares de ninguna de las cuatro normativas existentes.

Respecto a la capacitación del personal de salud, para la implementación de las normativas, está prevista la realización de talleres regionales para los técnicos de los equipos de salud del interior del país y de Montevideo, durante el año 2006.

Esta estrategia implica, como ya se expresara anteriormente que no todos los técnicos puedan acceder a la capacitación. Frente a esta realidad debería preverse espacios específicos de multiplicación por parte de los profesionales que reciben la capacitación hacia la totalidad de los técnicos. De esta manera, el sistema se aseguraría que sus técnicos estén informados y en condiciones de cumplir sus funciones de acuerdo a la normativa vigente.

Asimismo destacamos la importancia que los servicios presenten condiciones y recursos para implementar las normativas, ya que de lo contrario sus lineamientos no tienen incidencia efectiva sobre las prácticas sanitarias.

Como se desprende de las normativas analizadas, la mayoría de ellas requiere para su implementación de equipos multidisciplinarios y de espacios físicos con infraestructura adecuada que garantice la confidencialidad de la consulta. Esto implicaría la incorporación de nuevos recursos humanos y dotación de recursos financieros para la adecuación edilicia.

Los Directores Departamentales de Salud y los Coordinadores de la Red de ASSE del interior del país, expresaron en las entrevistas realizadas, su desconocimiento respecto a las normativas existentes sobre salud sexual y reproductiva (en el momento de las entrevistas las Guías de Anticoncepción e ITS aún no habían sido presentadas). El conocimiento y acceso a las normativas de embarazo, parto y puerperio, adolescencia y asesoramiento pre y post aborto, se produce en algunos casos a través de actividades profesionales particulares, pero no por vía institucional del MSP. Esta situación se reitera con los técnicos

de las IAMC entrevistados, lo que coloca en la reflexión las condiciones de accesibilidad a las normativas y su efectiva implementación en todo el sistema.

Respecto a la capacidad del MSP para realizar la fiscalización del cumplimiento de estas normativas, las entrevistas dejan de manifiesto que tal control no se realiza (a excepción de las de embarazo, parto y puerperio). Esta realidad se aplica para todos los efectores. Ninguno de los entrevistados manifestó haber sido controlado acerca de su cumplimiento.

Modificar esta realidad es una de las preocupaciones expresadas por parte de las autoridades del MSP. En una de las entrevistas realizadas se planteó como uno de los objetivos del quinquenio, *“la necesidad de contar con dispositivos de control que permitan identificar disfunciones y corregirlas a través de la capacitación, persuasión y sanción.”*

Las estrategias previstas por el MSP para superar estas dificultades implicarían la implementación de capacitaciones para la aplicación de las normativas y la diferenciación progresiva de la función rectora y normatizadora del MSP (DIGESA) respecto a la de prestador de servicios (ASSE).

Estas manifestaciones sobre la voluntad de superar las debilidades en relación a la difusión, capacitación y control de las normativas deberán ser monitoreadas en los próximos años para poder evaluar su operativización efectiva y sus resultados.

3.3 Mecanismos en Salud Sexual y Reproductiva.

A continuación se describen y analizan los mecanismos existentes en el país relacionados con la salud sexual y reproductiva. Estos mecanismos están ubicados en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Ellos son:

1. Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva.
2. Mecanismo Coordinador País (MCP) del Proyecto para el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis de las Naciones Unidas (MCP).

Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva

En diciembre del año 2003 se realizó en Punta del Este (Uruguay) la reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Chile en la cual se acordó la creación de la *Comisión Intergubernamental para promover una política Integrada de salud sexual y reproductiva en la región del MERCOSUR y Estados Asociados*.⁸⁵

El acuerdo señala como marco referencial los contenidos emanados de la Convención de los Derechos del Niño (1990), la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979) y el Programa de Acción de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).

Se establecen los siguientes cometidos para la Comisión Intergubernamental:

- a) Promover una política integrada de Salud Sexual y Reproductiva del MERCOSUR, elevando una propuesta a la Reunión de Ministros de Salud (RMS) para su consideración y aprobación.*
- b) Optimizar esfuerzos para el desarrollo de acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales.*
- c) Promover y establecer estrategias para la realización de intercambios de experiencias, informaciones y tecnologías.*
- d) Promover el desarrollo de instrumentos comunes de gestión y fortalecimiento de los programas nacionales*
- e) Promover acciones de educación y programas de información a la población general y el fortalecimiento e implementación de los comités de salud de las áreas de fronteras.*
- f) Evaluar la posibilidad de instrumentar actividades concretas de cooperación técnica con organismos internacionales comprometidos con la temática.”⁸⁶*

85 MERCOSUR/XV RMSMBCH/ACUERDO N° 13/03.

86 Idem anterior

Esta Comisión Intergubernamental surge en un contexto regional de debate sobre los avances y desafíos planteados para los países, a diez años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. La CIPD señaló un cambio de paradigma, al ubicar a la salud sexual y reproductiva en el centro de las políticas de población, desde un enfoque de derechos y género, en un instrumento de consenso internacional.

A partir de marzo y hasta junio de 2004, los países de la región procesarían un debate sobre la vigencia y los desafíos planteados por la CIPD.⁸⁷

En este contexto, la creación de la Comisión Intergubernamental en el marco del MERCOSUR, significó una herramienta de gran importancia para incidir en la ratificación de la vigencia de la CIPD, en el proceso regional.

En el plano nacional, para poder dar cumplimiento a los cometidos de dicha Comisión, se crea la *Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva*⁸⁸ con los siguientes objetivos:

- a) Analizar los cometidos de la Comisión Intergubernamental.*
- b) Establecer las líneas de acción necesarias para dar cumplimiento a los cometidos de la Comisión Intergubernamental.*
- c) Establecer las definiciones referidas a las políticas en Salud Sexual y Reproductiva que deberá impulsar el Estado Uruguayo en los diferentes foros y cumbres Nacionales, Regionales e Internacionales."*

87 Las sesiones especiales de la CEPAL para el tratamiento de esta agenda, tuvieron lugar en Santiago de Chile, marzo 2004 y en San Juan de Puerto Rico, junio de 2004.

88 Ordenanza N°.147 del MSP de fecha 24/3/2004.

La ordenanza ministerial de creación, define las instituciones que la integrarán. Esta ordenanza fue parcialmente modificada en el año 2005, en las Ordenanzas 495 y 565 del 2005. Actualmente, en el marco de las nuevas ordenanzas, la Comisión está integrada por representantes de:

Organización	Titular	Suplente
Dirección General de la Salud y Administración de Servicios de Salud del Estado (MSP)	2	
Instituto Nacional de las Mujeres (MIDES)	1	1
Congreso Nacional de Intendentes	1	1
Secretaría de la Mujer y División Salud (IMM)	2	2
Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU)	1	1
Comisión Nacional de Seguimiento. Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía. (CNS mujeres)	1	1
Sindicado Médico del Uruguay	1	1
Sociedad de Ginecología del Uruguay	1	1
Sociedad de Obstétricas del Uruguay	1	1
Facultad de Medicina (UDELAR)	1	1
Facultad de Psicología (UDELAR)	1	1
Comisión de Equidad y Género del Parlamento	1	1
Bancada Bicameral Femenina	1	1
Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado	1	1

Asimismo, establece que *“las agencias de las Naciones Unidas, participarán en la reuniones de la referida Comisión”*. Ellas son UNFPA y OPS, y lo hacen en calidad de observadoras.

Durante el año 2005, no se habían integrado formalmente al funcionamiento de la Comisión, los representantes de la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado de la República y del Congreso Nacional de Intendentes. El resto de las instituciones habían designado formalmente y por escrito a sus representantes (titulares y suplentes), quienes concurrieron en forma sistemática a las sesiones realizadas.

La ordenanza 495 establece que la coordinación y la secretaría de la Comisión es responsabilidad del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, dependiente de DIGESA – MSP.

La integración de la Comisión da cuenta de un amplio perfil de actores gubernamentales y no gubernamentales, todos con un rol clave en la agenda de la salud sexual y reproductiva en el país. Esta diversidad es un factor relevante para la construcción de acuerdos y consensos necesarios para cumplir con su rol de asesoramiento a la autoridad sanitaria, que tiene encomendado.

Cabe destacar que la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, fue pionera en incluir a las organizaciones de la sociedad civil en su conformación, respecto a las de los demás países del MERCOSUR.⁸⁹

La ordenanza que le da origen no explicita el marco conceptual de actuación de la misma. Teniendo en cuenta que la Comisión Nacional Asesora se crea a instancias de la Comisión Intergubernamental y para dar cumplimiento a sus cometidos, se asume que el marco referencial definido para la Comisión Intergubernamental es compartido por la Comisión Nacional Asesora.

La Comisión Nacional Asesora comenzó su actuación en el mes de abril del año 2004. Los registros de las actuaciones de esta Comisión no se han realizado en forma sistemática. En el año 2004 no se realizaron actas de las reuniones, aunque la Comisión elaboró un informe⁹⁰ de actuación correspondiente al período comprendido entre abril y diciembre de dicho año. El informe resume las principales acciones llevadas a cabo por la Comisión así como las recomendaciones que ésta deja planteadas para el próximo año.

