



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADMINISTRACIÓN**



IMPACTO DE LA OFERTA EN ATENCIÓN EN SALUD OFRECIDA POR EL INTERNO DE LA LICENCIATURA EN AMÉRICA EN LA POBLACIÓN USUARIA DEL PROGRAMA SETIEMBRE

AUTORES:

Br. Correia, Carina
Br. Pintos, Mónica

TUTOR:

Prof. Adj. Lic. Enf. Quintero, Valeria

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

INDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Marco conceptual.....	6
Diseño metodológico.....	9
Análisis.....	11
Tablas y gráficas.....	15
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	21
Agradecimientos.....	23
Anexos.....	24
Anexo I: Marco referencial	
Anexo II: Programa Nacional de Salud Adolescente	
Anexo III: Programa Setiembre	
Anexo IV: Sistema de operacionalización de variables	
Anexo V: Tablas y gráficas	
Anexo VI: Cronograma	

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación fue realizado por dos estudiantes de Licenciatura en Enfermería, dentro de la Cátedra de Administración, bajo la tutoría de la Profesora Adjunta Lic. Enf. Valeria Quintero.

Ante la sugerencia de la mencionada cátedra acerca de la investigación sobre el impacto de la asistencia del Interno de Licenciatura en Enfermería en primer nivel, creímos importante trabajar sobre ello. Destacando la necesidad del mismo como recurso humano, así como sus aportes al servicio y a la comunidad. De esta forma el Interno crece como profesional y adquiere conocimientos para su futura inserción laboral.

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema se llegó a la siguiente pregunta problema: ¿cual es el impacto de la oferta en salud ofrecida por el Interno de la Licenciatura en Enfermería en la población usuaria del Programa Adolescente - Setiembre, implementado en policlínicas del interior y Montevideo en el período comprendido entre abril y setiembre de 2008?

Como objetivo general nos planteamos evaluar el impacto de la oferta en salud brindada por el Interno de Licenciatura en Enfermería en el Programa Adolescente - Setiembre implementado en los centros de salud del primer nivel de atención en policlínicas del interior y Montevideo, donde el interno desarrolla su experiencia.

Los objetivos específicos fueron: plantear, identificar y categorizar la oferta en salud brindada por el Interno de Licenciatura en Enfermería para poder evaluar el impacto de la asistencia del mismo; conocer las acciones que desempeña el Interno de Enfermería para alcanzar los objetivos planteados por el Programa; Identificar y analizar los diferentes indicadores empleados por los Internos de Enfermería; Medir la productividad y los resultados de las intervenciones realizadas sobre el proceso salud-enfermedad de la población asistida.

Se estudió un total de 533 adolescentes, quienes fueron asistidos por los internos en el período comprendido entre abril y setiembre de 2008, en el marco del programa Adolescente – Setiembre, en los siguientes servicios:

Policlínica Ginecológica del Hospital Gustavo Saint Bois y Centro de Salud La Cruz de Carrasco, en el departamento de Montevideo; en policlínicas de gineco-obstetricia, Hospital Artigas, Carmelo, departamento de Colonia; Policlínica de Villa Constitución departamento de Salto, Policlínica Periférica Mandubí departamento de Rivera y Hospital "Dr. Raúl Amorín Cal", en la Policlínica Brum, departamento de Florida.

Se realizó la recolección de datos mediante la implementación de una planilla tipo Excel con los indicadores de las variables a estudiar. Los datos fueron procesados en forma de tablas y gráficas con paquete informático Excel.

De los 6 servicios, en uno de ellos se trabajó en el Programa Adolescente, mientras que en los otros 5 en el programa Setiembre. La fuente de información fue los informes finales realizados por los Internos de Licenciatura en Enfermería, quienes se basaron en guías preestablecidas por la Cátedra de Administración. Si bien a todos los internos se les proporcionó las mismas guías, no todos trabajaron las mismas variables, lo dificultó la unificación de la información, para su posterior análisis.

A pesar de ello logramos cumplir con los objetivos planteados, se observó una alta productividad de los internos así como un impacto favorable en el proceso salud - enfermedad de los usuarios.

JUSTIFICACION

En las últimas décadas, como resultado de cambios políticos, económicos y sociales que ha sufrido la región, debe reconocerse ciertas modificaciones en la salud de los jóvenes. Estos cambios traen como consecuencia importante: cambio de valores y de comportamientos determinantes de la salud, cambio de las estructuras familiares, pérdida del rol adulto como figura protectora; así como cambios en los factores que condicionan la salud siendo la conducta un factor determinante de la misma.

Alguno de los problemas que viven las y los adolescentes de hoy son: mortalidad por accidentes, suicidios e intentos de suicidios, homicidios, la exclusión del sistema educativo formal, las dificultades de ingreso al mundo laboral, las y los adolescentes que se embarazan sin soporte social, los hábitos de consumo, infecciones de transmisión sexual, trastornos alimentarios, entre otros. Muchos de ellos tienen causas comunes por lo que es necesario comprenderlas y atenderlas si queremos brindarles a todos los adolescentes igualdad de oportunidades para vivir esta etapa plenamente.

Según un artículo publicado por el Ministerio de Salud Pública¹, se estima que en todo el país serían 5000 las menores que quedan embarazadas y tienen a sus hijos en los hospitales estatales. De ellas, el 30% ya tienen un hijo anterior o más. En cuanto a datos proporcionados por el Hospital Pereira Rossell, de cada cuatro niños nacidos, uno es hijo de una madre adolescente, Esto demuestra el perfil demográfico de la población y refleja que un gran porcentaje de los nacimientos se dan en madres adolescentes provenientes de un medio socioeconómico bajo.

Muy pocos de estos embarazos son planificados: el 40% se debe a fallas o uso inadecuado de métodos anticonceptivos y el 60% a la no utilización de formas de prevenir la gestación. En cuanto a la educación de estas personas, casi todas las madres adolescentes tienen educación secundaria pero el 80% abandona los estudios por "pudor". Esto se da muchas veces también por la

¹ http://www.msp.gub.uy/uc_2138_1.html

falta de madurez para afrontar una situación de este tipo y la falta de recursos económicos para poder ser madre y al mismo tiempo concurrir a un centro educativo. Mayoritariamente, las madres jóvenes son solteras. Los principales riesgos de tener un hijo a esas edades tan tempranas para los bebés se presentan en las madres menores de 15 años. Uno de cada cuatro niños hijos de adolescentes presenta problemas de bajo peso y nacen prematuros.

El embarazo en etapas tempranas de la vida ha existido siempre, pero en condiciones de pobreza y marginalidad social se convierte en un grave problema sanitario y social, he aquí la importancia de promover la salud sexual y reproductiva, promoviendo el autocuidado y de esta forma prevenir un segundo embarazo no deseado.

Es conocido también que la figura del interno de enfermería (Ver Marco Teórico pág. 6) reúne características que lo capacita para abordar al adolescente de forma integral con un enfoque hacia la salud reproductiva, actuando como educadores y agentes de promoción y prevención, facilitando la inserción de las/los adolescentes en el programa.

Con su intervención se trata de brindar un adecuado control puerperal, mejorando las condiciones de salud de las madres adolescentes promoviendo su autocuidado y facilitando el vínculo con el equipo de salud, así como también realizar el seguimiento de dichas usuarias con el objetivo de prevenir subsiguientes embarazos no deseados, cumpliendo de esta manera con los objetivos del programa.

Por lo antes expuesto, el propósito de nuestra investigación es conocer el impacto asistencial del interno de enfermería en el Programa Adolescente – Setiembre, en el primer nivel de atención. Donde las actividades asistenciales se realizan tanto en el centro de salud en consulta de enfermería, en consulta conjunta con otros profesionales, así como también en los domicilios de las usuarias.

Debido al déficit estructural de recursos humanos en enfermería según el artículo: "Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para

Enfermería² y la consolidación de políticas de desarrollo del recurso humano enfermero a nivel estatal, la figura más próxima al rol profesional en la cogestión de programas de primer nivel de atención, es el del Interno de Licenciatura en Enfermería cuya intervención sistematizada permite reunir elementos que facilitan la evaluación de las políticas de salud a nivel operativo.

Consideramos entonces que el rol que cumple el Interno de la Licenciatura en Enfermería es fundamental para la implementación y funcionamiento del programa.

² Revista Uruguaya de Enfermería, 2006, 1 (1): 37-43 "Plan nacional de desarrollo de recursos humanos para Enfermería". Lic. Alicia Cabrera

MARCO CONCEPTUAL

Contextualizamos el área de estudio del impacto de las intervenciones de enfermería en el marco del Programa Internado. Se denomina **Internado** al período curricular de ejercicio pre profesional cuya duración será de un semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante acceder al título de Licenciado en Enfermería. Está pensado como un módulo integrador de los contenidos teórico prácticos, en un ejercicio profesional Institucional, donde el colectivo de Enfermería aporta su experiencia en el cuidado y el Interno aporta su experiencia metodológica, para el aumento de la calidad en la prestación de servicios, previo a su salida laboral.

Este Programa tiene como propósitos proporcionar experiencias clínicas que permitan complementar los conocimientos, habilidades y destrezas del Interno para su futuro desempeño profesional. Promoviendo la participación del Interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria, en el área tanto pública como privada. Incentivando al Interno el sentido de responsabilidad humana y social en el ámbito profesional, al desarrollar las actividades de atención integral a usuarios sanos y enfermos, familia y comunidad. Otro propósito importante es el de participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería en los servicios de salud.

Se define Interno al estudiante de Facultad de Enfermería que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del primero, segundo y tercer ciclo, estando en condiciones de cursar el cuarto ciclo, correspondiente al Internado. El interno debe aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acordes al programa. Es quien representa el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.

Según lo establece la Prof. Mg. Josefina Verde en el libro "Formados para un Nuevo Modelo, Experiencias de Gestión Asistencial", podemos definir **impacto** como una "situación que produce un conjunto de cambios

significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad³.

En el caso de nuestra investigación, medir el impacto que tiene la asistencia de los internos en los diferentes programas en los que se insertan, es una medida directa del Programa Internado.

No es posible incursionar en el estudio del impacto de las prestaciones de salud sin considerar la filosofía que lo define; en nuestro caso la filosofía de la calidad es la que se pretende alcanzar mediante las prácticas de cuidado. Podemos decir que la calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc.

En el presente trabajo nos hemos basado en la definición de *Avedis Donabedian*, quien plantea "Calidad de la atención sanitaria es aquella que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas partes"

Con respecto al **Programa Setiembre**, este comenzó a ser concebido a mediados del año 2001, cuando a través del Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM) comenzaban a instalarse en los Centros de Salud de SSAE, los servicios gratuitos de anticoncepción.

Este programa tiene como antecedente el Programa Aduana que se creó en el año 1971 dentro del área materno infantil, cuyo objetivo fue asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria (en Montevideo). Se trataba de un sistema de referencia y contrarreferencia de recién nacidos y lactantes internados. Durante la implementación de este programa los profesionales del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) detectaron que muchas adolescentes, luego de su parto, no volvían al CHPR para iniciar un plan de anticoncepción, a efectos de evitar un segundo embarazo adolescente. A mediados del año 2002 los Centros de Salud estaban en condiciones de

³ Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra de Administración
Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial
Dourteau Ediciones, Montevideo, Setiembre 2006

asegurarles a las adolescentes que allí concurrieran, una buena receptividad y una oferta amplia de métodos anticonceptivos.

Se consideró oportuno utilizar el puente de referencia y contrarreferencia consolidado por el Programa Aduana entre las maternidades y los efectores del Primer Nivel, para derivar hacia los Centros de Salud y las Policlínicas Municipales a las adolescentes puérperas para que se integraran a un plan de seguimiento con los equipos de salud reproductiva. Así se inició en el noveno mes del 2002, la experiencia del Programa Setiembre.

Los objetivos principales de este programa son mejorar las condiciones de salud de las adolescentes madres, promoviendo el autocuidado y facilitando el vínculo con los equipos de salud, así como también prevenir la reiteración del embarazo en las adolescentes madres que egresan de las maternidades del CHPR (MSP) y el Hospital de Clínicas (UDELAR).

El Programa Nacional de Adolescencia plantea en sus acciones un enfoque universal, dirigido a toda la población adolescente, que contemple: comunicación, educación para la salud y participación de la población adolescente en temas tales como: ciudadanía, habilidades para la vida, hábitos saludables en nutrición, sexualidad, accidentes y otros. Así como atención de la salud con control semestral o anual y detección precoz de patologías y riesgos. Por otro lado, propone un enfoque de equidad entendido como el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos, con una focalización dirigida a grupos que presentan situaciones de vida particulares que conllevan menores oportunidades de tener un desarrollo sano.

El propósito del Programa Nacional del Adolescente es "mejorar la calidad de vida de la población adolescente del Uruguay, promoviendo su crecimiento y desarrollo integral, desde un enfoque de derechos y de género, para incidir en el presente y futuro tanto de la población adolescente como en la de todo el país"⁴.

⁴ Programa Nacional de Salud Adolescente. MSP.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal

Área de estudio

República Oriental del Uruguay, Departamentos de Montevideo, Colonia, Salto, Rivera, Florida, ámbito del Ministerio de Salud Pública, en policlínicas del primer nivel de atención.

Universo

Todos los adolescentes

Población

Adolescentes asistidos por Internos de Licenciatura en Enfermería en los programas Adolescente – Setiembre de los servicios de 1er Nivel de Atención del MSP.

Muestra

Por conveniencia de los adolescentes asistidos por los Internos de Licenciatura en Enfermería de los siguientes Servicios:

Policlínica Ginecológica del Hospital Gustavo Saint Bois, y Centro de Salud La Cruz de Carrasco, en el departamento de Montevideo; Hospital Artigas, en policlínicas de gineco-obstetricia, Carmelo, departamento de Colonia; Policlínica de Villa Constitución departamento de Salto, Policlínica Periférica Mandubi departamento de Rivera y Hospital "Dr. Raúl Amorín Cal", en la Policlínica Brum, departamento de Florida. Desarrollado en el periodo comprendido entre abril y setiembre de 2008

La población adolescente asistida por los internos en este período correspondió a 533 usuarios en el marco del programa Adolescente – Setiembre.

Unidad de Análisis

Guías de Acreditación de Internado en el Primer Nivel de Atención para el Programa Setiembre.

Criterios de Inclusión

Todos los adolescentes que formaron parte del seguimiento de enfermería por parte de los Internos de Licenciatura en Enfermería con datos obtenidos por medio de las guías de acreditación de 1er Nivel de Atención.

Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Planilla tipo Excel con los indicadores de las variables a estudiar.

Se procesarán los datos en forma de tablas y gráficas con paquete informático Excel.