La actuación de la Comisión Nacional Asesora durante el 2004 se centró en:

- Revisión y/o elaboración de Guías Clínicas en salud sexual y reproductiva. Se priorizaron las de anticoncepción, adolescencia, atención al embarazo, parto y puerperio, y las de atención pre y post aborto. En el período mencionado la Comisión finalizó la elaboración de las Guías sobre Anticoncepción (métodos reversibles).
- Elaboración de insumos y documentos para las delegaciones del país, y de los países del MERCOSUR en las sesiones de la CEPAL para el tratamiento de la ratificación de la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, a diez años de su promulgación.
- Participación en las reuniones de la Comisión Intergubernamental del MERCOSUR, discusión y respuesta a los documentos y pedidos surgidos de la Comisión Intergubernamental.

Las recomendaciones del Informe de actuación abril – diciembre de 2004 de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva señalan:

89 Informe – Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva (actuación abril –diciembre de 2004).

90 Informe elevado al Ministro de Salud, Dr. Conrado Bonilla (diciembre de 2004)

“ - Elaborar un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que permita la plena incorporación en el sistema de salud de servicios integrales.

- Consolidar las políticas en Salud Sexual y reproductiva en el subsector público y extenderla al subsector privado.”

El informe concluye que la Comisión Nacional Asesora es el *“único mecanismo interinstitucional de cooperación y trabajo conjunto entre organismos gubernamentales, académicos y de la sociedad civil en el campo de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva integral, y es un espacio de articulación y definición de acciones conjuntas para el avance en salud sexual y reproductiva y derechos en Uruguay, y en la región del MERCOSUR.”*

Entre diciembre de 2004 y julio de 2005 la Comisión no funcionó. Este impasse coincidió con el cambio de administración y fue necesario impulsar diversas acciones desde las organizaciones de la sociedad civil para que el nuevo gobierno diera continuidad al mecanismo. Como resultado de este esfuerzo la Comisión retoma su funcionamiento en el mes de julio de 2005, manteniendo una frecuencia quincenal de reuniones hasta la fecha.⁹¹

Luego de ratificada⁹² la Comisión por las actuales autoridades sanitarias, tuvo lugar la primer sesión, el día 11 de julio de 2005⁹³, con la presencia de la Sra. Ministra de Salud Pública, Dra. María Julia Muñoz, el Sub Secretario, Dr. Miguel Fernández Galeano y el Director de la Dirección General de la Salud, Dr. Jorge Basso.

En el nuevo período de funcionamiento, se comenzaron a elaborar actas de las reuniones. Las actas han sido más específicas y sistemáticas sobre el final de año, en términos de registro del número y perfil de participantes, orden del día, principales asuntos tratados y acuerdos alcanzados. La existencia y calidad de actas de sesiones de los mecanismos, es un elemento importante, no sólo para el mejor funcionamiento de los mismos, sino para el tratamiento público de la información de lo que en cada instancia acontece.

De las actas disponibles surge que para el tratamiento de temas específicos, la Comisión ha designado a integrantes de la misma para que elaboren informes ad hoc. En otros casos, ha recibido la presencia de delegaciones u otras Comisiones ministeriales que abordan aspectos específicos de la salud sexual y reproductiva, ya sea a solicitud de la Comisión, o a pedido de los informantes.

91 La Comisión ha tenido además de sus sesiones ordinarias, algunas sesiones extraordinarias para el tratamiento de asuntos específicos.

92 Ordenanzas 495 y 565 de junio de 2005. (MSP)

93 Día Mundial de la Población (Naciones Unidas)

En el período que abarca este monitoreo, la Comisión Nacional Asesora fue recibida por la Ministra de Salud Pública en octubre de 2005, instancia en la cual le fueron planteados tres temas prioritarios: la preocupación por la realidad del aborto inseguro en el país; la difusión de la Ordenanza 369 que da creación a la Normativa Sanitaria de Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, y la existencia del Comando de Lucha contra el Aborto Criminal, sus cometidos y alcances.^{94 95} La Comisión había mantenido una reunión con integrantes de este Comando previo a la reunión con la Ministra.

En el documento elaborado por un grupo de trabajo de la Comisión Nacional Asesora, se expresa *“que no se pudo obtener información sobre los casos que el “Comando de lucha contra el aborto Criminal” trató ni los criterios que utilizaron para la recomendación o no de las interrupciones.”*⁹⁶

En el mes de octubre, por resolución ministerial (ordenanza N° 890, 17/10/05), se crea la *Comisión Asesora sobre la Interrupción de la Gestación*, y se deja sin efecto el *Comando de Lucha contra el aborto criminal*. Esta Comisión mantiene a dos integrantes del Comando⁹⁷ e integra a tres nuevos miembros⁹⁸. La ordenanza sólo establece la disolución del viejo Comando y la integración de la nueva Comisión, no definiendo sus cometidos, alcances y marco de intervención.

La Comisión Nacional Asesora se fijó una sesión extraordinaria en el mes de noviembre con el cometido de definir elementos fundamentales de funcionamiento (en particular la redacción y aprobación de un reglamento interno), establecer con claridad sus cometidos y definir las prioridades para el año 2006.

En términos de funcionamiento, la Comisión Nacional Asesora elaboró, discutió y aprobó el reglamento de funcionamiento entre los meses de noviembre 2005 y marzo de 2006.

94 El Comando de Lucha contra el aborto criminal, fue creado por resolución ministerial el 14 de octubre de 1991.

95 Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva. Informe Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Materna. Setiembre 2005 *“En los archivos del MSP no consta acta de creación (del mismo). Solo se obtuvo registro, en una minuta de DIGESA de 1991 y en su reglamentación del 25 de enero de 1991 (ordenanza número 5/91) durante el ministerio del Dr. Lasalvia, en la que se especifica los modos de proceder frente a abortos por razones terapéuticas.”*

96 Idem.

97 Son los Dres. Alejandro Bozzolo y Enrique Arezzo.

98 Los nuevos integrantes son: Dr. Bremen de Mucio, Lic. Inés Bausero, Dr. Gerardo Giambruno.

La Comisión Nacional Asesora acordó sobre la importancia de la presentación pública de las *Normas en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción* y elevó una carta a la Ministra de Salud recomendando su lanzamiento público, el cual finalmente tuvo lugar en el mes de noviembre. Acordó en la necesidad de que el MSP desarrolle una estrategia de difusión amplia de esta normativa, así como de todas aquellas referidas a componentes de la salud sexual y reproductiva, vigentes en el país para favorecer su efectiva implementación en todo el sistema de salud.

Mecanismo País del Proyecto para el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis de las Naciones Unidas (MCP).

Durante los meses de marzo y abril de 2005, el Programa Nacional de ITS / SIDA y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República, convocaron a organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, académicas y religiosas para crear un ámbito de discusión del proyecto país sobre SIDA, a ser presentado al *Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis*, para su financiación. Las reuniones se realizaron con una nutrida participación de representantes de distintas instancias del estado, organizaciones sociales y académicas. Se conformaron grupos de trabajo para discutir aspectos específicos del proyecto y elevar recomendaciones. El proceso, corto e intenso, dio lugar al “*Proyecto SIDA ¿oportunidad o exclusión?*”, que Uruguay presentara en junio de 2005 al Fondo Global.

Como requisito para la postulación, el Fondo Global exige la existencia y/o conformación de un Mecanismo de Coordinación País (MCP), el cual fue creado formalmente en Uruguay, el 31 de mayo.

Según establece el proyecto país elaborado por Uruguay, el MCP:

“... es el organismo proponente del Proyecto Uruguay 2005 – 2010 a la Quinta Ronda del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Es por tanto el organismo contraparte del Fondo Global en la formulación, seguimiento, monitoreo y evaluación de la ejecución del Proyecto en caso de ser aprobado por el Fondo. Pero asimismo trasciende esta iniciativa ya que comparten la responsabilidad en las iniciativas gubernamentales y privadas orientadas a la prevención del SIDA.”

El Mecanismo de Coordinación País de Uruguay es un grupo conformado por representantes de alto nivel del gobierno y de organizaciones involucradas en la lucha contra el SIDA, quienes tienen el cometido de coordinar un trabajo conjunto en la prevención y atención de situaciones relacionadas a esta amenaza de epidemia.”⁹⁹

99 www.presidencia.gub.uy. Proyecto SIDA ¿oportunidad o expansión? Propuesta de Uruguay ante la quinta ronda del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Según acta de creación¹⁰⁰, el Comité Ejecutivo del MCP se integrará con un titular y un suplente por cada organismo que se consigna a continuación, siendo presidido por el Subsecretario del Ministerio de Salud Pública y Presidente del Fondo Nacional de Recursos:

Organización	Titular	Suplente
Oficina de Planeamiento y Presupuesto.	1	1
Ministerio del Interior	1	1
Ministerio de Salud Pública	3	3
Ministerio de Desarrollo Social	1	1
Ministerio de Relaciones Exteriores	1	1
Comisiones de Salud del Parlamento	1	1
Congreso de Intendentes	1	1
Administración Nacional de Educación Pública	1	1
Red de ONG's /SIDA (ROUS)	3	3
Personas viviendo con VIH	2	2
Iglesias involucradas	1	1
Organismos del Sistema de Naciones Unidas: UNICEF y PNUD ¹	2	2
Universidad de la República	1	1
Sector Empresarial Privado	1	1
Secretariado del PIT/CNT	1	1

El listado de las organizaciones e instituciones que participan da cuenta de la diversidad de su integración, constituyendo un ámbito donde están representados dos de los tres poderes del Estado (Poder Ejecutivo y Legislativo), las intendencias, organismo descentralizado de educación, la Universidad de la República y la sociedad civil a través de diferentes actores: organizaciones que trabajan en el tema SIDA, grupos de personas que viven con VIH SIDA, organizaciones de mujeres, sindicato de trabajadores, iglesias y sector privado, participando además organismos internacionales (UNFPA, OPS y PNUD).

El proyecto elaborado por Uruguay finalmente no fue considerado por el Fondo Global, a pesar de las tratativas realizadas desde las jerarquías ministeriales. Uruguay no forma parte de los países elegibles del Fondo Global y éste era un primer obstáculo a sortear, que no fue posible en esta oportunidad. De todas formas, las gestiones se siguen realizando para que en la próxima Ronda del Fondo Global, el proyecto de Uruguay pueda ser considerado.

¹⁰⁰ www.presidencia.gub.uy

No obstante y a pesar que el MCP fue creado para la presentación del proyecto, esta instancia continúa funcionando, con plena participación de sus integrantes. Uno de los asuntos a resolver en el año 2006, es la formalización jurídica del mecanismo, de modo de institucionalizar su existencia más allá del Fondo Global¹⁰¹.

La existencia y funcionamiento de este espacio de coordinación (MCP) es un enorme avance para el país, ya que permitiría la articulación de las intervenciones que se realizan en esta temática desde el Programa Nacional de ITS / SIDA del MSP con otros sectores y Ministerios, con el sector privado y con los gremios de trabajadores así como con las organizaciones y grupos de la sociedad civil que trabajan en la agenda de SIDA.

A modo de reflexión

El análisis de los mecanismos se realizó en base a los siguientes ejes: marcos conceptuales de referencia, tipo de integración y participación de la sociedad civil.

Las bases conceptuales de los marcos de referencia de los mecanismos analizados, coinciden y/o se basan en las Plataformas de las Conferencias de Naciones Unidas (El Cairo, 1994 y Beijing, 1995), Esto permite afirmar que los marcos conceptuales de ambos mecanismos incorporan la perspectiva de derechos humanos y equidad de género, promoviendo en este sentido la construcción de ciudadanía para el logro de una sociedad más inclusiva y respetuosa de la diversidad.

El avance que significa esta incorporación en el proceso de legitimación institucional y política de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos, debe asignarse a la lucha continua de las organizaciones de la sociedad civil en general y a las de mujeres en particular, que ha tenido un impacto directo en el progresivo reconocimiento de esta agenda por parte del Estado.

La integración de los dos mecanismos da cuenta de ámbitos donde participan una multiplicidad de actores, con diversas inserciones y procedencias institucionales. Es de destacar la participación de organismos gubernamentales (nacionales y municipales), la Universidad de la República y la sociedad civil a través sus distintas expresiones (movimientos sindical, ONG's, organizaciones de mujeres, agremiaciones de profesionales,

101 En este sentido se realizarían consultas a la División jurídica del MSP a los efectos de analizar la viabilidad (jurídica) de transformar el MCP en la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), mecanismo que funcionó en la órbita del MSP a mediados de la década de los 90.

sociedades científicas, entre otros). Otro aspecto a resaltar es la doble participación del Estado, a través del Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo, lo cual si bien constituye un elemento positivo, al mismo tiempo deja al descubierto la ausencia del Poder Judicial en los mecanismos analizados.

La diversidad que representa la participación de la sociedad civil es una característica que importa destacar especialmente, dado que le permite a los mecanismos estar en condiciones de integrar a las acciones que se proponen realizar, la experiencia, experticia y reflexiones que las organizaciones de la sociedad civil han acumulado en este campo.

Respecto al funcionamiento de los mecanismos, importa subrayar que su continuidad está directamente relacionada con la voluntad de las autoridades de legitimar su existencia y con la incidencia de las organizaciones sociales de exigir estos espacios de participación institucional en la definición, seguimiento y evaluación de las políticas públicas. En tal sentido, la continuidad de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva y la creación del Mecanismo Coordinador País en SIDA, dan cuenta de ambos aspectos.

Otra característica a destacar es la escasa formalización en el funcionamiento de los mecanismos. Esta se expresa, en la ausencia de actas y/o en la escasa sistematicidad del registro de las reuniones. Un factor a considerar en este punto, es el hecho de que la mayoría de los mecanismos no disponen de presupuesto propio para su funcionamiento, ni de funcionarios que realicen las tareas de secretaría, recayendo ésta en los propios participantes. Esta ausencia de recursos repercute a su vez en las dificultades de los mecanismos para llevar adelante las acciones para dar cumplimiento a sus cometidos; acciones políticas, elaboración de informes, realización de recomendaciones a las autoridades, entre otras.

A lo anterior se debe agregar que el acceso a estos registros es limitado por el hecho de no existir un archivo público de lo elaborado en el marco de estas instancias (actas, documentos e informes), lo cual restringe el conocimiento público de lo actuado.

Por último, importa destacar la necesidad de generar instancias de articulación de los mecanismos existentes, de modo de favorecer la intervencionalidad de sus agendas de trabajo y cometidos. La posibilidad de establecer diálogos fluidos entre los mecanismos existentes podría favorecer el desarrollo de una agenda integral en salud sexual y reproductiva, que trascienda abordajes verticales y/o sectoriales de las problemáticas en las que se centran los mecanismos existentes.

4. Consideraciones finales

Una primera conclusión es la constatación de un avance lento pero progresivo, por parte del Estado de políticas en salud sexual y reproductiva en nuestro país.

Este avance se refleja en los componentes de los nuevos programas de salud sexual y reproductiva, que han incorporado líneas de trabajo no tradicionales, tales como violencia de género, promoción de derechos, condición del varón, entre otras.

La creación del *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género* en la órbita del MSP es un indicador de la importancia que se le asigna a la temática, lo mismo sucede con la elaboración conjunta por parte del MSP y la IMM del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que comenzará a implementarse a partir del año 2006, en el área metropolitana.

Sin embargo, no se logrará superar las inequidades existentes actualmente entre los usuarios de Montevideo y del interior del país si no se materializa en una política integral de salud sexual y reproductiva de alcance nacional. Esta debilidad fue planteada en las entrevistas en reiteradas oportunidades por las autoridades departamentales del MSP. En este sentido, sería importante que los Directores Departamentales de Salud participaran en el diseño de los programas, de forma que éstos pudieran recoger las particularidades departamentales y fueran pertinentes para el conjunto de los departamentos del país.

De no concretarse medidas afirmativas para garantizar la real y efectiva implementación de los programas mencionados a nivel nacional, el MSP estaría profundizando las brechas existentes entre las prestaciones en Montevideo y en el interior.

Uno de los lineamientos de la nueva administración es la transversalización de determinados ejes para el conjunto de los Programas Prioritarios del MSP. La perspectiva de género según lo manifestado en las entrevistas, sería uno de estos ejes, además de constituir un componente específico del *Programa Nacional Salud de la Mujer y Género*.

Esta voluntad no siempre se correlaciona en la práctica, debido a que muchas veces prevalece la inercia de una tradición institucional caracterizada por la formulación de políticas

sectoriales y temáticas, que resisten la transversalización de la perspectiva de género en los programas, muchas veces enunciada pero no siempre traducida en objetivos y acciones.

La intención de transversalización del enfoque de género expresada por las autoridades entrevistadas, es una asignatura pendiente. A las dificultades anteriores, se debe agregar, según las autoridades entrevistadas, el desconocimiento (y reconocimiento) de los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales, por parte de la mayoría de los técnicos integrantes del sistema de salud (tanto público, como privado), con excepción de los profesionales del PAIM (IMM).

En este sentido cabría preguntarse, ¿qué significa brindar una atención en salud desde una perspectiva de derechos y de género, en un contexto institucional de escaso reconocimiento y legitimación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos por parte del personal de salud?

Una **política integral en salud sexual y reproductiva** es un aspecto relevante que merece un llamado de atención a las autoridades sanitarias. Esta integralidad se puede garantizar en la medida que:

1. los distintos componentes de la salud sexual y reproductiva estén incluidos e intervinculados: atención al embarazo, parto y puerperio, anticoncepción, aborto (y aborto inseguro), ITS – SIDA, infertilidad, cáncer génito mamario y de próstata, vida sexual, violencia y abuso sexual;
2. se incluya a hombres y mujeres;
3. se incluya a mujeres y a hombres a lo largo del ciclo vital;
4. se aborde los determinantes sociales, culturales, económicos y subjetivos del proceso de salud – enfermedad;
5. se desarrollen acciones de promoción, prevención, asistencia, tratamiento y rehabilitación;
6. se incluya un enfoque de género y de derechos sexuales y derechos reproductivos;
7. se minimicen las barreras de acceso a los servicios de salud y a las prestaciones específicas en todo el país, y en todo el sistema (público y privado);
8. se incluya la participación ciudadana en el proceso de diseño, formulación y evaluación de la gestión de la política.

Los programas de salud sexual y reproductiva del MSP se insertan en el proceso de descentralización que está procurando llevar adelante la institución. Este proceso está fuertemente vinculado a la jerarquización del primer nivel de atención y al desarrollo de actividades de promoción y prevención en materia de salud. Uno de los desafíos que implicará este proceso, es la necesaria integración de los servicios de salud a las redes territoriales existentes.

El proceso de descentralización propuesto supone la intención por parte del MSP, de

impulsar la participación de la sociedad civil y el control ciudadano. Para ello el nuevo sistema prevé la participación de los usuarios en la gestión. Dado que la implementación del nuevo sistema de salud está en sus primeros pasos, en este momento es imposible evaluar cuál será la participación efectiva de la población, a través de qué sistema de representación se integrará al nuevo modelo y cuál será la capacidad real de control e incidencia en las acciones públicas.