Recursos humanos

Dos bachilleres de la Licenciatura en Enfermería

Recursos materiales y recursos financieros

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
INFORMATICA			
Horas de internet	90	20	1800
pendrive	2	400	800
MATERIAL DE PAPELERÍA			
Lapiceras	10	10	100
Fotocopias e impresiones	500	0.80	400
Material para anotaciones	4	30	120
Transporte	200	50	10.000
Comunicaciones	150	1	150
TOTAL			13.370

ANÁLISIS

Nuestro trabajo se realizó en base a fichas proporcionadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería de los servicios anteriormente mencionados.

Creemos necesario aclarar la diferencia que existe en los sub registros de cada servicio, ya que en el Hospital Saint Bois se trabajó con el programa adolescente y no específicamente con el programa Setiembre. Otro punto a destacar es que si bien en el resto de los servicios se trabajó con las mismas guías, no en todos se tomaron los mismos datos debido a que los programas se subdividieron en sub programas (ej: embarazo de riesgo- adolescentes embarazadas).

Teniendo una población total de 533 usuarios. De los cuales aproximadamente un 60% (318) corresponde al Hospital Saint Bois donde se trabajó con una población mayoritariamente liceal. Poco más del 25% (153) de la población correspondió a los servicios del interior del país.

Del total de población un 84% (447) corresponde a una población de sexo femenino y un 16% (86) a masculino, destacamos q la población masculina corresponde únicamente al Hospital Saint Bois donde como ya se especificó, se trabajó con el Programa Adolescente.

La población de embarazadas es de 169 usuarias en la totalidad de los servicios, lo que corresponde a un 38% de la población femenina. Del total de embarazadas se destaca que Rivera concentra un 30,2% (51) siendo esta el 100% de su población, mientras que un 10% (17) pertenece al Hospital Saint Bois, equivalente a un 7% de su población total (318).

En cuanto a la realización de PAP, la población del Hospital Saint Bois fue la que tuvo mayor cobertura con aproximadamente un 73% (195), correspondiente a casi el 85% de la población femenina (232) de ese servicio, esto contribuye a la mejora de las condiciones de salud de esa población actuando desde la prevención. Podemos asociar este hecho al alto número de actividades educativas incidentales que tuvo este servicio, 588 en un total de 1402, así como al hecho de que el tema más tratado en las actividades educativas en este servicio fue "salud sexual", donde está incluido la prevención de cáncer genitomamario. Si bien no es esperado para la población

adolescente este tipo de control ginecológico, estos datos revelan la intervención de un equipo de internos dirigidos a buscar este resultado.

En lo que respecta a la adopción de métodos anticonceptivos por parte de la población estudiada, podemos ver que los ACO es el método con mayor aceptación por los adolescentes, con un 35% (152), en segundo lugar se adoptan los ACO asociados al uso de preservativo representando un 23,5%(103) al igual que el DIU. Observamos que el preservativo como único método es empleado escasamente por la población, 74 usuarios (17%), lo que señala un tema importante a desarrollar en futuras intervenciones.

Al analizar los cambios en los niveles de riesgo y consecuentemente el impacto en salud provocado por la asistencia brindada por los Internos de Licenciatura en Enfermería podemos ver que:

En La Cruz identificamos una población que se mantiene en el 50,0% (36) de los casos en el nivel R2 sin cambios y el 40,0% (29) en R3 sin cambios estos datos son de interés ya que no disminuyeron significativamente los R3, más aún si tenemos en cuenta que este servicio presenta un alto número de visitas domiciliarias, siendo estas dirigidas a usuarias en R3 así como también de consultas de enfermería, habiéndose realizado un promedio de 2,3 consultas por usuario. Con respecto a las actividades educativas, La Cruz fue el servicio en que se realizó en mayor número, tanto incidentales como grupales, realizándose un promedio de 11,7 actividades incidentales por usuario. Esta situación nos lleva a cuestionarnos: Cuáles son las condiciones que llevan a que la población se mantenga en nivel de riesgo 3? Podríamos pensar en la vinculación a factores modificables o no modificables.

En Saint Bois encontramos que casi el 50% (172) de su población permaneció en un R1 sin cambios y casi un 30% (101) en R2 sin cambios, así como un 10% (35) en R3 sin cambios. Cabe destacar el alto porcentaje de población que permaneció en R1. Es interesante relacionar este servicio con la productividad del mismo, donde la población es numerosa en proporción al número de internos, a pesar de ello fue alto el índice de intervenciones individuales

En Carmelo observamos que hay un gran movimiento de usuarios dentro de los niveles de riesgo, por un lado un 24% (9) de su población pasó de un R1 a R2, un 10,9% (4) de R1 a R3 y otro 10,9% (4) de R2 a R3. Pero relacionado al impacto en los cambios de situación salud, es decir a su ganancia, vemos que hay un 19% (7) que pasó de R3 a R2 y otro 19% (7) de R3 a R1.

Vinculado al mantenimiento del mejor nivel de salud esperado: Rivera presenta a más de un 83% (20) de su población en R1 sin cambios, así como un 12,5% (3) que pasó de un R2 a R1, a lo que se le agrega un 4,2% (1) en R2 sin cambios.

En Salto se da un caso especial, casi un 60% (23) de la población permaneció en un R3 sin cambios, seguido de un 30,8% (12) que permaneció en un R1 sin cambios. Se realizaron un total de 21 visitas domiciliarias, siendo el servicio que realizó un mayor número de las mismas. Del total de visitas, más de la mitad fueron realizadas a usuarias en R3. Con respecto a las consultas de enfermería, se realizaron un total de 339, equivalente a 8,5 consultas por usuaria. Se realizó un total de 345 coordinaciones, de las cuales la gran mayoría fueron interdisciplinarias. En lo que tiene que ver con las actividades educativas se realizó más de 1 por usuaria. En este servicio se da un caso similar al de La Cruz, en el cual hay un número importante de la población que permaneció en R3 sin cambios.

Para toda la población en programa podemos generalizar:

El número total de visitas correspondió a 71, de las cuales la gran mayoría son de recaptación y seguimiento, muy pocas son de captación. Las visitas a usuarias en R3 son más del 50% (41).

En cuanto a las coordinaciones observamos el escaso número en general (558) de las mismas, especialmente cuando se trata de otros programas.

Es interesante identificar qué es lo que entiende el estudiante por coordinación y si identifica el trabajo con internos de otros programas como coordinaciones.

Con respecto a las actividades educativas, en su mayoría se realizaron en forma incidental, siendo La Cruz y Saint Bois los servicios con mayor cantidad. En términos generales podemos observar que se llevaron a cabo

escasas actividades educativas grupales (58), siendo La Cruz el servicio que concentra una mayor cantidad (41).

De los temas tratados en las actividades se destaca un gran número de actividades referente a "salud sexual"(17), seguido por un pequeño número de actividades sobre "embarazo y lactancia"(11).

En lo que refiere a las inmunizaciones, vemos que de un total de 215 usuarias, un 97% presentaban inmunizaciones vigentes y un 3% no vigente.

En lo que tiene que ver a la distribución de la población según semanas de gestación a la captación vemos que la gran mayoría de las usuarias fueron captadas en el segundo trimestre de embarazo (120). Por otro lado destacamos como positivo el bajo número (32) de usuarias captadas en el tercer trimestre de embarazo.

Según la distribución de número de controles en el embarazo el mayor porcentaje de usuarias presentaron de 3 a 6 controles, correspondiente a un 40% (56) de las embarazadas, seguido por un 32% (45) que presentó de 6 a 9 controles y un 20% (28) con más de 9 controles. Es significativo el hecho de que ninguna usuaria no se haya controlado el embarazo.

En cuanto a la distribución de este indicador por servicio cabe destacar Rivera, donde existe un alto número de embarazadas con más de 9 controles y también de 6 a 9 controles, llegando a la suma de 30 usuarias de un total de 51.

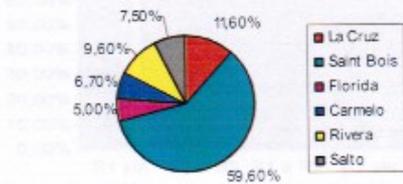
Referido a la distribución de la población según el tiempo de gestación al nacimiento, encontramos como es deseable que un 77% (54) de los nacimientos fueron a término, seguido de un 13% (9) pretérmino y un 10% (7) posttérmino. En lo que tiene que ver a la distribución por servicio, señalamos que del total de nacimientos pretérmino Rivera presenta un 55% (5) de los mismos.

Respecto a la distribución de población según primer control puerperal, casi un 45% (27) de las usuarias se controlaron entre 6 a 10 días y un 30% (18) luego de los 15 días.

TABLAS Y GRÁFICAS

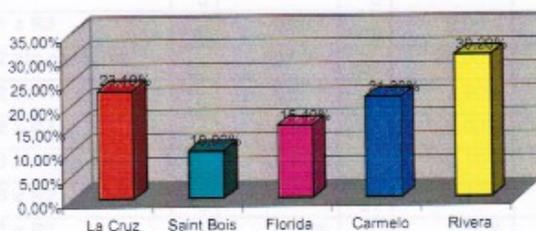
Distribución de servicios en niveles de tiempo

Distribución de la población por servicio



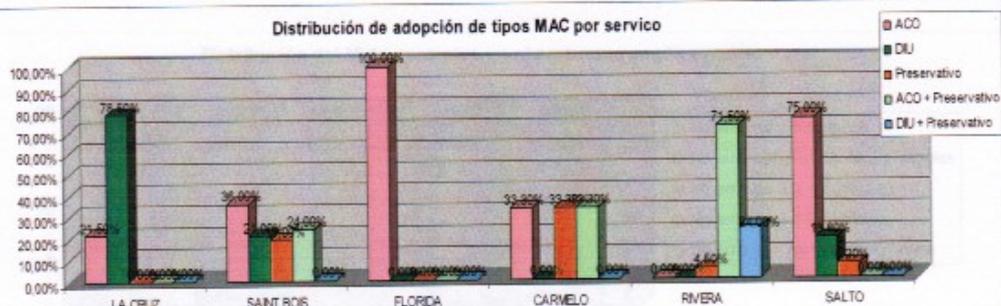
	FA	FR%
La Cruz	62	11,60%
Saint Bois	318	59,60%
Florida	26	5,00%
Carmelo	36	6,70%
Rivera	51	9,60%
Salto	40	7,50%
	533	100,00%

Distribución del total de embarazadas por servicio



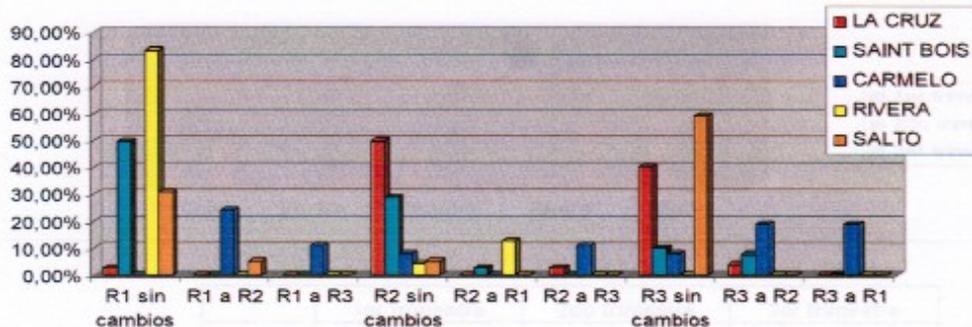
% de embarazadas por servicio	FA	FR%
La Cruz	39	23,10%
Saint Bois	17	10,00%
Florida	26	15,40%
Carmelo	36	21,30%
Rivera	51	30,20%
	169	100,00%

Distribución de adopción de tipos MAC por servicio



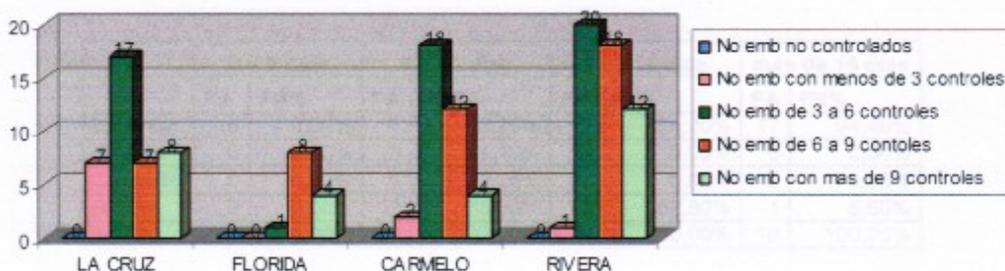
	LA CRUZ		SAINT BOIS		FLORIDA		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
ACO	8	21,50%	123	36,00%	3	100,00%	6	33,30%	0	0,00%	12	75,00%
DIU	29	78,50%	71	21,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	18,80%
Preservativo	0	0,00%	66	19,00%	0	0,00%	6	33,30%	1	4,50%	1	6,20%
ACO + Preservativo	0	0,00%	82	24,00%	0	0,00%	6	33,30%	15	71,50%	0	0,00%
DIU + Preservativo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	24,00%	0	0,00%
TOTAL	37	100,00%	342	100,00%	3	100,00%	18	100,00%	21	100,00%	16	100,00%

Distribución de servicios según clasificación por cambios en niveles de riesgo

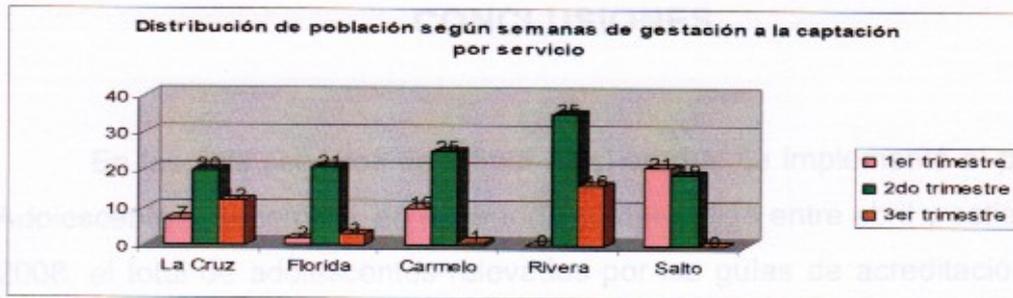


	LA CRUZ		SAINT BOIS		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
R1 sin cambios	2	2,80%	172	49,50%	0	0,00%	20	83,30%	12	30,80%
R1 a R2	0	0,00%	0	0,00%	9	24,00%	0	0,00%	2	5,10%
R1 a R3	0	0,00%	0	0,00%	4	10,90%	0	0,00%	s/d	s/d
R2 sin cambios	36	50,00%	101	29,00%	3	8,10%	1	4,20%	2	5,10%
R2 a R1	0	0,00%	10	2,90%	0	0,00%	3	12,50%	s/d	s/d
R2 a R3	2	2,80%	0	0,00%	4	10,90%	0	0,00%	s/d	s/d
R3 sin cambios	29	40,30%	35	10,10%	3	8,10%	0	0,00%	23	59,00%
R3 a R2	3	4,10%	27	7,70%	7	19,00%	0	0,00%	s/d	s/d
R3 a R1	0	0,00%	3	0,80%	7	19,00%	0	0,00%	s/d	s/d
TOTAL	72	100,00%	348	100,00%	37	100,00%	24	100,00%	39	100,00%

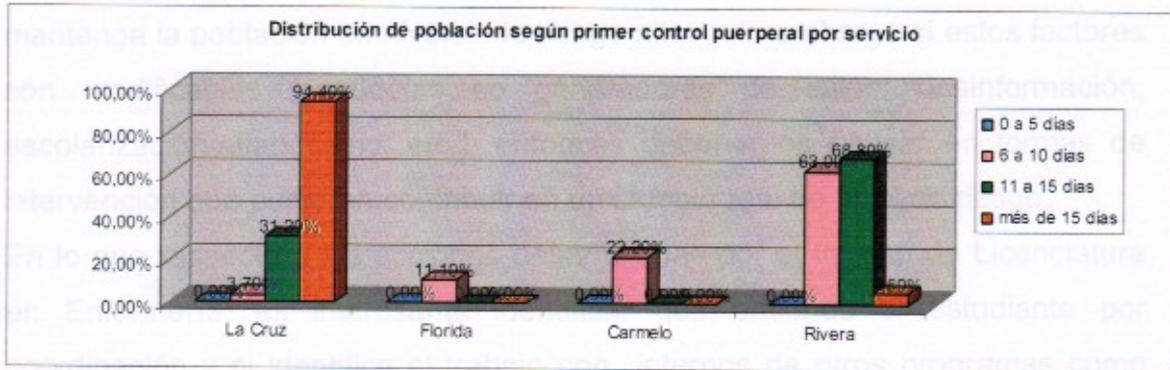
Distribución del N° de controles en el embarazo según servicio



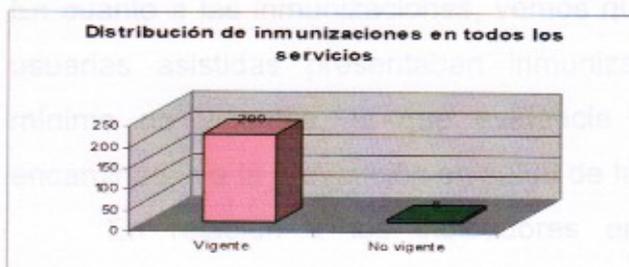
	LA CRUZ		FLORIDA		CARMELO		RIVERA	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
No emb no controlados	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
No emb con menos de 3 controles	7	17,90%	0	0,00%	2	5,60%	1	2,00%
No emb de 3 a 6 controles	17	43,60%	1	7,70%	18	50%	20	39,20%
No emb de 6 a 9 controles	7	17,90%	8	61,50%	12	33,30%	18	35,30%
No emb con mas de 9 controles	8	20,60%	4	30,80%	4	11,10%	12	23,50%
TOTAL	39	100,00%	13	100,00%	36	100,00%	51	100,00%



	1er trimestre		2do trimestre		3er trimestre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	7	17,50%	20	16,70%	12	37,50%
Florida	2	5,00%	21	17,50%	3	9,40%
Carmelo	10	25,00%	25	20,80%	1	3,10%
Rivera	0	0,00%	35	29,20%	16	50,00%
Salto	21	52,50%	19	15,80%	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%	120	100,00%	32	100,00%



	0 a 5 días		6 a 10 días		11 a 15 días		más de 15 días	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	0	0,00%	1	3,70%	5	31,20%	17	94,40%
Florida	0	0,00%	3	11,10%	0	0,00%	0	0,00%
Carmelo	0	0,00%	6	22,20%	0	0,00%	0	0,00%
Rivera	0	0,00%	17	63,00%	11	68,80%	1	5,60%
TOTAL	0	0,00%	27	100,00%	16	100,00%	18	100,00%



Inmunizaciones		
	FA	FR%
Vigente	209	97,20%
No vigente	6	2,80%
Total	215	100,00%

CONCLUSIONES

En los seis servicios de primer nivel en que se implementó el programa Adolescente – Setiembre, en el período comprendido entre abril y setiembre de 2008, el total de adolescentes relevados por las guías de acreditación de 1er nivel de atención del programa Internado fue de 533. De los cuales aproximadamente tres cuartas partes correspondió a los servicios de Montevideo, y la gran mayoría a usuarias de sexo femenino.

En referencia al impacto evidenciado por el cambio en los niveles de riesgo: llegamos a la conclusión de que si la causa del mayor nivel de riesgo corresponde a factores que no son modificables entonces, es probable que se mantenga la población en niveles de riesgo altos, sin embargo si estos factores son modificables (conductas no generadoras de salud, desinformación, escolarización-alfabetismo, etc.), entonces deberíamos pensar en formas de intervención que pudieran contribuir en un cambio real de nivel de riesgo.

En lo que respecta a las acciones desarrolladas por el Interno de Licenciatura en Enfermería, es interesante identificar que entiende el estudiante por coordinación y si identifica el trabajo con internos de otros programas como coordinaciones.

Rivera es el servicio en donde el interno logra un mejor alcance de los objetivos del programa en relación a la atención en salud de la adolescente y el control de embarazo, registrándose un número adecuado de los mismos en la mayoría de las usuarias.

En cuanto a las inmunizaciones, vemos que prácticamente en su totalidad las usuarias asistidas presentaban inmunizaciones vigentes y un porcentaje mínimo no vigentes, lo que evidencia el alcance de las intervenciones encaminadas a la prevención en salud de la población adolescente.

En relación a los indicadores empleados por los Internos de la Licenciatura en Enfermería, destacamos algunos de ellos, por ejemplo el número de controles en el embarazo, donde el 100% de las embarazadas se controlan su embarazo, lo que refleja los resultados de las intervenciones realizadas sobre el proceso salud enfermedad de estas usuarias. Existe un alto

número de usuarias que se realizaron más de 4 controles. Creemos importante destacar que un escaso número de usuarias, presentó menos de 3 controles. Debido a la importancia de captar a las embarazadas adolescentes precozmente, con el fin de prevenir, y actuar en forma oportuna, así como de brindar apoyo y contención a estas usuarias, elegimos el indicador: tiempo de gestación a la captación. Los datos revelan que más del 80% de las usuarias fueron captadas entre el primer y segundo trimestre. Esto demuestra las acciones de los Internos dirigidas a la población objetivo, con el fin de captar las usuarias en el momento apropiado e incidir favorablemente en el su proceso salud enfermedad.

El control puerperal, es una instancia donde no solo se realiza el control ginecológico de la madre y del estado de salud de su hijo, sino también es el momento de continuar brindándole herramientas (información y servicios de anticoncepción) a la usuaria y su pareja (si la tiene) contribuyendo a fomentar su autocuidado, de esta manera prevenir el siguiente embarazo, fortalecer el vínculo con el bebé y acercarlos al equipo de salud.

En los resultados obtenidos se observa que casi la mitad de las adolescentes concurre a su primer control puerperal entre los 6 y 10 días postparto, y un número importante lo hizo entre los 11 y 15 días. Esto muestra una intervención oportuna dirigida a alcanzar los objetivos del programa.

Un 80% de la población correspondió a adolescentes que adquirieron algún método anticonceptivo. Dentro de estos el más aceptado fue los ACO. El número de los adolescentes que adoptó el preservativo fue escaso, esto plantea un tema a desarrollar, por ejemplo, cuál es el conocimiento que poseen los adolescentes sobre las prácticas del uso del preservativo, acceso al mismo y mitos, así como también el rol que tiene la influencia de las preferencias del equipo de salud.

Esto muestra que existe un 20% del total de adolescentes (96) que no está cubierto con MAC, siendo importante definir las causas de ello para realizar una intervención adecuada, cumpliendo de esta manera con los objetivos del programa.

Concluimos que el impacto generado por la asistencia del Interno de la Licenciatura en Enfermería incide favorablemente en el proceso Salud –

Enfermedad de los/las adolescentes asistidos. Así como también constituye un importante aporte a los servicios, siendo un recurso humano con formación profesional, capacitado para trabajar en un equipo multidisciplinario; sin olvidar lo que esta enriquecedora experiencia aporta al interno para su futura inserción laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Botta, Mirta
Tesis, monografías e informes
Ed. Biblos, Buenos Aires, 2002
- Cuesta Gómez, A – Moreno Ruiz, J. A. – Gutierrez Martí, R
La Calidad de la Asistencia Hospitalaria
Ed. Doyma, S.A., España, 1986
- de Canales, F. – Pineda, E. – de Alvarado, E
Metodología de la investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud
Ed Limusa México, 1988
- Prof. Lic. Esp. Pilar González Ortuya
Programación Participativa en Salud Comunitaria
Facultad de Enfermería – Comisión Sectorial de Educación Permanente
2005
- Paganini, José María.
Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria
OPS, Washington, 1993
- Ramos Calero, Enrique
Enfermería Comunitaria, Métodos y Técnicas
Ed. DAE S.L., Madrid, España, Primera edición Octubre, 2000
- Revista Uruguaya de Enfermería
Artículo: Atención integral de la embarazada adolescente
Octubre 1993, Año 5, Nº 1

- Sabino, Carlos
Cómo Hacer una Tesis
Ed. Panapo, Venezuela, 1986

- Salvadores Fuentes, P – Sánchez Lozano, F. – Jiménez Fernández, R
Manual de Administración de los Servicios de Enfermería
Ed. Ariel, Barcelona, 2002

- Profesora Lic. Graciela Umpierrez
Facultad de Enfermería – Cátedra de Enfermería Comunitaria
Adolescencia.

- Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra de
Administración
Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial
Dourteau Ediciones, Montevideo, Setiembre 2006

- Vuori, H. V.
El Control de Calidad de los Servicios Sanitarios
Ed. Masson, Barcelona, 1988

Material en soporte electrónico

- www.unicef.org
- Portal de juventud para America Latina y el Caribe. Material revisado en Agosto 2009. Se accede en URL: [http:// www.jovenesfac.org](http://www.jovenesfac.org)

AGRADECIMIENTOS

- A la Profesora Lic. Valeria Quintero, por su paciencia y dedicación para con nosotras. Así como por sus valiosos aportes metodológicos.
- A nuestras familias que nos han apoyado desde el comienzo de nuestra carrera, y nos han impulsado a llegar a nuestra meta.
- A la Sra. Gabriela González de INFAMILIA, ASSE, por su desinteresada colaboración aportando importante material sobre Programa Setiembre.

ANEXOS

ANEXO I

MARCO REFERENCIAL

MARCO REFERENCIAL

ANTECEDENTES

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de la consulta de diversas *bases electrónicas*: Liliacs, Medline, Cochrane, Cielo, Fundación Index.

Para la misma se utilizó el idioma Español, siendo este de dominio de ambas integrantes del grupo.

Los términos mesh utilizados fueron: satisfacción, calidad asistencial de enfermería, evaluación asistencial, impacto asistencial de enfermería, impacto en primer nivel, calidad de atención.

De la búsqueda realizada on line, se destaca el trabajo "Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones"¹, el mismo plantea que la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es una metodología integral propuesta por la OMS para determinar el impacto sobre la salud de los proyectos, propuestas de políticas y estrategias que originalmente no traten específicamente de la salud, pero que tengan un efecto en la misma.

Las intervenciones con un impacto real en la salud de las poblaciones deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de Salud Pública decididas a nivel político, por lo que los responsables de poner en marcha esas medidas deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. Para poder realizar Evaluación de Impacto en Salud, es necesario facilitar la integración entre los datos existentes para realizar el diagnóstico inicial y poder investigar a posteriori los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. De esta manera será posible monitorizar los efectos sobre la salud que tengan las acciones identificadas en la Evaluación de Impacto en Salud, maximizando sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos adversos.

Este trabajo concluye que llevar a cabo el análisis final a través de la Evaluación en Impacto en Salud, aumenta la probabilidad de que las

¹

intervenciones propuestas en la política, programa o proyecto evaluado alcancen los resultados en salud para lo que inicialmente fueron diseñadas, y que todo el proceso está lo suficientemente estudiado como para poder obtener información de las acciones que mejores resultados arrojan, y poder reproducirlas en situaciones futuras.

Otro trabajo encontrado como resultado de la búsqueda on line, es "¿Cuál es la productividad de enfermería?"², como conclusión del mismo se destaca que la productividad se relaciona y se centra en la eficiencia, la eficacia y la efectividad, aspectos que se vinculan con los productos o intervenciones que realiza enfermería, los cuales es necesario conocer y dar a conocer exactamente así como establecer sus logros. De igual manera se aprecia la relación de la productividad en enfermería con los conceptos de calidad, ambiente laboral y costos, y que las principales características comunes que relacionan, determinan, afectan o definen la productividad en enfermería son condiciones laborales, condiciones personales y factores externos. Cabe destacar, además, que la productividad en enfermería se expresa no solamente cuando se tiene como resultado un producto material o tangible; se manifiesta también con productos o intervenciones dirigidas al cuidado en el caso profesional, que, aunque son intangibles, generan un resultado y por consiguiente requieren la inversión de recursos materiales y talento humano para poder ser ejecutadas.

PROGRAMA INTERNADO

Contextualizamos el área de estudio del impacto de las intervenciones de enfermería en el marco del Programa Internado. Se denomina **Internado** al período curricular de ejercicio pre profesional cuya duración será de un semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante acceder al título de Licenciado en Enfermería. Está pensado como un módulo integrador de los contenidos teórico prácticos, en un ejercicio profesional Institucional, donde el colectivo de Enfermería aporta su experiencia en el cuidado y el Interno aporta

su experiencia metodológica, para el aumento de la calidad en la prestación de servicios, previo a su salida laboral.

Este Programa tiene como propósitos proporcionar experiencias clínicas que permitan complementar los conocimientos, habilidades y destrezas del Interno para su futuro desempeño profesional. Promoviendo la participación del Interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria, en el área tanto pública como privada. Incentivando al Interno el sentido de responsabilidad humana y social en el ámbito profesional, al desarrollar las actividades de atención integral a usuarios sanos y enfermos, familia y comunidad. Otro propósito importante es el de participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería en los servicios de salud.

Es importante el desarrollo de las acciones de salud en equipos multiprofesionales y de enfermería, estimulando el desarrollo científico-tecnológico de sus integrantes, con una participación en programas de educación a trabajadores y estudiantes de enfermería, así como en programas dirigidos al usuario y su familia.

Las áreas clínicas corresponderán a Instituciones Hospitalarias desarrollándose en unidades de organización simple, con una población definida. En el primer nivel de atención, el Internado, podrá desarrollarse en Centros de Salud, policlínicas zonales, en Montevideo y/o interior del país. Dentro de las Instituciones Hospitalarias, insertos en la consulta externa, en un programa o subprograma. Así mismo se podrá desarrollar el Internado en áreas de cuidados Intensivos o de alta especialización que serán en carácter de excepcionalidad y bajo estricta supervisión de enfermería profesional del área asistencial.