En esta primera etapa de implementación del nuevo sistema, se impulsó desde el MSP la formación de comités de salud locales, con el objetivo de que éstos participaran en la elaboración de los diagnósticos que debían realizar los servicios. La intención es que la comunidad complemente y enriquezca la dimensión sanitaria de los técnicos con el conocimiento de la realidad social y cultural del territorio donde se inserta el servicio de salud.

Otra medida en la misma dirección, sería la voluntad expresada en las entrevistas de extender la difusión de las normativas hacia la población usuaria de manera que ésta pudiera conocer sus derechos y estar en condiciones de exigir su respeto y poder ejercerlos. Si bien la intención es positiva, es sabido que los procesos de empoderamiento requieren de estrategias sostenidas y diversas. Junto con la voluntad política, el MSP necesitará sensibilizar a sus funcionarios sobre la puesta en marcha de un proceso de estas características, para minimizar las resistencias al cambio provengan desde su propia estructura.

Otro de los desafíos que plantearía una política de salud con participación directa de la sociedad civil es la previsión de las posibles tensiones que ésta genera y cómo se respondería a las demandas que comiencen a llegar desde el territorio hacia el actor político. Cuando este tipo de políticas se implementan, la sociedad civil suele plantear más demandas que las previstas desde el ámbito público, para las cuales éste muchas veces no encuentra respuestas, ya sea porque se ve superado en su capacidad de gestión, o porque los tiempos institucionales no están acordes a los de las necesidades y demandas de la población. En el largo plazo, esta situación podría ser motivo de frustraciones y convertirse en un elemento desmotivador de la participación ciudadana.

La participación social y el control ciudadano que plantea impulsar el nuevo sistema de salud, constituirían estrategias para la construcción y consolidación de ciudadanías. Sin embargo, cabe preguntarse si un actor con escasez de recursos humanos y financieros, portador de un modelo de atención donde el saber está depositado en el conocimiento médico y donde la formación de los profesionales de la salud no incluye el vínculo con la comunidad, ¿está en condiciones de responder a una participación social con autonomía?

Más allá de los avances señalados anteriormente, es posible afirmar que no existe una política integral de salud sexual y reproductiva consolidada en el país. Para superar esta situación deberían afrontarse algunas de las actuales debilidades del sistema de salud.

En primer término, la necesidad de elaborar un plan nacional de salud sexual y reproductiva, de manera consensuada con los diferentes actores involucrados, se torna impostergable.

Este plan debería garantizar la articulación de los diferentes programas existentes en salud sexual y reproductiva dentro y fuera del MSP y debería constituirse en el marco rector de todas las intervenciones en esta temática. Por tanto se deberían encontrar los canales adecuados para que el conjunto de los efectores públicos y privados actuaran dentro de los lineamientos de esta política. Una consecuencia inmediata de esta modificación sería que las IAMC comenzaran a enmarcar sus acciones en políticas integrales de salud sexual y reproductiva.

Para facilitar el cumplimiento de los lineamientos mencionados, es necesario por parte del MSP continuar profundizando la efectiva separación de su función normatizadora (DIGESA) de la de prestador de servicios (ASSE).

Además de contar con un plan nacional de salud sexual y reproductiva y para que las políticas en la materia fueran efectivas, se necesitaría implementar un plan de sensibilización y capacitación a los recursos humanos de todo el sistema de salud que garantizara el desarrollo de las mismas. Esta formación debería ser integral, continua, de alcance nacional, basada en evidencias científicas, con enfoque de género y de derechos.

Lo anterior no eximiría al país de la necesidad de revisar la currícula universitaria, incorporando la formación en salud sexual y reproductiva en la capacitación de sus profesionales (en particular de las áreas de salud y social).

Por otra parte, una política de salud sexual y reproductiva, no puede pensarse sin un sistema de planificación y evaluación integral de su gestión y de los impactos que se propone generar. Ésta es una de las principales asignaturas pendientes que el sistema de salud aún mantiene. Un sistema de evaluación integral permitiría intervenciones ajustadas y orientadas hacia las metas establecidas, previendo posibles obstáculos, resistencias y maximizando potencialidades. No obstante la necesidad de la implementación de un sistema de evaluación, las autoridades no son ajenas a las resistencias que el mismo podría generar, y en este sentido manifestaron que un sistema *“no se impone, no se decreta, hay que trabajar en sensibilizar acerca de la importancia del mismo para lograr adhesión y no solo acatamiento”*.

Por último, es necesario destacar que otro requisito indispensable es la asignación de recursos económicos para que los cambios anunciados en las políticas de salud sexual y reproductiva puedan ser efectivamente implementados y produzcan los impactos esperados.

Documentos y bibliografía consultada

DOCUMENTOS

Mecanismos

Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva:

- Ordenanza de creación de la Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva.
- Acta de reunión ordinaria del subgrupo de trabajo Salud de la Comisión Intergubernamental del MERCOSUR.
- Informe de actuación de la Comisión. Período abril – diciembre de 2004.
- Informes de grupos de trabajo de la Comisión.
- Actas de funcionamiento, año 2005.

Mecanismo de coordinación de País para el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria:

- Acta de creación del Mecanismo de Coordinación de País.
- Proyecto para la presentación

Normativas

- Guías de salud sexual y reproductiva. Capítulo anticoncepción (métodos reversibles). Publicación Programa de Salud de la Mujer y Género / MSP. 2005
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Publicación Programa Nacional de ITS / SIDA – MSP. 2005.
- Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia. Publicación MSP. 2003.

- Ordenanza N° 369 del MSP. Normativa de atención sanitaria y guías de práctica clínica. Asesoramiento para una maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. MSP, 2004.
- Ordenanza 890 Creación de Comisión Asesora sobre interrupción de la gestación. MSP, 2005.

Programas

- Documento del Programa Salud de la Mujer y Género, MSP. 2005
- Programa Nacional de ITS / Sida:
 - presentación power point del Programa
 - mapa Sida en Uruguay
 - mapa VIH en Uruguay
 - Librillo de presentación del Programa de atención integral a la mujer (Intendencia Municipal de Montevideo)
- Subcomponente 1.4 del Programa Infancia y Familia:
 - Reglamento operativo
 - Plan operativo anual 2005
 - Marco lógico del subcomponente 1.4
- Datos de prestaciones de anticonceptivos del Programa SIM y PAIM.

BIBLIOGRAFÍA

- Abracinskas, L; López Gómez, A. (2004) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante. MYSU – DAWN. Montevideo.
- CEDES / Defensoría del pueblo de la ciudad de Bs. As. (2005) Programa Ciudadanía y sexualidad. Manual para Organizaciones de la Sociedad Civil. Bs. As.
- CNS mujeres por democracia, equidad y ciudadanía. (2004) Agenda de las mujeres. Una propuesta política. Montevideo.
- CNS mujeres por democracia, equidad y ciudadanía (2005) Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones de futuro. Montevideo.
- CONDERS (2005) Monitoreo social, guía para la acción. Bs. As.
- López, A., Benia, W., Contera, M., Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud sexual y reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. C.L en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología. UDELAR. Montevideo.
- Sistema Nacional Integrado de Salud. www.msp.gub.uy
- Programa Salud de la Mujer y Género. (Area condición del varón y salud de las mujeres). (2005) Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: el papel de los equipos de salud. Hacia la Reglamentación de la Ley de acompañamiento N° 17386 del Parto y del Nacimiento. /Documento de trabajo interno. MSP. Montevideo.
- Plan Nacional de atención integral a la niñez, adolescencia y salud reproductiva 2000 - 2003 (1999). MSP

1 Los organismos de Naciones Unidas tienen voz pero no tienen voto en el MCP.

5. Anexos

Anexo 1: Estructura del Ministerio de Salud Pública.

Anexo 2: Pautas para análisis de documentos: programas, mecanismos, normativas.

Anexo 3: Pautas de entrevistas a informantes claves.

- Directores/as de Direcciones del MSP.
- Directores/as de IMM.
- Directores/as Departamentales de Salud.
- Coordinadores/as de la Red de ASSE.
- Directores/as de Programas.
- Directores de IAMC.

Anexo 4: Formato de matrices de análisis de la información por actor.

Anexo 1: Estructura del Ministerio de Salud Pública

Creímos oportuno incluir una presentación somera de la estructura del Ministerio de Salud Pública, para que aquellos/as que lean este material les resulte más fácil entender la ubicación y funciones del área que ejerce el contralor de los servicios de salud (DIGESA), el área de prestación de servicios públicos (ASSE) y cómo esto se expresa en Montevideo y en el interior del país.

En el MSP existen dos grandes áreas. Por un lado se encuentra la Dirección General de la Salud (DIGESA). Esta dirección es la responsable de la elaboración y contralor de normas, protocolos y guías clínicas en el campo de la salud y de la vigilancia epidemiológica. Su autoridad alcanza a todos los prestadores de salud del territorio nacional. En DIGESA existen 13 programas, que son denominados programas prioritarios: Salud Bucal, Salud Mental, Salud Ocular, Nutrición, Niñez, Adolescencia, Adulto Mayor, Discapacidad, Salud de la Mujer y Género, Prevención de Accidentes, Control del Tabaco, ITS - SIDA, Salud Ambiental y Ocupacional y cuenta con dos Unidades Asesoras: Educación para la Salud y Gestión del Riesgo.

En los departamentos del interior del país, existe un Director General de la Salud quien es el representante de la DIGESA en cada departamento.