El programa internado tiene evaluaciones muy favorables desde el punto de vista académico, pero sobre todo desde el punto de vista del aumento de la calidad de prestación de servicios de enfermería a la población destinataria.

Se define **Interno** al estudiante de Facultad de Enfermería que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del primero, segundo y tercer ciclo, estando en condiciones de cursar el cuarto ciclo, correspondiente al Internado.

El interno debe aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acordes al programa.

Llevará a cabo un proyecto de Trabajo dirigido a la reorganización estandarizada de la asistencia de la población bajo su responsabilidad, en concordancia con los recursos materiales disponibles y el equipo de enfermería destinado a la unidad. Asumirá el rol codirigente del equipo de enfermería, bajo las normativas Institucionales establecidas, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo familiar, así como la integración del personal de la unidad. Realizará asistencia personalizada, aplicando el **plan de atención**, de acuerdo a los recursos disponibles, en el marco de los **Programas definidos** y actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorial. Deberá conocer y aplicar la normativa Institucional, dentro del área de su responsabilidad. Desde su rol profesional buscará mecanismos de comunicación para favorecer el trabajo interdisciplinario. Es quien **representa el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.** Participará en el abordaje de situaciones de carácter jurídico legal, conjuntamente con la Licenciada del servicio, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería.

IMPACTO

Según lo establece la Prof. Mg. Josefina Verde en el libro "Formados para un Nuevo Modelo, Experiencias de Gestión Asistencial", podemos definir *impacto* como una "situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad"³.

La evaluación del impacto permite sistematizar mediante el registro y el análisis todas las experiencias desarrolladas, así como identificar los actores

³ Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra de Administración
Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial
Dourteau Ediciones, Montevideo, Setiembre 2006

involucrados en el proceso y su peso específico sobre los resultados obtenidos. Así mismo permite difundir la información proveniente de la evaluación favoreciendo su posterior discusión entre todos los responsables de la gestión.

En el caso de nuestra investigación, medir el impacto que tiene la asistencia de los internos en los diferentes programas en los que se insertan, es una medida directa del Programa Internado.

El impacto de un programa lo podemos medir a través del *proceso*, es decir a través de la *productividad* expresada como la relación entre la cantidad de bienes y servicios por cantidad de recursos usados. También proceso hace referencia al número de productos que se obtienen con una cantidad de insumos en un periodo de tiempo

Por otro lado podemos medir el impacto a través del *resultado*, es decir a través de los *logros* de los objetivos planteados y la *satisfacción*

CALIDAD

No es posible incursionar en el estudio del impacto de las prestaciones de salud sin considerar la filosofía que lo define; en nuestro caso la filosofía de la calidad es la que se pretende alcanzar mediante las prácticas de cuidado. En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín *qualitis* que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones.

Podemos decir que la calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc.

Debido a la gran evolución que ha tenido este concepto a lo largo de estos años, son múltiples las acepciones que podemos encontrar del término.

Entre otras destacamos:

- *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*: "La calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Grado de

aproximación de un producto o servicio a cada una de las características que se hayan señalado como idóneas en un prototipo.”

- *Norma ISO 9000*: “La Calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”

- *Edwards Deming*: “La Calidad se logra cuando se conoce que dejamos satisfecho al cliente y se consigue un producto que reúne los requisitos esperados. La calidad es sobrepasar las expectativas y necesidades del cliente a lo largo de la vida del producto”

- *Juran*: “Calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso. Está determinada por aquellas características reconocidas por el consumidor como beneficiosas para él, se juzga según se percibe no según la ve el proveedor.”

- *Isikawa*: “Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.”

- *A. Cuesta Gómez*: “Se dice que la atención hospitalaria tiene mayor o menor grado de calidad en la medida que sus atributos se aproximan a los del prototipo”. Esto supone que se puede tener en grados variables, por lo que podemos decir que no es algo que se tiene o no se tiene.

- *Avedis Donabedian*: “Calidad de la atención sanitaria es aquella que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas partes”

Calidad individualizada es aquella cuyo prototipo se compone de una serie de atributos, entre los cuales los correspondientes a las expectativas y valoraciones del paciente, sobre beneficios y riesgos que comporta la asistencia, son de importancia relevante. Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar del paciente.

Donabedian define la *calidad absoluta* como aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente hospitalario, teniendo en cuenta solamente lo que la ciencia y la tecnología médica puede lograr. Viene condicionada por la naturaleza del problema de salud que debe afrontarse, por los avances científicos y tecnológicos que condicionan el proceso de atención y por el “arte” de la medicina y profesiones afines. Es decir, que este concepto de

calidad de la asistencia se basa exclusivamente en el concepto de salud y enfermedad y el estado de la ciencia y la tecnología médicas.

Podemos decir que la calidad puede definirse desde el punto de vista del cliente interno, desde el punto de vista de los gestores, o desde el punto de vista del usuario. Es así que en ocasiones se ofrecen servicios que son perfectos técnicamente hablando, pero que no satisfacen las expectativas de los usuarios.

Por lo tanto la calidad estaría determinada por lo que se conoce como "*regla de las 5 M*":

MEN (los individuos)

MATERIALS (los materiales)

METHODS (los métodos de trabajo, protocolos y procedimientos)

MACHINES (máquinas, tecnología)

MANAGEMENT (la organización y la gestión)

Podemos decir que de las 5 M algunas las evaluamos indirectamente a través del impacto, como por ejemplo los métodos de trabajo, protocolos y procedimientos

Existen diferentes dimensiones de la calidad, ellas son:

- *Calidad técnica o calidad diseñada*, se refiere a las características técnicas medidas de un producto o servicio.
- *Calidad percibida*, valoración que hace el paciente o su familia de la atención y sus circunstancias. Según Donabedian, en la percepción del usuario intervienen tres elementos fundamentales: trabajo técnico, relación interpersonal y confort.
- *Calidad demostrada*, es la medición objetiva de una serie de parámetros en el producto elaborado o en el servicio prestado y comparación posterior con estándares.

Este es uno de nuestros propósitos a construir a través de los resultados encontrados, mediante el análisis de las guías.

Avedis Donabedian estableció tres componentes de la calidad, el *nivel científico-técnico*, el *componente interpersonal o social* y *aspectos del confort*, o como lo llama Cuesta Gómez el componente correspondiente al *entorno*.

- *Nivel científico-técnico*: es el grado de aplicación de la ciencia y la tecnología más actual de la medicina en el manejo de un problema de manera que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello los riesgos. La relación entre lo que podría ofrecerse al paciente desde el punto de vista científico y técnico y lo que realmente se le ha ofrecido determinará el grado de calidad logrado
- *El componente interpersonal o social*: está basado en la relación entre personas, condicionado por la relación interpersonal entre el médico y los profesionales que prestan la asistencia y el paciente. Debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general.
- *Aspectos de confort o componente correspondiente al entorno*: se refiere al entorno del paciente que le proporciona una atención confortable. Tiene que ver con el grado de confort logrado, en relación con el que se podría alcanzar.

Creemos importante diferenciar lo que es *gestión de la calidad* de *control de calidad*, donde la gestión de calidad es aquel elemento de la función directiva que planifica y organiza la política de calidad. Se desarrolla en tres fases según Jurán: planificación, control y mejora de la calidad, donde la planificación llevaría asociadas a su vez: identificación de los usuarios, descubrimiento de sus necesidades, traducción a un lenguaje científico, conceptualización del producto-servicio y el desarrollo del proceso para llevarlo a cabo, por último; implantación de la metodología en los equipos de trabajo. Mientras que Control de calidad es el proceso por el cual se puede medir la calidad real, compararla con un prototipo y actuar sobre la diferencia.

En cuanto a la evaluación de la calidad, la misma debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa "calidad de la atención médica". En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Hay algunos que consideran que la calidad del cuidado de la salud es una propiedad tan compleja y misteriosa, tan variable de significado entre una y otra situación, que no es asignable a una especificación previa.

El modelo propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados.

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la *estructura* se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa. Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no se puede deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención.

Con respecto a la evaluación de la calidad a nivel del *Proceso* se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio.

Al evaluar la calidad de los *Resultados*, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. Las ventajas de esta evaluación son la efectividad del cuidado en salud, que los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación más exacta, y los estudios pueden ser más universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados. Sin embargo, como desventajas se tiene que los resultados dependen más de la capacidad técnico-científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación.

Todos los autores coinciden en que al definir la calidad de la asistencia sanitaria, es preciso considerar los costos que genera y el beneficio que se espera.

Deming estableció que la mejora de la calidad conduce a una disminución de los costos en el proceso y la optimización de los recursos, pero la percepción es que para conseguir alcanzar estándares excelentes de calidad en la práctica, se hace necesario elevar los costos en el proceso.

La norma ISO 8402 define el costo de la calidad como: "los costos ocasionados para asegurar y garantizar una calidad satisfactoria y dar la confianza correspondiente, así como las pérdidas en que se incurre cuando no se obtiene calidad satisfactoria".

Se define **indicador** como una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de actividades de la asistencia al paciente y de servicios de apoyo, que se expresa en forma de porcentaje.

Indicador de resultado: mide lo que ha ocurrido o debería después de un proceso

Indicador de proceso: miden, evalúan, monitorizan algún paso concreto dentro de un proceso

Indicador de suceso centinela: mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable de la asistencia

Indicador basado en índice: mide un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración

PROGRAMA SETIEMBRE

Antecedentes

El Programa Aduana funciona desde hace unos 30 años dentro del SSAE – MSP. En el año 1971 a instancias del Prof. Dr. Ramón Guerra se creó dentro del área materno infantil, un subprograma denominado "Programa Aduana", cuyo objetivo fue asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria (en Montevideo). El Programa comenzó a funcionar en el año 1974. Se trataba de un sistema de referencia de recién nacidos y lactantes internados, que al alta eran derivados desde los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell, a cuatro centros periféricos del MSP y a diez servicios del Consejo del Niño llamados "Gotas de Leche". Podemos identificar varias etapas en la evolución de este proceso de referencia. En 1974 se inició la captación de recién nacidos y lactantes internados por personal de enfermería, mediante el registro de datos de identificación, y referencia al efector del primer nivel de atención más cercano al domicilio. En el año 1976 se capacitó personal para esta tarea específica y se le asignó tiempo completo. En 1983 con el cierre del Hospital Pedro Visca se concentraron las actividades en el Hospital Pereira Rossell, realizándose la incorporación del Hospital de Clínicas a esta coordinación. En el 2002 a través de la implementación del denominado "Programa Setiembre", se incluyó la referencia a las puérperas adolescentes.

Generalidades

El Programa Setiembre comenzó a ser concebido a mediados del año 2001, cuando a través del Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM) comenzaban a instalarse en los Centros de Salud de SSAE, los servicios gratuitos de anticoncepción.

Empezaban a darse las condiciones para responder a un problema identificado por los profesionales del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) que observaron con preocupación que muchas adolescentes, luego de su parto, no volvían al CHPR para iniciar un plan de anticoncepción, a efectos de evitar un segundo embarazo adolescente. A pesar de mostrar interés en ello. Entre otros motivos, esto se debía a la existencia de barreras de accesibilidad como las

dificultades para trasladarse desde barrios lejanos al hospital, dificultades económicas, priorización de otros asuntos vinculados a la maternidad, etc., que determinarían que estas adolescentes no iniciaran un plan de anticoncepción. En el 25% de los casos se repetía la experiencia del embarazo en ese período de su vida, en muchas ocasiones sin que fuera planificado ni deseado.

A mediados del año 2002 los Centros de Salud estaban en condiciones de asegurarle a las adolescentes que allí concurrían, una buena receptividad y una oferta amplia de métodos anticonceptivos.

Se consideró oportuno utilizar el puente de referencia y contrarreferencia consolidado por el Programa Aduana entre las maternidades y los efectores del Primer Nivel, para derivar hacia los Centros de Salud y las Policlínicas Municipales a las adolescentes puérperas para que se integraran a un plan de seguimiento con los equipos de salud reproductiva. Así se inició en el noveno mes del 2002, la experiencia del Programa Setiembre

Propósitos:

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de las madres adolescentes del subsector público de Montevideo a partir de la captación desde el puerperio, brindando información y servicios de anticoncepción a la adolescente y su pareja para prevenir el siguiente embarazo, fortalecer el vínculo con el bebé y acercarlos al equipo de salud promoviendo su posible proyecto de vida.

Objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de las adolescentes madres, promoviendo el autocuidado y facilitando el vínculo con los equipos de salud.
- Prevenir la reiteración del embarazo en las adolescentes madres que egresan de las maternidades del CHPR (MSP) y el Hospital de Clínicas (UDELAR).

Estrategias y actividades

La estrategia se desarrolla bajo los principios de coordinación intrainstitucional e interinstitucional entre diversos efectores del sub-sector público.

Articula los servicios hospitalarios del CHPR, del Hospital de Clínicas con el nivel central de SSAE, y los efectores del Primer Nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de Salud de SSAE, Policlínicas municipales (IMM) y médicos de familia (UNAMEFA-MSP).

Su desarrollo implica múltiples actividades que se ejecutan en los diferentes componentes del programa.

Las actividades y tareas a realizarse desde el CHPR y desde el Hospital de Clínicas es la referencia de las adolescentes puérperas y apoyo educativo inicial, entre otras actividades se le entrega a cada adolescente un Carné de la Mujer con un sello identificatorio del Programa Setiembre, su finalidad principal es que al ser presentado por la adolescente en la admisión del centro de salud o policlínica a la que es referida, le facilite su acceso inmediato a la consulta de ginecología para su control puerperal y control o asesoramiento en anticoncepción.

Las actividades y tareas en Central de SSAE son: 1) enlace informativo de referencia entre servicios de Tercer Nivel y equipos de Atención del Primer Nivel. 2) recolección de la información desde cada Centro de Salud 3) análisis de la información y elaboración de informe periódico de resultados.

Actividades y tareas realizadas en Servicios del Primer Nivel, Centros de Salud del SSAE, policlínicas de IMM: 1) los Centros de Salud del SSAE realizan el enlace focal de la información hacia las Policlínicas de IMM y médicos de familia, y devolución de contrarreferencia hacia Central de SSAE. 2) En Centros de Salud y Policlínicas municipales se realiza operativa interna de captación de puérperas adolescentes para control puerperal, asesoramiento anticonceptivo, ingreso en el plan de anticonceptivos, seguimiento y apoyo.

PROGRAMA NACIONAL DEL ADOLESCENTE

El Programa Nacional de Adolescencia plantea en sus acciones un enfoque universal, dirigido a toda la población adolescente, que contemple: comunicación, educación para la salud y participación de la población adolescente en temas tales como: ciudadanía, habilidades para la vida, hábitos saludables en nutrición, sexualidad, accidentes y otros. Así como atención de la salud con control semestral o anual y detección precoz de patologías y riesgos.