Por otro lado, el MSP es también prestador de servicios de salud a nivel nacional. Estos servicios están bajo la órbita de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado). ASSE a su vez se divide en cuatro direcciones: Dirección Administrativa, Dirección del Sistema de Atención Integral de Montevideo, Dirección del Sistema de Atención Integral del Interior y Dirección de Atención Especializada, Crónicos y Servicios Especiales.

La Dirección de Atención Integral de Montevideo comprende al Hospital Maciel, al Hospital Pasteur, al Hospital Pereira Rossell (Hospital pediátrico y Hospital de la mujer), al Hospital Saint Bois y a la Red de Atención Primaria (RAP).

La Dirección de Atención Integral del Interior comprende a 18 sistemas departamentales de atención integral de salud que incluyen todos los Hospitales del Interior del país y los puestos de salud, policlínicas y centros de salud del MSP. En todos los departamentos existe la figura del coordinador de la Red de ASSE que articula todos los servicios mencionados.

La Dirección de Atención Especializada, Crónicos y Servicios Especiales comprende: el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, el Instituto de Reumatología, el Hospital Vilardebó, las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, el Centro Geriátrico Piñeyro del Campo, el Laboratorio Dorrego, el Banco Nacional de órganos y tejidos y el Servicio Nacional de Sangre.

Anexo 2: Pautas para análisis de documentos

PAUTA PARA ANÁLISIS DE MECANISMOS

MECANISMO		
ACTAS DE CREACIÓN	ACTAS DE FUNCIONAMIENTO	ACCIONES PREVISTAS
Estado:		
Marco conceptual:	Frecuencia de reuniones	Acciones Realizadas
¿En la elaboración de los mecanismos existe participación de las OSC?	Participación efectiva de los convocados	
¿En su integración existe participación de OSC?		
Detalle de Integración		
Origen de su formulación		
¿Los objetivos y actividades previstas son consistentes con el marco conceptual?		

PAUTA PARA ANÁLISIS DE NORMATIVAS

NORMATIVAS		
FORMULACIÓN	DIFUSIÓN	RUTAS DE IMPLEMENTACIÓN
Estado:	Vías de difusión	Alcance
Marco conceptual:	Difusión para los equipos de salud	Condiciones de implementación
¿En la elaboración existe participación de la OSC?	Difusión para otros efectores de salud	
Origen de su formulación	Fiscalización de cumplimiento	
¿Los objetivos y actividades previstas son consistentes con el marco conceptual?		

PAUTA PARA ANÁLISIS DE PROGRAMAS

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	
Evaluación de proceso	<u>Áreas o líneas de acción</u> <u>Marco Conceptual</u> <u>Indicadores de diseño</u> <ul style="list-style-type: none">• Existencia de metas• Existencia de objetivos• Existencia de actividades• Involucramiento de la población objetivo• Evaluación de las necesidades de la población objetivo• Alcance y o cobertura (temática y geográfica)
	<u>Indicadores de desarrollo y funcionamiento:</u> <ul style="list-style-type: none">• Existencia en el programa personal preparado para la tarea• Existencia estructura organizativa definida• Presupuesto (propio/externo)

Anexo 3: Pautas de entrevistas a informantes claves

- Directores/as de Direcciones del MSP.
- Directores/as de IMM.
- Directores/as Departamentales de Salud.
- Coordinadores/as de la Red de ASSE.
- Directores/as de Programas.
- Directores de IAMC.

Directores/as de Direcciones del MSP

DIRECCION DE PROGRAMAS DE LA DIGESA

MARCO GENERAL

Esta dirección existía en la administración anterior. Si no es así: fundamento y justificación de la creación de esta dirección (a qué necesidad da respuesta).

¿Cuál es la importancia que desde su dirección se le da a las políticas sexuales y reproductivas?

¿Cuáles programas relacionados con salud sexual y reproductiva están bajo la órbita de esta dirección? (cuántos programas en total tiene bajo su cargo?)

¿La implementación de políticas en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA es específica o transversal?

¿Considera que en el sistema de salud se le da igual importancia a las políticas de salud sexual que a las reproductivas?

¿Qué programas forman el paquete de los “programas prioritarios”?

¿Cómo se articula DIGESA con ASSE para la implementación de los programas?

¿Los programas son nacionales?

¿Cuál es el margen para las iniciativas departamentales?

¿Todos los programas se aplican en todos los departamentos?

¿Cómo articula DIGESA (si lo hace) con la IMM para la implementación de los programas?

¿Porqué se consideró necesario crear la figura de los Directores Departamentales de Salud?, ¿cuál es su función?

NORMATIVAS

- ¿Cuál es la razón por la cual el término normativas está siendo cambiado por el de “guías”?
- ¿ASSE participa en la elaboración de las normativas del interior del país? ¿Qué le aporta ASSE a DIGESA?
- ¿Cuál es el rol de la dirección en la difusión de las normativas?
- ¿Cuáles son los canales de difusión de las normativas al resto del MSP, por ejemplo al interior?
- ¿Cómo se difunden estas normativas al sistema mutual y privado de atención?
- ¿Cómo se ejerce la fiscalización del cumplimiento de las normativas?
- ¿Existe necesidad de normativas nuevas en el campo de la salud sexual y reproductiva?
- ¿Considera necesario capacitar al personal médico, técnico y no técnico en la aplicación de nuevas normativas?
- ¿Existen áreas dónde haría hincapié en capacitar?
- Respecto al interior del país, desde su punto de vista ¿el personal del MSP está en conocimiento de las normativas existentes en salud sexual y reproductiva ?
- ¿Cómo se elabora el presupuesto? El presupuesto es por programa, o por departamento?

EVALUACIÓN

- ¿Por qué en algunos departamentos los métodos llegan y por qué en otros hemos recibido la respuesta de que llegan a cuentagotas?
- Los programas de la DIGESA, ¿tienen un sistema de evaluación sistemático?, ¿se han diseñado indicadores? ¿Las condiciones actuales de los servicios permiten que este sistema se alimente regularmente?

En la evaluación, qué aspectos se tienen en cuenta:

- Indicadores de gestión
- Indicadores de impacto
- Calidad de atención
- Grado de satisfacción de los usuarios/as

- ¿Cuáles son los resultados esperados para el final del quinquenio respecto a las políticas de salud sexual y reproductiva?

Respecto a la región, cómo ubicaría a Uruguay en cuánto a sus políticas de salud sexual y reproductiva?

Directores/as de Direcciones del MSP

DIRECCION INTEGRAL DE MONTEVIDEO (ASSE)

MARCO GENERAL

¿Cuál es el nombre del cargo de la Dra. Contera?

¿Qué servicios están bajo su responsabilidad?

¿Cuál es su función?

¿Qué programas de la DIGESA se aplican en ASSE?

El nuevo Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de género, ¿ya se está aplicando, desde cuándo y dónde?

¿Es un programa nacional?

ARTICULACIONES

¿Cómo se realiza la articulación entre ASSE y la DIGESA?

¿Cómo se realiza el ajuste entre un programa diseñado en DIGESA y la aplicación en un servicio con determinados recursos que administra ASSE?

¿Cuál es la articulación que existe entre ASSE y la IMM?

¿Cuál es su vinculación con el programa Infancia y Familia (componente 1.4)?

¿Existe algún ámbito de articulación con la salud mutual y privada?

NORMATIVAS

¿Han participado en la elaboración de las normativas de la DIGESA?

¿Considera importante participar?

¿Qué elementos puede aportarle ASSE a los contenidos de la DIGESA? relacionarlo con los recursos, con la capacitación –

De las normativas existentes en SSyR, ¿considera que habría que elaborar alguna nueva o actualizar alguna existente?

¿Cuáles acciones ha desarrollado ASSE para la difusión en los servicios y con los técnicos de las siguientes normativas? (Repasar una por una)

- Adolescencia
- Embarazo parto y puerperio
- Its
- Atención pre y post aborto
- Anticoncepción

El servicio de atención pre y post aborto que se realiza en el Hospital de la Mujer (ordenanza 369) ¿se aplica en algún otro servicio? ¿Por qué?

¿Cuál es la evaluación que existe de esta prestación?

¿Se realizan capacitaciones con los médicos, técnicos y no técnicos para la aplicación de las normativas?

¿Las normativas tienen posibilidades reales de ser aplicadas, considerando los recursos disponibles?

¿Cuáles son las principales dificultades de aplicación de las normativas?

MODIFICACIONES DE GESTIÓN

¿Cuál es la razón por la cuál la administración de los métodos anticonceptivos pasó de la órbita de DIGESA a ASSE?

¿Cuál es su evaluación sobre la eficiencia y alcance que tiene el MSP para la distribución de métodos?

EVALUACIÓN

¿Existe un modelo de evaluación por parte de ASSE? Si existe ¿qué elementos se evalúan, quienes evalúan?

¿Qué dimensiones se evalúan?

- Gestión
- Impactos
- Resultados
- Calidad de atención

¿En esta administración cuáles son los objetivos en este sentido?

BALANCES Y DESAFIOS

¿Cuáles son los objetivos y/o resultados en este tema para este quinquenio?

¿Cuál es su opinión acerca de cuánto el personal médico, técnico y no técnico tiene sobre derechos sexuales y reproductivos?

¿Qué acciones o políticas considera usted que deberían realizarse para profundizar la promoción y el respeto hacia los derechos sexuales y reproductivos desde la salud?

¿Cuál es su consideración acerca de los grupos étnicos y/o género que tienen más dificultades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos?