Por otro lado, propone un enfoque de equidad entendido como el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos, con una focalización dirigida a grupos que presentan situaciones de vida particulares que conllevan menores oportunidades de tener un desarrollo sano.

El propósito del Programa Nacional del Adolescente es "mejorar la calidad de vida de la población adolescente del Uruguay, promoviendo su crecimiento y desarrollo integral, desde un enfoque de derechos y de género, para incidir en el presente y futuro tanto de la población adolescente como en la de todo el país"⁴.

Los objetivos generales que se plantea este programa son:

- Definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con un enfoque de derechos y de género.
- Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, que deberán instrumentar estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y respetando las diversas realidades locales.

⁴ Programa Nacional de Salud Adolescente. MSP.

- Promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena.
- Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.

Los objetivos específicos son:

- Formular lineamientos que contribuyan a la organización sanitaria de la atención integral para adolescentes a nivel nacional en el marco del Sistema Integrado de Salud y de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Difundir el Programa Nacional de Adolescencia para la implementación en todos los niveles de atención, a nivel público y privado y en la comunidad y propender a la adaptación del mismo a la realidad local.
- Implementar la creación de un Observatorio Nacional de Adolescencia.
- Elaborar y difundir estrategias, guías y protocolos de atención integral y tratamiento.
- Promover y verificar la formación de recursos humanos adecuados para la atención integral de la población adolescente.
- Implementar acciones para el logro de un crecimiento y desarrollo saludable de las y los adolescentes, fortaleciendo los factores de protección y resilientes.
- Generar espacios interdisciplinarios, específicos y diferenciados, capaces de brindar atención integral a la salud y tendientes a lograr la continuidad de la rehabilitación.
- Priorizar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación según las necesidades específicas y demandas de las y los adolescentes.
- Crear y/o utilizar espacios ya existentes de integración y participación de adolescentes, logrando identificar por sus cualidades y aptitudes

personales jóvenes que deseen formarse como promotores juveniles de salud.

- Fortalecer la red de adolescentes y la de adultos referentes en la elaboración de propuestas destinadas a este grupo etario.
- Lograr la coordinación y transversalización de este Programa con los otros programas de la DIGESA.
- Implementar coordinaciones intersectoriales con los sectores involucrados en el desarrollo de adolescentes como Ministerio de Desarrollo Social (INJU, INAU, INFAMILIA) Ministerio de Educación y Cultura, CODICEN, Ministerio del Interior, Ministerio de Turismo y Deportes, Universidad de la República, Intendencias, y organizaciones no gubernamentales.

SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA.

Este grupo etario suele considerárselo como el más sano de la sociedad, lo que responde a que la morbilidad y mortalidad de este período de vida son más bajas en comparación con otras edades.

La OMS propone que requieren una atención prioritaria en materia de salud, por diferentes factores, como ser la magnitud del grupo en términos cuantitativos y el hecho de ser un grupo sano y potencialmente productivo. Otro factor es la mortalidad en la adolescencia que se debe a causas potencialmente evitables, además los problemas de salud son principalmente consecuencias del estilo de vida que aumentan los riesgos para la salud. Así mismo en esta etapa se determina los valores, lo que determina un momento clave para intervenir promoviendo estilos de vida saludable en el presente que se mantendrán en el futuro.

En este periodo de la vida las causas principales de mortalidad se deben principalmente a accidentes de tránsito, no sólo por su mortalidad sino por las

importantes secuelas para los usuarios así como costos para el sistema de salud.

En segundo lugar se encuentran homicidio y suicidio, seguidos de tumores malignos y enfermedades malignas.

Los principales problemas de salud de los adolescentes se pueden clasificar en tres grupos: los relacionados con el estilo de vida, los problemas prevalentes que demandan atención sanitaria y enfermedades nutricionales.

En cuanto a los relacionados con el estilo de vida, implican comportamiento de riesgo, por lo que no acuden a los servicios de salud o lo hacen tardíamente:

- *Accidentalidad*, los jóvenes presentan entre 3 y 4 veces más riesgo, favorecidos por uso de vehículos de dos ruedas, inexperiencia en la conducción, ingesta de alcohol, la fatiga, y la circunstancia de tiempo y horario. Entre los accidentes se destacan: los de tránsito, los laborales y las lesiones deportivas.

- *Salud mental*: suicidio, depresión, anorexia nerviosa, ansiedad, violencia, trastornos escolares (Hay un elevado índice de repetición y deserción escolar causado por las condiciones biológicas deficitarias de los educandos incluida la malnutrición y la urgencia de aceptar roles laborales).

- *Área de hábitos no saludables*: tabaco, alcohol, y otras drogas; sedentarismo; malos hábitos alimentarios.

- *Área sexual*: embarazos no deseados, sexualidad insatisfactoria, enfermedades de transmisión sexual. Según datos del CLAPS del año 2003, expresan que la incidencia mayor del HIV ocurre entre 15 y 24 años; en menores de 20 años las consultas corresponden a otras ETS como sífilis, gonorrea, condiloma genital. En cuanto a la prevalencia de embarazos en el sector público es de un 25% y en el sector privado es de un 4.5%

Con respecto a problemas prevalentes que demandan atención sanitaria se encuentran infecciones respiratorias agudas, enfermedades mentales, problemas dermatológicos, enfermedades genito-urinarias, alergias, trastornos del crecimiento y de la maduración sexual y problemas ortopédicos.

Por último, las enfermedades nutricionales tales como desnutrición proteico-calórica, obesidad, anorexia nerviosa, bulimia.

MARCO TEORICO

Creemos importante en este trabajo de investigación, aclarar algunos conceptos, que son fundamentales para sustentar el mismo.

La **Facultad de Enfermería** plantea una visión del **hombre** como un ser holístico con dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales que está en constante interacción con el ambiente recibiendo y aportando influencias al medio. El hombre existe en un marco de cambios en que el nacimiento, crecimiento, desarrollo, maduración y muerte son partes integrantes del proceso de la vida, durante este proceso el hombre tiene fluctuaciones en su nivel de bienestar. Existen momentos en que ese nivel de bienestar está comprometido y necesita de la asistencia de otros. Considera a la familia y comunidad, como núcleos fundamentales de la sociedad, sujeto y objeto de la atención de Enfermería, razón de ser y centro de la profesión de Enfermería.

En el contexto de nuestra investigación es imprescindible definir la etapa del ciclo vital en la que trabajaremos, la **adolescencia**.

Adolescencia, según la definición tomada por la Cátedra de Enfermería comunitaria, de Facultad de Enfermería, es "la etapa del ciclo vital humano entre la niñez y la edad adulta. Su comienzo coincide con la aparición de la pubertad, mientras que el final tiene límites más imprecisos, señalados por la capacidad del individuo para incorporarse a la condición del adulto".⁵

Por su parte la Cátedra de Niño Adolescente plantea la Adolescencia como la transición entre la finalización de la infancia y el comienzo de la adultez, este período varía de un individuo a otro y de una cultura a otra, estando vinculada al momento histórico de una sociedad, comprendiendo el periodo vital entre los 10 y los 19 años.⁶

⁵ Material proporcionado por Cátedra de Enfermería comunitaria, Facultad de Enfermería. 2006

⁶ Material proporcionado por Cátedra de Niño-Adolescente, Facultad de Enfermería. 2009

"La OMS define a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica; así mismo, la OMS fija el inicio y el final de la adolescencia entre los 10 y los 20 años de edad."⁷

Según las definiciones planteadas, de ellas se desprende que la adolescencia comprende aproximadamente 10 años de vida cronológica y durante este período la secuencia de los sucesos marca diferencias notables entre en las etapas de inicio y final, por ello existe el consenso de dividirla en tres etapas:

- 1) Adolescencia inicial de 10 a 12 años
- 2) Adolescencia media de 13 a 14 años
- 3) Adolescencia tardía de 15 a 19 años

Actualmente muchas intervenciones en materia social y de salud se dirigen al grupo de 10 a 24 años debido a la adolescencia prolongada que se vive en las sociedades occidentales, determinada por la prolongación del periodo de estudio y la dificultad de incorporación al mundo laboral.

Cuando hablamos de adolescencia nos referimos a un conjunto de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Éstas se consideran una etapa del ciclo vital con características y significados propios.

El concepto de normalidad varía en relación con el medio socioeconómico, político y cultural, las características que integraría el "síndrome normal de la adolescencia" sería: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosa, desubicación temporal, evolución sexual manifiesta, actitud social reivindicadora, contradicciones sucesivas, una separación progresiva de los padres, constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

"Adolescencia en términos históricos es una noción relativamente reciente. Actualmente debemos concebirla como una categoría evolutiva con derecho

⁷ Dulanto Gutierrez, Enrique. El Adolescente. Capítulo 73 "Atención a la adolescente embarazada". 2000

propio y atravesada por dinamismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un momento de pasaje entre los dos grandes momentos de la infancia y la adultez". "El siglo XXI encuentra entonces a los llamados adolescentes cómodamente instalados allí desde los 8-9 años y hasta prácticamente el final de la década de los 20 años, fenómeno determinado por factores tales como: la revolución científico-tecnológica, la llamada "condición posmoderna", la globalización del mercado y los mass media, la crisis de las funciones protectoras del Estado nación y de sus instituciones y los cambios en la familia y la subjetividad".⁸

En el abordaje de la situación del adolescente dentro de un proceso **salud-enfermedad**, vamos a remitirnos a la primera definición de la OMS, que planteaba que "la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez", la misma es utópica, estática y subjetiva, sin embargo esta definición adquiere gran importancia ya que a partir de ella se entiende la salud en términos afirmativos integrando las áreas mental y social, apuntando a la multidimensionalidad de la salud, y ya no como la ausencia de enfermedad.

La definición de salud-enfermedad que consideramos más completa es la planteada por la Facultad de Enfermería, plan de estudios 93, la que lo define como "un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos."

Desde esta perspectiva, vemos al hombre como algo en proceso de "ser", ya que está en permanente cambio, siendo este el resultado de la interacción armónica y dinámica con su medio y comunidad. En este equilibrio dinámico

⁸ López Gómez A, compiladora. Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Montevideo: UNFPA; 2006. Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP)

encontramos gradientes de salud en la enfermedad y de enfermedad en la salud. En él influyen factores biológicos, sociales y el estilo de vida.

En este proceso salud-enfermedad nos acercamos a un mayor grado de salud cuando tenemos satisfechas las **necesidades humanas fundamentales**, que según Manfred Max Neef son: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Dichas necesidades son pocas, finitas, universales y conforman un sistema, lo cual las hace interdependientes entre sí, es decir la no satisfacción de una de ellas afecta la satisfacción de las demás. Medir el nivel de salud, significa medir como se manifiesta el proceso salud-enfermedad en una población, y esto está condicionado por el nivel y calidad de vida que tenga la misma. El **nivel de vida** tiene que ver con los aspectos materiales de la vida humana, mientras que la **calidad de vida** es la consecuencia de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales y esto es posible por medio de un plan de desarrollo que se refiera a las personas y no a los objetos.⁹

El nivel de vida es un condicionante de los factores de riesgo que estarían determinando la situación de la persona en el proceso salud-enfermedad, entendiendo por **riesgo** la probabilidad de que ocurra un suceso indeseable en un período de tiempo. Podemos decir entonces que los **factores de riesgo** son una característica o condición que se asocia a la probabilidad de aparición de enfermedades. Estos pueden ser de dos tipos: psicosociales y/o biológicos.

Como forma de contrarrestar estos factores de riesgo es que la persona cuenta con **factores de protección**, se denomina así a aquellos recursos personales o sociales destinados a fortalecer y proteger la salud integral y que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo. Pueden presentarse en el individuo, en el ambiente familiar, o en el medio.

Otro concepto importante a destacar es el de la **atención integral a la salud**, la cual supone el desarrollo de acciones de promoción, prevención, protección, recuperación, y rehabilitación dirigidas a las personas y el ambiente, con el objetivo de elevar la calidad de vida, controlar los riesgos y reparar los daños producidos, actuando en todo momento con una orientación

⁹ Material salud individual y colectiva Prof. Ingrid Gabrielzyk

preventiva.”¹⁰ Esta surge como necesidad de crear un modelo de atención a la salud que contemple los principales aspectos de su concepción así como también de su operacionalización. Las características de la atención integral a la salud son: universalidad, continuidad, integralidad, accesibilidad, oportuna, eficacia y eficiencia de los servicios, humanitaria y trabajo interdisciplinario.

Esta propuesta de la integralidad está ligada al ser humano como un todo, globalizado, reconociendo una concepción holística de la salud, donde el crecimiento y la transformación individual y del colectivo se originan en ámbitos diversos y complejos.

Dentro de la atención integral a la salud, la promoción tiene un papel importante, la OMS la entiende como un medio que “pretende capacitar a las personas para incrementar el control sobre su salud y mejorarla”¹¹

Se entiende por promoción “la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de la salud individual y colectiva”.¹²

A diferencia de esto, la **prevención** busca impedir el desarrollo del proceso que va desde la salud a la enfermedad y/o muerte.

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la **Atención Primaria de Salud (APS)** como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”¹³

En lo que es Atención Primaria de Salud, el equipo de salud brindará la asistencia necesaria para promover hábitos saludables así como diagnosticar, tratar y rehabilitar una enfermedad, o derivar si es necesario, sin la necesidad de profesionales especialistas ni tecnología avanzada.

¹⁰ “Atención Integral a la Salud”, Cátedra Enfermería Comunitaria, Prof. Lic. Cecilia Acosta, 2003

¹¹ (OMS, 1986) Como cuidar la salud. Su Educación y Promoción. Capítulo 1 Principios de la educación y promoción de la salud del Rey Cañero, J – Calvo Fernandez, J.R.. Harcourt Brace. Madrid 1998

¹² OPS – OMS Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas

¹³ Zurro, M.; Cano, J.F. – Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.

Esta es desarrollada con fundamentación científica clara y que la población acepta. Esto se refleja en el accionar del Interno de Enfermería, siendo una de las herramientas que utiliza el Proceso de Atención de Enfermería.

Todas las personas tienen derecho a ser asistidos en un servicio de salud, el cual debe ser accesible tanto económica y geográficamente como también debe brindar accesibilidad horaria. Así mismo cada persona participa activamente permitiendo conocer y transformar su realidad.

Cabe destacar el grado de compromiso de cada individuo sobre su autocuidado y la importancia del desarrollo de actividades de promoción a la salud.

Creemos importante aclarar que no es lo mismo atención primaria de salud que primer nivel de atención. Por esto, es que vimos oportuno definir a qué llamamos *niveles de atención*.

La creación de los **niveles de atención** surge ante la necesidad de distribuir y planificar de manera lo más eficaz, eficiente y equitativamente posible los recursos materiales, humanos y financieros. A su vez la necesidad de crear estos niveles de atención es producto de querer brindar una atención de carácter igualitario, universal, justo y solidario teniendo en cuenta que los costos constituyen una limitante importante. Para esto se organiza la población en un sistema de salud ordenado por sistemas y regionalizado.

La OPS define niveles de atención como "la mayor o menor complejidad tecnológica y organizacional de los recursos de que se disponen permanentemente, en forma oportuna en una comunidad o una región para enfrentar las necesidades de atención médica de la población"¹⁴.

Se distinguen tres niveles de atención, esta división se hace teniendo en cuenta los procedimientos de atención que son necesarios para cubrir o satisfacer las necesidades de la población que en este nivel se asiste. Así cada nivel condiciona el grado de complejidad.

En el *primer nivel de atención* se realiza atención primaria y actividades como: atención integral, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,

¹⁴ Material obtenido de teóricos brindado por Facultad de Enfermería, Cátedra de enfermería comunitaria.

rehabilitación, y saneamiento ambiental. Estas actividades deberán ser llevadas a cabo con la participación activa de la comunidad. Se utiliza tecnología de poca complejidad, servicios, procedimientos, recursos humanos muy capacitados que resuelvan las necesidades de la población. Aquí se sitúan las policlínicas y centros de salud.

Recordemos que esto de "muy especializados" es igual para cualquiera de los 3 niveles, ya que para que se lleven a cabo de la mejor manera las tareas competentes a determinado nivel los recursos humanos deben estar preparados y especializados para ello.

En cualquiera de los niveles de atención donde nos encontremos, la/el enfermera/o emplea el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** como el método de trabajo aplicado, con el fin de brindar cuidados de enfermería y como instrumento indispensable para organizar sus actividades, el cual tiene tanto una base científica como humanitaria. Es un proceso clínico donde se interpreta y se analiza una serie de observaciones y es capaz de promover un plan de acción al respecto. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Si bien estas etapas se pueden definir y analizar de forma independiente, están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, ya que el PAE implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del usuario no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Este proceso se desarrolla entre otros, en el ámbito de la **Consulta de enfermería** definida como "el proceso de interacción que tiene lugar en un espacio físico y/o temporal determinado entre el usuario/cliente y el profesional de enfermería, a través del cual éste proporciona cuidados enfermeros a individuos o grupos de la comunidad con el fin de promover, proteger y restaurar su salud"¹⁵.

¹⁵ Ramos Calero, Enrique. *Enfermería Comunitaria Métodos y técnicas*. Capítulo 6 "Consulta de enfermería"

En este encuentro la enfermera conoce la situación bio-síco-social de ese individuo o grupo, y se buscan soluciones, trabajando en una relación dialógica, horizontal, buscando que ese individuo o grupo, sea sujeto de su propio proceso salud enfermedad.

Se define con 4 características: es realizada por un enfermero, se atiende a población sana o enferma, con consulta directa (entrevista cara a cara), utiliza algún sistema de registro de su actividad.

Otro instrumento utilizado por enfermería es la **Visita domiciliaria**. "A través de la visita domiciliaria es posible brindar atención de enfermería al individuo y su familia en su medio natural: la casa donde vive. Mientras que la atención domiciliaria es el fin, la visita es el medio para alcanzarla".¹⁶

Las acciones de enfermería que se realizan son: la entrevista, la recorrida barrial y en caso que se pueda la recorrida del hogar; diagnóstico de las condiciones sanitarias del medio familiar y diagnóstico del estado de la situación que motivó la visita.

La visita domiciliaria se clasifica según el objetivo en: *visita domiciliaria a demanda*, es aquella que se realiza a solicitud del usuario, de algún familiar o allegado; *visita domiciliaria de captación espontánea*, donde el objetivo es establecer un primer contacto con la familia o el usuario; *visita domiciliaria de captación programada* cuyo objetivo es conocer la situación de una familia o usuario teniendo información previa de la misma; *visita domiciliaria de seguimiento o control* donde el objetivo es controlar y evaluar la evolución de la situación de salud que motivó la visita y la puesta en práctica del plan de acción programado con la familia o usuario.

La visita domiciliaria debe tener una cierta metodología de trabajo, con una fase preparatoria, la fase de introducción a la familia, fase de desarrollo y la fase de evaluación y registro.

¹⁶ Ramos Calero, Enrique. Enfermería Comunitaria Métodos y técnicas. Capítulo 7 "Atención domiciliaria"

GESTIÓN DE PROGRAMAS

El componente técnico dado por la co-gestión de Programas que realiza el interno tiene su sustento en la disciplina de la Administración. Es el marco referido por la Cátedra de Administración en la bibliografía consultada la que define a un programa como: el conjunto de actividades realizadas mediante técnicas y procedimientos cumplidos, con plazos y recursos calificados para alcanzar los objetivos y metas previamente establecidos destinados a una población definida. Es la propuesta de solución a un problema definido.

Hugo Villar lo define como "la actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que emplea un conjunto de recursos humanos para lograr una finalidad en forma eficaz y eficiente y con beneficio social".

Dentro del proceso administrativo se pueden distinguir cuatro componentes:

- La *planificación*, consiste básicamente en la descripción y análisis de la situación real, para a partir de un orden de prioridades, formular los objetivos deseados, elaborar el plan de acción y fijar las normas y pautas de ejecución y control. Es la fase más importante, ya que las demás dependen de ella.
- La *organización* es la fase donde se combinan los grupos humanos y los medios para lograr las metas de la planificación, en ésta se realiza la elaboración de programas, organigrama, provisión de recursos, etc.
- La *dirección*, es donde se asume la responsabilidad directa de llevar a cabo los planes y programas elaborados. Para ello la persona encargada de esta función se comunica con los miembros de la organización, orienta, motiva, delega y toma decisiones en función del logro de los objetivos.
- El *control* es donde se controla el grado de cumplimiento de las acciones planteadas, así como los recursos empleados y los resultados obtenidos, para si fuera necesario, introducir medidas correctoras.

ANEXO II

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ADOLESCENTE

**Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Salud
División Salud de la Población**

Programa Nacional de Salud Adolescente

31 de octubre de 2007

Coordinadora:

Dra. Susana Grunbaum
Directora del Programa Nacional de Adolescencia. MSP

Equipo de Trabajo:

Dra. Mirtha Belamendia. MSP
Dra. Mariella Bazzano. IMM
Dra. Yeni Hortoneda. RAP-ASSE

Colaboradores:

Dra. Marisa Buglioli. DIGESE. MSP
Dr. Ignacio Iramian. DIGESE. MSP
Prof. Paola Scattone. MSP
Mtro. Diego Rossi. MSP
Dra. Gabriela Garrido. Fac. de Medicina
Lic. Inés Bausero. IMM
Dra. Leticia Rieppi. RAP-ASSE
Dr. Carlos Güida. MIDES. INFAMILIA

ANTECEDENTES _____

En las dos últimas décadas el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha desarrollado estrategias acotadas, dirigidas a la promoción de la salud de las y los adolescentes, en el marco de los programas dependientes de la Dirección General de la Salud.

En estos últimos años se destaca la adhesión a conferencias internacionales (Convención de los Derechos del Niño 1990, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994, entre otras); avances conceptuales provenientes de organismos como la OPS, OMS. Asimismo el MSP ha recibido el apoyo de distintos servicios de la Universidad de la República (ej. Programa APEX- Cerro), de los sub sistemas de atención a la salud público y privado, de la Intendencia Municipal de Montevideo, de organismos de cooperación como UNICEF, PNUD, UNFPA, OPS entre otros, así como de diversas ONGs, lo que permitió ir posicionando una nueva conceptualización de la adolescencia y su vínculo con el sector sanitario.

En este sentido, el MSP ha desarrollado proyectos dirigidos a la población de adolescentes desde distintas modalidades. En la última década podemos señalar:

- Red Metropolitana para la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes – Espacio de coordinación intersectorial e interinstitucional, coordinada por el Área de la Juventud de DIPROSA y luego División Salud de la Población (1995 - 2004)
- Proyecto Promoción de la Salud Materno Infantil y del Adolescente, MSP– UNICEF (1996 – 1998)
- Proyecto de Salud Reproductiva “Maternidad Paternidad Elegida”. Área Educación para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (UNFPA) (1998 – 2000)
- Área Adolescencia del Proyecto Reducción de la Mortalidad Infantil (FISS) del Departamento Materno Infantil. Área Comunitaria. DIPROSA (1998 – 2000)
- Proyecto de Publicación *VIH SIDA entre los Jóvenes* en el marco del Programa Nacional de SIDA y otras instituciones (ANEP – CODICEN, ONUSIDA, 2000)

La mayoría de dichos proyectos contaron con financiación parcial de organismos de cooperación internacional. Los proyectos mencionados, enmarcados en programas verticales sin involucrar al conjunto de las instituciones que componen el sector salud y con debilidades desde la rectoría para controlar su cumplimiento no lograron la continuidad necesaria en las sucesivas administraciones, en un contexto de cambios frecuentes en la conducción y en los lineamientos de dicha Secretaría de Estado.

Las acciones desarrolladas dirigidas hacia la población adolescente desde el MSP incluyeron: elaboración de un *Plan Nacional de Infancia, Adolescencia y Salud Reproductiva* (1999); redacción de las Normas de Atención a la Embarazada Adolescente (1998) y de Normas de Atención a la Salud Integral de Adolescentes (1999 – 2003); elaboración de proyectos locales desde las escuelas públicas de todo el país (1996 – 1998) y de liceos (Jornadas de Diálogo sobre Afectividad, Sexualidad y Salud); edición de manuales de prevención (Escucha, Aprende y Vive, del PNSIDA, 2000); elaboración de material audiovisual (conjuntamente con UNICEF, FISS, UNFPA, 1999), folletería (1996 – 2000), así como coordinación interinstitucional a través de la Red Metropolitana para la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Si bien estas acciones contaron con la participación activa de diversas instituciones, el MSP no desarrolló líneas programáticas explícitas y coordinadas entre los diferentes programas y proyectos. Así mismo, las normativas elaboradas desde la DIGESA no instrumentaron mecanismos de supervisión en su aplicación. Las actividades desarrolladas, finalizaron una vez agotadas las líneas de financiamiento provenientes de la cooperación internacional, sin lograr impactos sanitarios significativos.

En el período 2000 – 2004, las acciones dirigidas a adolescentes fueron muy limitadas.

El Programa de Apoyo a la Infancia, la Adolescencia y Familia en Riesgo (INFAMILIA) ubicado en el período 2002 - 2004 en la Secretaría de la Presidencia de la República, pasó a formar parte del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) cuando asumió el actual gobierno. Este programa diseñó y coordinó conjuntamente con el MSP (DIGESA y ASSE) el Sub Componente 1.4 "Prevención del embarazo precoz", asumido por la actual administración. Hasta el momento, la co-ejecución de ambos ministerios ha logrado el establecimiento de 7 espacios adolescentes en Montevideo y 11 en el resto del país.

Hubo actividades limitadas en el Área de Salud del Instituto Nacional de la Juventud (INJU), en el Programa Adolescentes de la IMM, en la Dirección de Programas Especiales de CODICEN, Consejo de Educación Primaria y Consejo de Educación Secundaria.

Se identificaron diferentes modelos en la orientación de proyectos del MSP hacia las y los adolescentes y cierta disociación de estos emprendimientos entre la dimensión rectora (DIGESA) y la dimensión asistencial (ASSE).

En suma, si bien se reconocen algunos antecedentes en acciones dirigidas hacia la adolescencia uruguaya por parte del MSP en los períodos anteriores, los mismos han sido fragmentados, discontinuados en el tiempo así como escasamente priorizados en el contexto de la promoción y atención. La atención a la salud en la adolescencia, reviste aún importantes carencias. Las recomendaciones para la atención integral publicadas en el 2003 por parte del MSP, no han sido suficientemente difundidas ni aplicadas. Han sido escasos los espacios de atención diferenciada para adolescentes y se reconoce por parte de los profesionales la ausencia en la formación y en la actualización, primando un enfoque asistencialista, centrado en algunos aspectos de la salud en la adolescencia.

SALUD Y ADOLESCENCIA EN EL CONTEXTO ACTUAL

"Adolescencia es un MUNDO" dice la Lic. Josefina Dartiguelongue, "y el mundo adolescente es el mundo inestable, exultante, doloroso y aletargado, de la alborada de la identidad. De la instalación en el cosmos. De la conciencia del deseo. Del saber, que sabe que sabe y que sabe que ignora, y del buscar la diferencia, que puede ser paso o abismo... De la danza conflictiva entre Eros y Thanatos. Del dolor y la tensión del desequilibrio entre ambos y de la herida y el anhelo de creatividad y reconocimiento. Del ser lugar del encarnizamiento de los modelos estructurales, que impulsan por un lado a crecer y por otro lado no dan oportunidades educativas, que estimulan a la excelencia, y no permiten salidas laborales, que afaban la eficacia y generan jóvenes escépticos en situación de encrucijada, que exigen responsabilidad y bloquean la esperanza(...).

Adolescencia es un MUNDO...¹

“Debe entenderse este mundo, como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema de desarrollo biopsicosocial de un ser humano; etapa compleja, “descubrimiento de la modernidad” al decir de Barrán, que tiene una temporalidad regulada por la cultura social que la sustenta². Es así, un proceso de construcción social que determina la existencia de distintas “adolescencias-juventudes”; En este sentido es útil la frase de Pérez Islas (...) la territorialización de este proceso obliga a replantear el concepto genérico en una reflexión más particular, que tiene que ver con la forma de ser joven de una manera específica en una región, en una ciudad, un barrio o una comunidad concreta; donde (...) se contradice permanentemente el concepto occidental urbano-centrista de La Juventud (con mayúscula) haciéndonos ver que más bien existen juventudes en plural y minúsculas³. A lo que agregamos, al decir de Donas: “es necesario el reconocimiento de la heterogeneidad en el mundo juvenil⁴ y adolescente.

“Adolescencia en términos históricos es una noción relativamente reciente. Actualmente debemos concebirla como una categoría evolutiva con derecho propio y atravesada por dinamismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un momento de pasaje entre los dos grandes momentos de la infancia y la adultez”. “El siglo XXI encuentra entonces a los llamados adolescentes cómodamente instalados allí desde los 8-9 años y hasta prácticamente el final de la década de los 20 años, fenómeno determinado por factores tales como: la revolución científico-tecnológica, la llamada “condición posmoderna”, la globalización del mercado y los mass media, la crisis de las funciones protectoras del Estado nación y de sus instituciones y los cambios en la familia y la subjetividad⁵”

Cabe señalar que existen diferentes criterios para delimitar este proceso socio-histórico-cultural:

La OMS (1990) operacionalmente lo ha definido como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años² y que se divide en “adolescencia temprana” de 10 a 14 años y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años³; otros autores, clasifican a la adolescencia en temprana (10 a 13 años), intermedia (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) relacionando estas etapas a los distintos estadios de maduración sexual.