Directores/as de Direcciones del MSP

DIRECTORA HOSPITAL DE LA MUJER - CHPR

POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿Cuál es la importancia que su gestión le da a las políticas de salud sexual y reproductiva?
¿Considera que desde el Hospital de la Mujer se le da igual importancia a las políticas de salud sexual que a las de salud reproductiva?
Respecto a los compromisos internacionales ratificados por nuestro país en este tema, ¿cuáles son las acciones que se están desarrollando para hacerlos efectivos desde el Hospital de la Mujer?

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

¿Cuáles son las acciones o servicios que el hospital de la mujer desarrolla en materia de salud sexual y reproductiva?

Objetivos/Actividades/Resultados para el quinquenio.

¿Recursos humanos del Hospital de la Mujer (¿suficientes?, ¿adecuados?)

- Los equipos están capacitados? En qué temáticas? Con qué frecuencia y modalidad?

Recursos financieros del Hospital para este quinquenio

- suficientes
- Presupuesto propio/externo.
- Relación entre uno y otro.

Cobertura (población objetivo)

Alcance (geográfico)

ARTICULACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER - DIGESA - INFAMILIA

¿Cómo se realiza la articulación entre el Hospital de la Mujer y la DIGESA?

¿Qué programas de la DIGESA se aplican en el hospital de la Mujer?

¿Cuál es su vinculación con el programa Infancia y Familia (componente 1.4)?

NORMATIVAS

¿El Hospital de la Mujer participa en la elaboración de las normativas de la DIGESA?

¿Considera importante participar?

¿Qué elementos puede aportarle el Hospital de la Mujer a los contenidos de las normativas relacionadas con SSR?

¿Cuáles acciones ha desarrollado el Hospital de la Mujer para la difusión a los técnicos de las siguientes normativas? (adolescencia, pre y post aborto, embarazo, parto y puerperio, anticoncepción, ITS SIDA)

¿Se realizaron capacitaciones con los médicos, técnicos y no técnicos para la aplicación de las normativas?

¿Las normativas tienen posibilidades reales de ser aplicadas, considerando los recursos disponibles y las condiciones laborales? (ver una a una)

¿Cuáles son las principales dificultades de aplicación de las normativas?

¿Existe algún sistema para controlar la aplicación de las normativas?

¿Cuáles han sido los principales resultados de dicho sistema de control?

¿Cuál es su consideración del asesoramiento pre y post aborto, que se brinda en el HPR?

- ¿existe una evaluación de sus principales resultados?
- ¿Cuáles son sus principales limitaciones?

EVALUACION

¿Existe un modelo de evaluación y/o monitoreo?

¿Qué aspectos del mismo se evalúan?

Actividades, impactos

¿Quiénes participan en su evaluación?

¿Cuáles son los principales resultados de la evaluación?

¿Existe alguna forma de relevar la opinión de las usuarias respecto a la calidad de atención?

BALANCE Y DESAFIOS

¿Cuáles son los objetivos y resultados (avances) en este tema que vuestra dirección se propone para estos 5 años?

¿Qué acciones considera usted que deberían realizarse para profundizar la promoción y el respeto hacia los derechos sexuales y reproductivos?

¿Cuál es su consideración acerca de los grupos etáreos y/o género con los cuales hay más dificultades de poder promover los ddssyr?

POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿Cuál es la importancia que su gestión le da a las políticas de salud sexual y reproductiva? Respecto a los compromisos internacionales ratificados por nuestro país en este tema, ¿Cuáles son las acciones que se están desarrollando para hacerlos efectivos desde el RAP?

¿Considera que desde el RAP se le da igual importancia a las políticas de salud sexual que a las de salud reproductiva?

¿Cuáles son las acciones o programas que el RAP desarrolla en materia de SSR?

¿Cuál es su evaluación general del SIM?

ARTICULACIÓN RAP – DIGESA – IMM – INFAMILIA

¿Cómo se realiza la articulación entre RAP y la DIGESA?

¿Qué programas de la DIGESA se aplican en RAP?

¿Por qué el SIM depende del RAP y no de la DIGESA?

¿Cómo se da la articulación entre la “Dirección de Programas” de la DIGESA y RAP para la aplicación del SIM?

¿Cuál es su vinculación con el programa Infancia y Familia (componente 1.4)?

¿Existe articulación con la IMM en materia de SSR? En qué aspectos?

NORMATIVAS

¿El RAP participa en la elaboración de las normativas de la DIGESA?

¿Considera importante participar?

¿Qué elementos puede aportarle el RAP a los contenidos de las normativas relacionadas con SSR?

¿Cuáles acciones ha desarrollado el RAP para la difusión en los Centros de Salud y con los técnicos de las siguientes normativas? (adolescencia, pre y post aborto, embarazo, parto y puerperio, anticoncepción, ordenanza 369)

¿Se realizaron capacitaciones con los médicos, técnicos y no técnicos para la aplicación de las normativas?

¿Las normativas tienen posibilidades reales de ser aplicadas, considerando los recursos disponibles y las condiciones laborales?

En los Centros de Salud se presta asesoramiento pre y post aborto?

Si: Desde cuando y si existe una evaluación de sus principales resultados.

No: ¿Porqué? Teniendo como base las normativas.

¿Cuáles son las principales dificultades de aplicación de las normativas?

- ¿Existe algún sistema para controlar la aplicación de las normativas?
¿Cuáles han sido los principales resultados de dicho sistema de control?

BALANCES Y DESAFÍOS

- ¿Cuáles son los objetivos y resultados (avances) en este tema que vuestra dirección se propone para estos 5 años?
¿Qué acciones considera usted que deberían realizarse para profundizar la promoción y el respeto hacia los derechos sexuales y reproductivos?
¿Cuál es su consideración acerca de los grupos etáreos y/o género con los cuales hay más dificultades de poder promover los Derechos Sexuales y Reproductivos?

Directores/as de Intendencia Municipal de Montevideo
DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECTOR DE DIVISIÓN SALUD Y DIRECTORA DE LA SECRETARÍA DE LA MUJER

POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- ¿Cuál es la importancia que su gestión le da a las políticas de salud sexual y reproductiva?
- Respecto a los compromisos internacionales ratificados por nuestro país en este tema,
- ¿Cuáles son las acciones que se están desarrollando para hacerlos efectivos desde el municipio?
- ¿Considera que desde la IMM se le da igual importancia a las políticas de salud sexual que a las de salud reproductiva?
- ¿Cuáles son las acciones o programas que la IMM desarrolla en materia de salud sexual y reproductiva?
- ¿Cuál es su consideración general del PAIM?
- ¿Cuál es su evaluación de los resultados del PAIM?
- ¿Qué aspectos resaltaría como sus principales fortalezas?
- ¿Qué aspectos del mismo considera que hay que mejorar?
- ¿Existe un modelo de evaluación del programa?
- ¿Qué aspectos del mismo se evalúan?
- ¿Quiénes participan en su evaluación?

NORMATIVAS

- ¿Considera que las normativas (MSP) existentes (adolescencia, pre y post aborto, embarazo, parto y puerperio, anticoncepción) respecto a la salud sexual y reproductiva están actualizadas y son coincidentes con los compromisos asumidos por el país internacionalmente?
- ¿El municipio ha participado o ha sido consultado para la elaboración de las diferentes normativas?
- ¿A través de qué mecanismos la IMM se entera de la elaboración de nuevas normativas?
- ¿Existen controles por parte del MSP de que la IMM aplique las normativas?
- ¿Existen controles por parte de la IMM de que las normativas se apliquen en los servicios municipales?
- En las policlínicas municipales se presta asesoramiento pre y post aborto?
- Sí: Desde cuando y si existe una evaluación de sus principales resultados.
- No: ¿Por qué? Teniendo como base las normativas y el Capítulo 5 del PIOD.
- PIOD (CAP 5)

A tres años de la formulación del primer PIOD, ¿cuál es su balance del cumplimiento del mismo y específicamente del capítulo 5?

¿Cuáles han sido las coordinaciones interinstitucionales en el tema, de acuerdo al objetivo 1 del Capítulo 5 del PIOD?

¿Existe en materia de SSR coordinaciones con el MSP? De qué tipo?

La Mesa Consultiva en materia de salud sexual y reproductiva que funcionó durante el 2002 y 2003: ¿cuáles fueron sus principales aportes? ¿Por qué dejó de funcionar? ¿Está previsto que retome su funcionamiento?

¿Qué opinión le merece la Comisión de Equidad y Género de la IMM? ¿Cuáles han sido sus principales aportes y limitaciones?

La IMM está en proceso de formulación del segundo PIOD, ¿Cuáles son los ejes centrales del mismo? ¿Están previstas nuevas áreas de trabajo, prioridades, etc.?

BALANCE Y DESAFIOS

¿Considera que los servicios municipales tienen las condiciones de promover, difundir y hacer efectivas las políticas de salud sexual y reproductiva en general y de las normativas en particular?

¿Cuáles son las principales dificultades?

¿Cuáles son los resultados (avances) en este tema que vuestra dirección se propone para estos 5 años?

COORDINADORES/AS DE LA RED DE ASSE MSP

Desde su punto de vista, ¿cuál fue la razón para la creación de esta nueva figura en el MSP?

¿Cuál es su función?, ¿de quién depende jerárquicamente?

¿Cuál es el vínculo que existe entre su función y la del director del hospital? Y con el/la coordinador/a de ASSE?

¿Cuál es la importancia que usted le adjudica en su gestión a la promoción de las políticas de salud sexual y reproductiva?

NORMATIVAS

Considera que las normativas existentes (adolescencia, pre y post aborto, embarazo, parto y puerperio, anticoncepción) respecto a la salud sexual y reproductiva, ¿están actualizadas y son coincidentes con los compromisos asumidos por el país internacionalmente?

¿Los Directores generales de la salud participan o han sido consultados para la elaboración de las diferentes normativas?

¿Existen controles por parte del MSP de que las normativas se aplican en los servicios?

¿Existen controles por parte del MSP de que la Intendencia aplique las normativas?

¿En los servicios de salud del departamento se presta asesoramiento pre y post aborto?

Si: ¿desde cuándo? y si existe, ¿cuál es la evaluación de sus principales resultados?

NO: ¿por qué? Teniendo en cuenta como base las normativas

¿Ha existido capacitación para el personal para la correcta aplicación de las normativas?

ARTICULACION ASSE – DIGESA – INFAMILIA – MUNICIPIO

¿Cómo se realiza la articulación entre la DIGESA y ASSE?

¿Cómo se realiza la articulación entre MSP y el municipio?

¿Cuál de los siguientes programas se ejecutan en su departamento?

- Programa Nacional de SIDA
- Programa Salud de la Mujer y Género
- Infamilia

¿Cuál es su vinculación con ellos?

¿Cuál es la articulación local entre Infamilia y usted?

EVALUACIÓN

¿Existe un modelo de evaluación y/o monitoreo?

¿Qué aspectos del mismo se evalúan?

- Actividades
- Impactos
- Calidad de atención

¿Quiénes participan en su evaluación?

¿Cuáles son los principales resultados de la evaluación?

BALANCE Y DESAFIOS

¿Cuáles son los objetivos y resultados (avances) en este tema que vuestra dirección se propone para estos 5 años?

¿Qué acciones considera usted que deberían realizarse para profundizar la promoción y el respeto hacia los derechos sexuales y reproductivos?

¿Cuál es su consideración acerca de los grupos etéreos y/o género con los cuáles hay más dificultades de poder promover los derechos sexuales y reproductivos?

Directores/as de Programas DIGESA

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO PROGRAMA NACIONAL DE ITS - SIDA

MARCO GENERAL

- ¿Por qué en el ámbito de la DIGESA se vio necesario crear (o continuar) este Programa?
- ¿Cuál es el marco conceptual desde el cuál opera?
- ¿Cuál es la estructura del programa?

Planificación Estratégica

- ¿Cuáles son sus principales **objetivos**?
- ¿Cuáles son sus principales **líneas de acción**?
- ¿Cuál es su **población objetivo**?
- ¿Qué **actividades** se planteó el programa para el año 2005?
- ¿Todas las actividades del Programa tienen alcance nacional?
- ¿Con qué **recursos humanos** cuenta hoy el programa?, ¿recursos públicos, recursos contratados, en comisión?
- ¿Qué recursos humanos debería tener para poder funcionar a pleno?
- ¿Prevé la **participación** de la población objetivo? ¿En qué instancias?
- ¿Prevé participación de otros actores comunitarios? ¿En qué instancias?
- ¿En el 2005 el programa tuvo recursos propios?
- ¿Existe dentro del **presupuesto** fondos externos? Relación entre uno y otro.
- ¿Cómo se aplica el programa en el **interior del país**? (autonomía local .vs. lineamientos nacionales)

ARTICULACIONES

Nexo/vínculo con:

- otros programas de la DIGESA
- con ASSE
- con los Directores/as Departamentales de Salud
- y los Coordinadores/as de la Red de ASSE
- con el Programa Infancia y Familia (componente 1.4)

NORMATIVAS

Respecto a las normativas existentes respecto a salud sexual y reproductiva, ¿considera que las normativas son conocidas por el personal del MSP?

Respecto a normativas nuevas (ej. Guías de anticoncepción), ¿es necesario capacitar al personal para su correcta aplicación?

¿Los servicios del MSP tienen hoy la capacidad para poder aplicarlas?

EVALUACIÓN

Respecto a la evaluación del programa, ¿está previsto o se ha estado elaborando algún sistema de evaluación?

¿Qué aspectos se evaluarían?

- Gestión
- Resultados
- Impactos
- Calidad de atención
- Opinión de los y las usuarias

CAMBIOS RECIENTES

El nuevo programa Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de género, ¿quiénes lo elaboraron, de quién depende, dónde se aplica?

¿Por qué la distribución de los métodos anticonceptivos pasó desde la DIGESA a ASSE?

¿En este nuevo contexto quién va a seguir monitoreando la evolución de la demanda insatisfecha?

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

¿Qué acciones se deberían realizar desde el MSP para profundizar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos?

¿Cuál es su opinión sobre el conocimiento que el personal del MSP tiene de los derechos sexuales y reproductivos?

¿Cuáles son los grupos poblacionales que más dificultades tienen para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos?

PROGRAMA INFANCIA Y FAMILIA EN RIESGO SOCIAL-MIDES

MARCO GENERAL

Justificación de la existencia del componente 1.4 en el programa.

Marco conceptual desde el cual se opera en este componente.

Desde su punto de vista, las agentes de seguimientos conocen los derechos sexuales y reproductivos? ¿Trabajan con las/los adolescentes desde ese enfoque?

Los recursos humanos comprometidos en el componente son ¿suficientes? ¿adecuados?, responden al perfil de las tareas a desarrollar.

Recursos financieros del programa. Presupuesto propio/externo. Relación entre uno y otro. ¿El presupuesto es suficiente?

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

De los 250 funcionarios del MSP capacitadas en el año 2004, ¿cuál es el rol actual de las 200 que no fueron agentes de seguimiento?

¿Cuáles fueron las actividades planificadas para el 2005?

¿Cuáles se realizaron?

Respecto a la formación de *Promotores Juveniles en Salud Sexual* (Inlatina – Ides)

- cuántos jóvenes fueron capacitados
- hubo capacitaciones en todos los departamentos del país.
- de quién dependen actualmente?
- Están realizando alguna actividad o de qué manera el programa tiene acceso a ellos

Respecto a las *Actividades Comunitarias*

- cuántas actividades se realizaron
- dónde se realizaron
- cuál es la evaluación de las mismas por parte del programa

Respecto a las *agentes de seguimientos*

- rol
- objetivo de su tarea
- de quién dependen

ARTICULACIONES

Cuál es el nexo/vínculo del componente con:

- Otros componentes de Infamilia
- De DIGESA (Montevideo e interior)
- De ASSE (Montevideo e interior)
- Coordinadores territoriales del MIDES

Qué vinculación existe entre los jóvenes promotores, las personas que participaron en las actividades comunitarias, las agentes de seguimientos y los servicios de salud del MSP?

Para el equipamiento de espacios diferenciados para adolescentes en las policlínicas del MSP, cómo articula con MSP y en especial con el programa adolescencia y los agentes de seguimientos.

NORMATIVAS

Las agentes de seguimiento conocen las guías o normativas en material de políticas sexuales y reproductivas y de adolescencia?

¿Las agentes de seguimiento trabajan estas guías con las adolescentes?

¿Se trabajan las normativas con los promotores juveniles?

EVALUACION

El programa Infamilia tiene un área específica de evaluación y seguimiento

- ¿Qué aspectos son monitoreados en este componente?
- ¿Qué aspectos son evaluados en este componente?

¿Cuál es la evaluación de los cursos realizados en el 2005 a 250 médicos?

Hay alguna actividad prevista para estos médicos, el programa los sigue de alguna manera?

BALANCES Y DESAFÍOS

¿Cuáles son los objetivos a alcanzar al final de la ejecución del programa respecto a este componente?

COORDINADORAS PROGRAMA PAIM PROGRAMA PAIM

¿Cuál es la *situación del Programa en la política municipal en el marco de la nueva administración?*

Valoración, análisis y compromiso de la nueva administración con el PAIM.

Han tenido oportunidades de presentar el programa a las nuevas autoridades.

¿A quiénes?

Marco conceptual desde el cual se opera.

Desde el punto de vista del *organigrama*, de *quién depende* el PAIM.

El hecho de tener *dos coordinadoras* que dependen de dos ámbitos distintos, ¿qué fortalezas le aporta y qué debilidades?

Cobertura (población objetivo)

¿Existe una estrategia de captación de las mujeres que no consultan en las policlínicas?

Las mujeres usuarias de las policlínicas, ¿pertenecen a sectores populares? ¿Se atiende sin carne de asistencia?

¿Existen acciones focalizadas en adolescentes?

¿Cuál es el número de consultas que ha recibido el PAIM? ¿Y el de usuarias?

¿Ha habido un incremento de consultas? ¿Ha sido sostenido a lo largo de los años, o fluctúa?

Alcance (geográfico)

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos del programa

- (¿suficientes?, ¿adecuados?)
- Específicamente los equipos de las policlínicas municipales, ¿deberían contar con alguna disciplina que hasta el momento no está presente?
- La capacitación que reciben los equipos, ¿se actualiza? ¿Con qué frecuencia y modalidad?

Recursos financieros del programa para este quinquenio

- suficientes
- Presupuesto propio/externo.
- Relación entre uno y otro.

PREGUNTAS POR SUBPROGRAMAS

Maternidad informada y voluntaria

Objetivo específico 1:

- ¿Se brinda orientación en sexualidad e ITS?
- Objetivo de 10.000 mujeres: ¿se llegó, en qué tiempo?