El criterio cronológico que se seguirá, si bien no conceptualiza a las “adolescencias” es útil para ordenar la información acerca de esta etapa y para delimitar las acciones que se llevarán a cabo a partir de este Programa.

1 Dariguelongua J. La Adolescencia como tiempo. En: De Rosa R, compilador. *Adolescencia*. Bs. As. : Ed. FADA (Federación Argentina de Adolescencia); 2002.

2 Abal A, Cheroni A, Leopold S. *Adolescencia e Infancia. Una aproximación a la construcción subjetiva*. Montevideo: Centores. Ed. Rosgal S.A.; 2005.

3 Filardo V, compiladora. *Tribus urbanas en Montevideo. Nuevas formas de sociabilidad juvenil*. Montevideo: Ed. Trilce; 2002.

4 Donas Burak S. *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Ed. Lur; 2001.

5 López Gómez A, compiladora. *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Montevideo: UNFPA; 2006.

6 Silber T, Munst M, Maddaleno M, Suárez Ojeda E. *Manual de medicina de Adolescencia* 2000. Washington D.C. : OPS. Ed. Patex; 1992

7 Falke G. *Medicina del Adolescente. Salud Integral del Adolescente*. En: Germán Falke. *Adolescencia, Familia y Orogadición*. Argentina: Ed. Atlante; 1996.

Perfil demográfico

El Comité de los Derechos del Niño de Uruguay en su "Informe de la aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en Uruguay, 1996-2000" habla del país "congelado": "Uruguay hace 50 años representaba el 1.3% de la población total de América Latina y el Caribe; hoy su población se redujo al 0.6% previéndose un descenso aun mayor en el 2025. Desde el punto de vista demográfico, el Uruguay asiste a un proceso de "post-transición caracterizado por la baja tasa de crecimiento y el envejecimiento de la estructura de edades de la población, ubicándose así como el país "de mayor edad" en América Latina"⁴.

"En el contexto de su proceso temprano de transformación demográfica, tanto las bajas tasas de fecundidad que se han mantenido relativamente estables por más de medio siglo como los procesos estructurales y recientes de emigración internacional hacen que contemos con una población envejecida cuyo proceso parece intensificarse en los próximos años."⁵

Este fenómeno migratorio "tiene consecuencias doblemente envejecedoras en la estructura demográfica: por un lado, la propensión migratoria es mayor entre las personas jóvenes; por otro, es en estas edades que las parejas tienen hijos, los cuales emigran acompañando a sus padres o nacen en los países de recepción."⁶

"Este patrón demográfico ha ubicado al país como una nación con patrón "europeo", de natalidad controlada, aumento de la expectativa de vida, familias con 2 hijos promedio entre otras características.

Estos análisis, que manejan indicadores promedios, ocultan un importante conglomerado poblacional de exclusión social y pobreza que presenta otros perfiles sociodemográficos muy distintos, más próximos a los que se ven en países tan pobres como Haití ó Honduras."⁷

"Los problemas demográficos del Uruguay de hoy combinan un mosaico de comportamientos heterogéneos, algunos tienen mucho que ver con problemáticas del subdesarrollo (pobreza, desigualdad social) y otros tienen mucho que ver con fenómenos propios de los países desarrollados (envejecimiento, fecundidad a punto de caer por debajo del nivel de reemplazo, 2ª transición demográfica). La problemática en Uruguay no es nueva, somos una sociedad envejecida hace más de medio siglo"⁸

⁴ Comité de los Derechos del Niño del Uruguay. Informe: incorporación de los derechos del niño a las políticas públicas en el Uruguay. Seminario BMM, Montevideo, 2000.

⁵ López Gómez A; 2006: O. cit.

⁶ Calvo J, Pellegrino A. Veinte años no es nada... En: Gerardo Caetano, compilador. Veinte años de democracia. Uruguay: Ed. Taurus; 2005.

⁷ Comité de los Derechos del Niño del Uruguay: O. cit.

⁸ López Gómez A; 2006: O. cit.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Censo 2004⁹, la población uruguaya asciende a 3.305.723 habitantes; 93.5% ubicada en área urbana y 6.5% en área rural; 51.7% de sexo femenino y 48.3% de sexo masculino; 7% de la misma es de origen afrodescendiente. Es importante tenerla en cuenta ya que se trata de una población con mayor pobreza, índices de deserción escolar más altos, mayor número de embarazos adolescentes y mayor participación en el trabajo infantil.¹⁰

Entre 10 y 14 años el total de adolescentes es de 270.922 y entre 15 y 19 años de 264.527. Según la definición de la OMS, son entonces adolescentes 535.449 habitantes, es decir, el 16,19 % de la población; 51,09% de sexo masculino y 48,91% de sexo femenino; 92,22% de esta población vive en zonas urbanas.

A pesar de que se han desarrollado diversos diagnósticos acerca de la situación de la adolescencia en Uruguay por parte de organismos gubernamentales, de agencias de las Naciones Unidas, de la Universidad de la República (UDELAR) y de algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) en los últimos años, la información disponible sobre indicadores de salud en la adolescencia es parcial.

De todas formas, se analizan a continuación algunos indicadores que nos acercan a la situación de las y los adolescentes uruguayas/os:

Cobertura asistencial

Según datos del INE en el año 2005 casi 3% de la población total del país no tenía cobertura en salud; el 61,2 % de los menores de 14 años obtuvo esta cobertura en áreas del MSP, mientras que 25,7% la recibió en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs).

UNICEF informa que en el año 2005 un 4,2% de las y los adolescentes entre los 13 y 17 años no poseen ninguna cobertura de salud.¹¹

En el año 2006 y en el ámbito público, la Red de Atención del 1^{er} Nivel- ASSE-MSP (RAP) brindó asistencia a 56.092 adolescentes lo que correspondió al 19,2% de la población atendida por esta institución. La mayoría, 10,4%, fueron adolescentes tempranos distribuidos por sexo en forma similar y 8,8% adolescentes tardíos con predominio del sexo femenino.

Pobreza

Desde mediados de la década de los 90, comienza a acentuarse la situación de pobreza y extrema pobreza en los hogares con niños y adolescentes, adquiriendo dimensiones aún mayores en los primeros años de esta década, proceso reconocido como "infantilización de la pobreza" (Juan Pablo Terra, 1980). Esto no sólo dice que los niños se concentran en los hogares más pobres, sino que hace referencia a la exclusión de los más pobres de oportunidades de desarrollo en iguales condiciones que otros sectores; los adultos que

⁹ INE. Censo 2004, Fase II. Se consigue en: URL: <http://www.ine.gub.uy>.

¹⁰ Comité de los Derechos del Niño del Uruguay: O. cit.

¹¹ UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2006. Montevideo: Trófico SA; 2007.

integran estos hogares se caracterizan por poseer los menores niveles de educación lo que determina mayores dificultades para su inserción en el mercado laboral.

UNICEF 2005¹² señala que el número de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza, en el período 1999 – 2004, ha evolucionado de 210.000 a 380.000. Asimismo, la indigencia en la niñez y adolescencia uruguaya creció considerablemente en un breve período: de 24.000 (2000) a 60.000 (2004). Los menores de 18 años, que representan el 27,2% de la población total, son el 55,9% de los indigentes.

En el mismo documento se afirma que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes pobres tiene una distribución heterogénea. Los departamentos limítrofes con Brasil (Artigas, Rivera y Cerro Largo) registran cifras de pobreza que se encuentran entre el 58,6 al 68,4%. También los departamentos del litoral, mantienen cifras que superan el 50%. Montevideo es también un mosaico de situaciones críticas; la pobreza en general para el 2004, muestra una incidencia de 31,7% y la indigencia el 4,7%. Entre los menores de 18 años el indicador pobreza, asciende al 52,9%. Dicha población se encuentra distribuida territorialmente con mayor intensidad en la periferia de la capital, mostrando allí una modalidad que ha significado una amplificación de la concentración geográfica de la pobreza: los asentamientos irregulares; el 76% de los 174.000 habitantes que viven en esta situación residen en Montevideo y 1 de cada 2 personas que reside en asentamientos es menor de 20 años.

UNICEF 2006 dice que “una de las conclusiones más preocupantes que surgen de la información disponible es la creciente concentración territorial de la pobreza, especialmente en las periferias de las principales ciudades”¹³. En los seis barrios con mayor índice de pobreza de Montevideo “8 de cada 10 personas menores de 18 años vivían en situación de pobreza, 4 de cada 10 en situación de pobreza extrema y 2 de cada 10 en situación de indigencia” Más aun, los asentamientos irregulares que en el 2000 eran 464 (en Montevideo 364, y el resto en el interior) “la cifra se incrementó sensiblemente y en 2006 se llegó a 676 asentamientos: 412 en Montevideo y 264 en el resto del país, incluyendo 20 en las áreas rurales.”¹⁴

Para De Armas, “El añorado *Uruguay batllista*, que la democracia posdictadura pretendió afanosamente restaurar parecería haber cedido paso en los últimos años a una típica sociedad latinoamericana; una sociedad en la que uno de cada tres, o uno de cada dos- según el diagnóstico que se tome- vive bajo la línea de pobreza; una sociedad en la que la desigualdad económica se ha naturalizado; una sociedad en la que la segregación residencial aparece casi como la única transformación urbana a exhibir”.¹⁵

Según UNICEF 2006, en la actualidad, la infancia y la adolescencia, (0 - 17 años) contribuyen con el 49,4 del total de pobres en el año 2005. El porcentaje de adolescentes de 13-17 años pobres corresponde en ese año a 43,1% del total de adolescentes.

12 UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2005. Montevideo: Tradinco SA; 2006.

13 UNICEF; 2007: O. cit.

14 *Ibidem*

15 Calvo J: O. cit.

“Tras la recesión económica que el país experimentó a comienzos de este decenio, el año 2005 marca un punto de inflexión: por primera vez en seis años Uruguay registra una reducción de los niveles de pobreza e indigencia en el conjunto de la población, y en todos los grupos de edad, así como una leve mejora de la distribución del ingreso (INE 2006: 3, 5 y 11) Si bien la reducción del porcentaje de población en situación de pobreza observada entre 2004 y 2006 ha sido leve (de 31,9% a 27,4%), merece ser destacada (...)”¹⁶

Si bien se asiste a una promisorio disminución de la pobreza, “debemos llamar la atención con respecto a un hecho: la reducción del porcentaje de población en situación de pobreza en estos dos últimos años fue mayor entre la población adulta que entre los niños y adolescentes”.¹⁷

Para dar respuesta a esta problemática, el actual gobierno crea el Ministerio de Desarrollo Social que implementa, entre otras medidas, el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) que a través de sus distintos componentes asiste a 337.240 uruguayos desde abril 2006. El 56,7% de la población que recibe dicha asistencia es menor de 18 años. “De estos el 66% vive en condiciones de hacinamiento y un 17% no tiene servicio sanitario”¹⁸.

La proporción de niños, niñas y adolescentes en los hogares beneficiarios del ingreso ciudadano continúa siendo significativamente superior a la que se constata en el total de la población uruguaya.

Es de hacer notar que a partir del año 2005, “resulta positivo constatar que en el país comienza a disminuir, aunque levemente, la incidencia de la pobreza”¹⁹, “que puede deberse al aumento promedio del 1.4 puntos en el salario real, al aumento del salario mínimo nominal, al incremento en el nivel de empleo, y a la ampliación de la cobertura del plan de emergencia social que tiene un impacto en el ingreso de los hogares más pobres”²⁰

Educación

Si se analiza como indicador de derecho y como uno de los componentes del nivel de vida a la educación, se debe tener presente que según datos del INE-2006, en Uruguay el analfabetismo alcanzó al 1.3% de la población entre los 15 y 20 años, porcentaje que aumenta en la población masculina y que se triplica en aquellos que viven en asentamientos.

Se debe aclarar que esta cifra hace referencia a aquellas personas que declararon “no saber leer ni escribir”. Según el Anuario 2005 el analfabetismo es un fenómeno más complejo y en su definición debería tenerse en cuenta que hay individuos que “más allá

16 UNICEF; 2007: O. et.

17 *Ibidem*.

18 *Infancia: Ajustes, avances y desafíos*. 27/03/07 Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>.

19 MIDES. *La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay*. Montevideo: 2006. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>

20 *Ibidem*.

de haber pasado por el sistema educativo o declarar "saber leer y escribir", en los hechos su conocimiento no constituye habilidades suficientes de lectoescritura que le permitan desenvolverse en el ámbito cotidiano, personal y laboral (este fenómeno es conocido como analfabetismo funcional). De hecho, podría inferirse que, en términos generales, el grupo de individuos que no culminó la enseñanza primaria se encuentre seguramente en esta situación." " Al observar el nivel más alto alcanzado por la población de 25 y más años de edad, se destaca el hecho que más del 15% no completó la enseñanza primaria".²¹

En este "ámbito privilegiado para la generación de activos (conocimientos y competencias para la vida laboral y social, por ejemplo) y el bloqueo de pasivos (trabajo infantil, por ejemplo)"²², "en el año 2005 la tasa de culminación del ciclo primario a los 13-14 años es de 87% y a los 15-16 años de 96.3%"²³. Se debe tener presente que la probabilidad de no ser pobre depende en un 80% de que un individuo haya logrado concluir al menos 12 años de estudios.²⁴

Sólo 4 de cada 10 jóvenes uruguayos y uruguayas de medio urbano entre 21 y 22 años han logrado culminar su educación media, relación que es inferior entre los varones. La población que cursa nivel terciario de 18 años y más es de 12.6%²⁵.

El retraso escolar (no correspondencia entre la edad del niño y el año que cursa) se considera un indicador de exclusión social. En Montevideo el 17% de las personas entre 8 y 15 años presenta un retraso con respecto al año escolar²⁶.

Otras características del sistema educativo que deben tenerse en cuenta son:

ausentismo; que determina un proceso de abandono progresivo; según datos del Anuario de Educación 2005 es "a partir de los 13 años que comienza un proceso de caída sistemática de la asistencia. Dicho proceso es más pronunciado en los hogares de menores ingresos"²⁷

repetición: siendo el promedio en Montevideo del 22%; más alta en los primeros años escolares y concentrada en los contextos socioculturales más desfavorables.²⁸

En la educación media, "algo menos de 1 de 4 estudiantes de 1º a 4º año, no han promovido en el 2005"²⁹

21 MEC. Anuario Estadístico de Educación 2005. Montevideo: 2006. Se consigue en URL: <http://www.inau.gub.uy>

22 MIDES. Informe: La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>

23 UNICEF; 2006: O. cit.

24 Madaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México / vol 45, suplemento 1 de 2003.

25 UNICEF; 2006: O. cit.

26 UNICEF; ibidem

27 MEC; 2006: O. cit.

28 UNICEF; 2006: O. cit.

29 MEC; 2006: O. cit.

abandono: el 44% de los varones menores de 15 años y 35% de las mujeres de la misma edad, abandonan sus estudios en el ciclo secundario; siendo este proceso más intenso en las áreas rurales.³⁰

Según el Anuario 2005, "el 26% de los jóvenes de 15 años de los hogares de menores ingresos no asiste a ningún establecimiento educativo. A los 17 años esta cifra asciende a 48% y 61% a los 18"³¹.