Objetivo específico 2:

- ¿Existe continuidad en los métodos, siempre la hubo?
- Rol de las comisiones de Salud en la administración de los métodos (¿tarea que empodera?)
- Capacitación: además de la realizada en el 98 se realizaron otras, ¿en qué temas, a quiénes?
- En las policlínicas municipales, existe alta rotación de funcionarios, si es así ¿entorpece la tarea de equipo?
- Comisiones de Salud:
- Valoración del rol de multiplicadoras
- Valoración del modelo de participación comunitaria.
- Materiales educativos: ¿qué se ha elaborado?
- Sistema de Evaluación, Registro y Evaluación de necesidades y demandas, ¿Se hizo?

Atención al embarazo, parto y puerperio

- Estrategia de captación de mujeres
- ¿Cómo se evalúa? La capacitación a las Comisiones de Salud en tanto agentes de cambio y promotoras.
- En qué fueron capacitadas, cuantas y con que frecuencia.
- La capacitación a los 22 equipos de salud, ¿cuándo se realizó, cuantas veces y en qué?
- Banco de datos sobre vivencias, actitudes y prácticas en torno al embarazo parto y puerperio.
- ¿Se hizo?

Prevención y control del cáncer genito mamario

- “Desarrollar autoestima respecto al propio cuerpo” ¿Cómo se evalúan?
- “Promover la necesidad de la consulta periódica” ¿Cómo se evalúa?
- “Capacitar equipos de salud que encaren y desarrollen cambios en el mo-

delo de consulta”, ¿cómo se realizó al respecto y cómo lo evalúan?

• “Capacitación de las promotoras de salud” ¿En qué consistió y como evalúan su trabajo posterior?

• “Unificar los criterios de registros”: ¿Se realizó?

• “Maximizar la capacidad de respuesta de laboratorio”. ¿Se avanzó?

NORMATIVAS

¿Conoce las normativas (MSP) existentes respecto a salud sexual y reproductiva? (Adolescencia, pre y post aborto, embarazo, parto y puerperio, anticoncepción, ITS)

¿Considera que la difusión de las mismas por parte del MSP se ha realizado correctamente?

¿Cómo la IMM difunde estas normativas, entre los/as técnicos de las Policlínicas Municipales?

¿Considera que el personal médico, técnico y no técnico (municipal) ha sido capacitado adecuadamente para promover la salud sexual y reproductiva y aplicar las normativas correctamente?

¿Cuáles son las actividades que se han realizado en este sentido?

¿Considera que los servicios municipales tienen las condiciones de promover, difundir y hacer efectivo la aplicación de los derechos en general y de las normativas en particular?

Específicamente la atención pre y post aborto, se realiza en las policlínicas municipales?
Si / No ¿por qué?

PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN

Prevé la participación de la población objetivo (usuarias). En qué instancias.

Prevé participación de otros actores comunitarios (Comisiones de salud, Comisiones zonales de mujeres, etc.). En qué instancias.

¿Cuál es su valoración del rol de las Comisiones de Salud locales en relación al PAIM

¿Cuál es la relación entre las Comisiones de Salud y los Equipos de Salud (agenda, planes, reconocimientos de los técnicos).

¿Cómo funcionó la experiencia con jóvenes del 12?

EVALUACION

Existe un modelo de evaluación y/o monitoreo.

¿Qué aspectos del mismo se evalúan? Actividades, impactos

¿Quiénes participan en su evaluación?

Facilitadores y dificultades de acuerdo al contexto actual

¿Cuál es su evaluación de los resultados del PAIM, en casi 10 años de implementación del Programa?

¿Qué aspectos del mismo considera que hay que mejorar?

CAMBIOS POR NUEVA ADMINISTRACIÓN, DESAFIOS

¿Cuáles son los desafíos del PAIM para este nuevo quinquenio?

Objetivos/Actividades/Resultados para el 2005. Diferenciar resultados anuales y para el quinquenio. ¿Se mantienen los definidos inicialmente o hubo cambios?

¿Cuáles son los resultados (avances) en este tema que el programa se propone para estos 5 años?

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Este programa no está aprobado. Se realiza entrevista para acceder a información general y principales lineamientos.

MARCO GENERAL

Justificación de la existencia del Programa.

Nombre.

Quién lo formuló.

Estado actual y futuro, en cuanto a aprobación e implementación. Existe un período de prueba de su implementación.

Dónde se va a aplicar.

De quién depende jerárquicamente.

Marco conceptual desde el cual se opera.

Importancia que desde su programa se le da a los salud sexual y reproductiva y cómo se refleja dicha importancia en la implementación.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Objetivos.

Actividades.

Recursos humanos del programa (¿suficientes? ¿adecuados?).

Recursos financieros del programa (¿suficientes?) Presupuesto propio/externo. Relación entre uno y otro.

Cobertura (población objetivo).

Alcance (geográfico).

Prevé la participación de la población objetivo. En qué instancias.

Prevé participación de otros actores comunitarios. En qué instancias.
Se prevén cambios en la integración de los equipos de salud para la aplicación del Programa
Se prevé la capacitación a equipos de salud
Existe un modelo de evaluación y/o monitoreo.

**DIRECTORES IAMC
(ASOCIACIÓN ESPAÑOLA – CASMU – MÉDICA URUGUAYA)**

ACCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿Cuál es la importancia que vuestra institución le da a la promoción de la salud sexual y reproductiva?
¿Qué programas o acciones realiza vuestra institución en este sentido?
¿Desde cuándo los realiza?
¿Cuál fue el motivo del inicio de la implementación de las mismas?
¿Cuál es la población objetivo de la misma?
¿Desde qué marco conceptual se interviene?
¿Cuáles resultados espera lograr con dichas acciones (programas)?, ¿En qué plazos?
Considera que dichas acciones se enmarcan en el marco de los compromisos internacionales que nuestro país ha firmado en este tema.

NORMATIVAS

¿Conoce las normativas que el MSP ha elaborado para las distintas temáticas que abarcan los derechos sexuales y reproductivos? (adolescencia, pre y post aborto, embarazo parto y puerperio, anticoncepción)
¿Cómo es la articulación con el MSP en este sentido?, ¿vuestra institución ha sido consultada para la elaboración de normativas?, ¿considera conveniente poder participar?
¿El MSP controla la aplicación de las normativas?
En vuestra institución, ¿cómo se realizó la difusión de las normativas?
¿Existió algún tipo de capacitación para el personal médico, técnico y no técnico para su correcta aplicación?
¿Cree que el personal de su institución tiene las condiciones de trabajo para poder aplicarlas?
A su entender, ¿cuáles serían las mayores facilidades en este sentido, y las mayores dificultades?

EVALUACIÓN

¿La institución posee un plan de monitoreo o evaluación de las actividades o programas de salud sexual y reproductiva?

¿Qué aspectos se evalúan? Actividades, resultados, productos, impactos, calidad de atención.

¿Quiénes participan de la evaluación?

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

¿Cuál sería su evaluación acerca del conocimiento que vuestro personal tiene de los derechos sexuales y reproductivos?

¿Qué acciones considera usted se deberían realizar para profundizar la promoción y el respeto hacia los derechos sexuales y reproductivos?

¿Cuál es su consideración acerca de cuáles serían los grupos o poblaciones que más dificultades tienen para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos?

Anexo 4: Formato de Matrices de análisis de las entrevistas

MATRIZ DIRECTORES/AS MSP

Descripción del Cargo	Jerarquía de salud sexual y reproductiva	Acciones En políticas de salud sexual y reproductiva	Articulación entre Actores MSP y comunidad	Articulación MSP e Intendencias municipales	Normativas	Sistema de Evaluación	Objetivos próximos 5 Años	Promoción de derechos sexuales y reproductivos desde el sistema de salud	Grupos + Vulnerables para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos
-----------------------	--	--	--	---	------------	-----------------------	---------------------------	--	---

MATRIZ COORDINADORES DE ASSE Y DIRECTORES DEPARTAMENTALES DE SALUD

	Jerarquía de salud sexual y reproductiva	Acciones En Salud Sexual Y Reproductiva	Articulaciones dentro del MSP - comunidad	Articulación MSP e Intendencias Municipales	Normativas	Sistema de Evaluación	Objetivos próximos 5 Años	Promoción De derechos sexuales y reproductivos desde el sistema de salud	Grupos + Vulnerables para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos
DIGESA									
ASSE									

MATRIZ DIRECTORES/AS IMM

Jerarquía de salud sexual y reproductiva	Plan de Igualdad de Oportunidades Capítulo 5	Acciones En políticas de salud sexual y reproductiva	Articulación Entre Actores municipales y la comunidad	Articulación Intendencia Municipal de Montevideo y MSP	Normativas	Evaluación	Objetivos 5 Años	Promoción de derechos sexuales y reproductivos desde el sistema de salud	Grupos + Vulnerables para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos
--	--	--	---	--	------------	------------	------------------	--	---

MATRIZ PARA PROGRAMAS

Motivo Creación	Marco Conceptual	Objetivos	Lineas Acción	Recursos Humanos y Financieros	Evaluación	Normativas	Articulación con ASSE, Directores/as Departamentales de Salud y Coordinadores/as de Red ASSE	Conocimiento de derechos sexuales y reproductivos por parte del personal técnico	Promoción de derechos sexuales y reproductivos desde el sistema de salud	Grupos + Vulnerables para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos
-----------------	------------------	-----------	---------------	--------------------------------	------------	------------	--	--	--	---

MATRIZ DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA

Jerarquía del Tema	Acciones en políticas salud sexual y reproductiva	Articulación con MSP	Normativas	Evaluación	Promoción de derechos sexuales y reproductivos desde los servicios de salud	Conocimiento de derechos sexuales y reproductivos del personal técnico	Grupos + Vulnerables para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos
--------------------	---	----------------------	------------	------------	---	--	---