Quienes son excluidos del sistema de enseñanza no suelen reingresar; la mayoría de ellos proviene del 25% de los hogares más pobres.³²

En el Uruguay urbanizado, 1 de cada 10 adolescentes no trabaja ni estudia³³. Según el Observatorio de Unicef 2006³⁴ el porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años según condición laboral y educativa 2005 se distribuye de la siguiente manera:

- sólo estudian = 78,4% (porcentaje que disminuyó con respecto al 2004)
- estudian y trabajan = 3,6% (porcentaje que se mantiene casi sin cambios)
- sólo trabajan = 5,0% (porcentaje que se mantiene casi sin cambios)
- no estudian y no trabajan = 13,0% (porcentaje que aumentó en prácticamente un 2% respecto al año anterior)
- el porcentaje de adolescentes de 14 a 17 que no estudian, no trabajan, y no buscan empleo en 2005 es de 9,2%; según sexo: el 8,8% de los varones de esa franja etaria y el 9,7% de la mujeres de similares edades. Estos porcentajes aumentaron con respecto al año 2004

Este hecho: "no estudiar, no trabajar y no buscar trabajo" es lo que se conoce como "desafiliación institucional"³⁵, lo que significa la desvinculación con las fuentes de conocimiento, experiencia laboral y contacto social e implica la interrupción del proceso de incorporación de posibilidades para el acceso al bienestar.

Uno de los objetivos de las actuales políticas de educación es alcanzar la universalización de la cobertura lograda en la Enseñanza Primaria para el Ciclo Básico de la Educación Media; sin embargo "resulta alarmante el detenimiento de la expansión de la misma en la franja etaria comprendida entre los 13 y los 17 años"³⁶; entre 2003-2005 la matrícula en enseñanza secundaria disminuyó en algo más de 13.300 alumnos, así como también se sugiere una baja en las tasas de asistencia ³⁷(Anuario 2005).

Según expresión del Anuario de Educación 2005, "en lo que refiere al género, se podría

30 UNICEF; 2006: O. cit.

31 MEC; 2006: O. cit.

32 UNICEF; 2008: O. cit.

33 *Ibidem*.

34 UNICEF; 2007: O. cit.

35 De Armas G. De la sociedad hiperintegrada al país fragmentado. Crónica del último tramo de un largo recorrido. En:

Caetano G: O. cit.

36 MEC; 2008: O. cit.

37 MEC; 2006: O. cit.

afirmar que, en términos cuantitativos la matrícula de nuestro sistema educativo no presenta sesgo alguno en perjuicio de las mujeres. Por el contrario, es predominantemente femenina en la educación media y en los niveles superiores. Tanto en el nivel inicial como en el primario, es posible encontrar proporciones idénticas de varones y niñas, con un leve sesgo de hombres. En lo que respecta a los restantes niveles, con excepción de la enseñanza técnica cuyo perfil es masculino (57% de hombres), predominan las mujeres como proporción de matrícula. Este predominio se hace particularmente significativo al analizar la educación terciaria. En este nivel, 6 de cada 10 alumnos matriculados son mujeres. Probablemente esta cifra sería más significativa aún si se contara con la información de formación docente discriminada por sexo³⁸

Se destaca que "el País atraviesa una etapa especialmente fermental en un contexto de discusión y de cambios. La educación pública, puesta en debate en el conjunto de la sociedad, enfrenta el desafío de pensar y redefinir su papel en el marco del Debate Educativo hacia un Congreso de la Educación".

En los diferentes subsistemas se analizan y reformulan planes y programas. Este marco participativo y de cambios resulta pertinente para concretar la incorporación de Educación Sexual en los diferentes niveles del sistema educativo, recogiendo la aspiración de docentes, padres, estudiantes y ciudadanos de todo el país.³⁹

Es en este contexto que en diciembre 2005 y dentro del "marco de sus cometidos y competencias el CODICEN de la ANEP ha visto necesario y pertinente incorporar la Educación Sexual en el Sistema Educativo Formal en el ámbito de la formación integral de la niñez y adolescencia", proyecto "basado en un contexto de Desarrollo, Salud y Derechos que potencie la construcción de ciudadanía en el ámbito democrático, laico y plural definido por la Constitución de nuestro país"⁴⁰.

Trabajo

"El trabajo es un derecho económico y social de los adultos"⁴¹

Según la ECH-INE 2007 la tasa de actividad total del país en el trimestre enero –marzo 2007 se ubica en 62,4% mostrando un aumento con respecto al trimestre anterior. Desde un enfoque de género podemos señalar que la tasa de actividad masculina se ubica en el 74,0% y la femenina en un 52,5%, siendo esta última sensiblemente inferior.

En la misma fuente y con respecto a la tasa de empleo del mismo período también se aprecia un aumento de la misma, ubicándose esta tasa en 56,2%, lo que da cuenta de un aumento de los puestos de trabajo básicamente masculinos (69%) mientras que la tasa de empleo femenina es de 45,3%.

38

39 Comisión de Educación Sexual de ANEP-CODICEN. La incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo. Montevideo: CES: 2007. Se consigue en URL: <http://www.ces.edu.uy>

40 Ibidem.

41 UNICEF. El trabajo infantil y adolescente en Uruguay y su impacto sobre la Educación. Análisis de la situación en la década pasada y el presente. Montevideo: UNICEF: 2003. Se consigue en URL: <http://www.unicef.org>.

Una alta tasa de desempleo caracterizó a la sociedad uruguaya en el período previo al 2005: en el año 2000, ésta se ubicó en 13,6%; en el año 2002 ascendió a 17%; "los sectores más castigados fueron los jóvenes, las mujeres y la población afrodescendiente"⁴². Según datos del Instituto Nacional de Estadística⁴³ esta tasa se ubicó en guarismos de 13,4% para el total del país en el año 2006, llegando a establecerse en cifras de 9,9% en enero de 2007, "pareciendo consolidarse la estabilidad del desempleo en un dígito con tendencia a la baja que se viene operando sostenidamente desde el año 2003".⁴⁴

Violencia

El trabajo... "resulta fatal para el disfrute de los derechos de los niños y amenazante para el desarrollo de los adolescentes cuando se constituye en una traba para su educación".⁴⁵

La incorporación temprana al ámbito laboral, "trabajo infantil y adolescente", es una realidad instalada hace ya tiempo en nuestro país; hoy alcanza a aproximadamente 42.000 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 15 años.⁴⁶

Es indudable que de esta realidad los datos que se obtienen muchas veces tienen una máscara de incertidumbre; no se puede olvidar que se trata de una situación que linda entre lo legal y lo ilegal, lo ético y no ético, lo moral y lo que no lo es; más aun, en algunos sectores puede ser hasta bien visto el desarrollo tanto del trabajo infantil como adolescente.

Teniendo en cuenta lo dicho, se rescatan algunos datos:

- El porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años que trabajan en el 2005 es de 8,6%, registrándose un aumento del 0,3% con respecto al año anterior. Según sexo se puede afirmar que el 12,2% son hombres, porcentaje que ha aumentado en el último año; mientras el 4,8% son mujeres.⁴⁷
- Interesa destacar que teniendo en cuenta la condición de pobreza, el 11,1% de los y las adolescentes en hogares pobres trabajan y el 6,8% de los y las adolescentes en hogares no pobres también trabajan.⁴⁸
- La educación es un indicador importante para ilustrar la situación de los niños/as y adolescentes que trabajan y las consecuencias en su desarrollo integral. Se recuerda la tendencia descendente que actualmente se está registrando en la cobertura de la enseñanza media así como el importante número de individuos que pueden ser considerados analfabetos funcionales.

42 Comité de los Derechos del Niño de Uruguay. O. cit.

43 INE. Encuesta Continua de Hogares, marzo 2007. Se consigue en: URL: <http://www.ine.gub.uy>

44 Ibidem.

45 UNICEF, 2003: O. cit.

46 Día mundial contra el trabajo infantil. Niño, deja ya. Citado el 12 de junio de 2007. Se consigue en: URL: <http://www.montevideo.com.uy>

47 UNICEF, 2003: O. cit.

48 UNICEF, 2007: O. cit.

- En el área rural, la realidad de los y las adolescentes que trabajan adquiere una dimensión diferente. Puestos en la disyuntiva entre estudiar y trabajar, muchos deben optar por la única opción viable en su medio: trabajar.
- Se deben señalar también, la tendencia en ascenso de los llamados "empleos con restricciones" en el período 2001- 2003; es decir, la existencia de trabajadores sub-empleados u ocupados en empleos precarios. Fueron 5.312 los clasificadores mayores de 18 años que fueron censados. Sus hogares están compuestos por 23.400 personas cuya edad promedio es de 23 años. Una población joven; la mitad son menores de 18 años. Se destaca que estas personas forman parte de una estadística nacional que los considera personas "ocupadas".⁴⁹
- 49.9% de quienes trabajan no asisten al sistema educativo.⁵⁰
- De las condiciones en las que trabajan los niños, niñas y adolescentes, poco se sabe.

El trabajo infantil es, por lo tanto, "una de las formas más actuales de violación de los derechos humanos de una parte significativa de la población de los países de América Latina en general, y del Uruguay en particular"⁵¹, donde esta realidad se torna en el momento actual preocupante, visto que la misma "aumenta según datos del INE en la franja de niños de entre 5 y 11 años duplicando esta cifra en el período 1999-2007 de 1% a 2%, siendo difícil revertir esta tendencia debido a que casi siempre se trata de trabajos en sectores informales"⁵²

"El trabajo sexual, en el mundo de la infancia y la adolescencia afecta su dignidad humana. Es un problema ligado a estructuras económicas que vulnerabiliza a niños, niñas y adolescentes que no gozan, ni tal vez conozcan, sus derechos humanos."⁵³ Y "Uruguay no está ajeno a la trata de niños y adolescentes"⁵⁴

"Tradicionalmente se ha utilizado la expresión prostitución infantil. Actualmente se ha puesto en revisión esta expresión tendiendo a nominarla como **explotación sexual tradicional**, ya que el término prostitución oculta la naturaleza del comportamiento violento y deja entrever una idea de consentimiento de las víctimas"⁵⁵

También es necesario conceptualizar a esta "esclavitud del siglo XXI"⁵⁶, "como una modalidad de comercio del ser humano"⁵⁷.

Más aun, "todas las formas de abuso y explotación sexual constituyen actos violentos (...) La violencia implica dominación, control de la vida del otro, apropiación y sometimiento. La producción de estas situaciones parten de relaciones de jerarquía y dominación que menoscaban las posibilidades de las víctimas de constituirse como sujeto de derechos."⁵⁸

49 Gárrino M. A. Mapa Social de la Pobreza. Una capital, 2 ciudades. Uruguay. Semanario Brecha, octubre 2004

50 Comité de los Derechos del Niño del Uruguay. O.cit.

51 UNICEF; 2003. O. cit.

52 Día mundial contra el trabajo infantil. O.cit.

53 Oliveri Ricart O. Una mirada a la situación de la prostitución infantil y adolescente en Uruguay. Montevideo: UNICEF; 2001.

54 UNICEF; 2007. O. cit.

55 González Perrelli D, Tuana Nagelí A. Invisibles y silenciadas. Aportes y reflexiones sobre la trata de personas con fines de explotación sexual comercial en Uruguay. Montevideo: Avina, CIM, MEC; 2007.

56 Oliveri Ricart O. cit.

57 Ibidem.

58 González Perrelli D, Tuana Nagelí. O. Cit.

Este fenómeno, complejo en sí mismo y complejo por estar asociado a la ilegalidad y al crimen organizado, es hoy imposible de cuantificar. De todas formas la Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), en el año 2005⁵⁹, realizó una investigación que permitió describir algunas de sus características:

- Invisibilidad del fenómeno que aumenta proporcionalmente a la exclusión social de las niñas, los niños y adolescentes explotadas/os.
- Aquellas/os que denuncian no siempre encuentran protección sino que en ocasiones aumentan su vulneración, dado que deben declarar en múltiples oportunidades, enfrentándose a veces a su agresor /a a quien lo podrían unir sentimientos ambivalentes.
- "Se produce una "revictimización" de las víctimas"⁶⁰
- La mayoría de las/os niñas/os no ejercen la prostitución como modo de supervivencia sino que son explotados sexualmente; muchas/os además sufren otras formas de violencia: la limpieza de parabrisas en la vía pública, por ejemplo.
- Algunos grupos son especialmente vulnerables, "en particular las niñas, en número desproporcionadamente alto"⁶¹.
- A veces, el vínculo con el /la explotador/a es el camino que enseña a estas y estos adolescentes "un mundo" de otra forma inaccesible. "Ello provoca que coloquen en un segundo plano la situación de explotación, sobre todo en los casos en que los explotadores les demuestran afecto"⁶².
- Otras, es la familia la que las / los explota como estrategia de supervivencia.
- Nadie rehuye a la idea de que existe explotación sexual infantil y adolescente en los sectores sociales altos, bajo especiales dispositivos de protección y encubrimiento.
- Se habla de "un mercado de vírgenes" altamente cotizado.
- Intercambio de sexo por drogas, especialmente pasta base.
- Pocas veces utilizan preservativos.

El Código de la Niñez y la Adolescencia uruguayo hace referencia a este fenómeno y normatiza su seguimiento.⁶³

"Sólo el Ministerio de Desarrollo Social atendió entre julio de 2005 y diciembre 2006 a 700 menores por abuso sexual y maltrato en Montevideo y Canelones. De ellos, el 22% fue por **abuso sexual** y el restante 67% por **maltrato físico** (...) las familias que atendemos por estos casos no son de pobreza extrema; esto hace presumir que el maltrato físico no es una prerrogativa de los sectores más vulnerables"⁶⁴

"En el 39% de los hogares uruguayos los niños sufren algún tipo de violencia. De ellos el 15% sufre violencia física grave, el 17% de violencia física leve y el 7% de violencia psicológica(...) las cifras ubican a Uruguay entre los países más problemáticos del mundo. El tema es muy silencioso, pero hay maltrato y cierta legitimización del castigo físico."⁶⁵

59 UNICEF; 2007: O. cit.

60 Oliver i Ricart. O. cit.

61 Convención de los Derechos del Niño (Art 34).

62 UNICEF; 2007: O. cit.

63 Código de la Niñez y la Adolescencia (Art.130), Ley N° 17.823 (7 set 04).

64 Friedmann D, Lima M. E. Maltrato: los niños rompen el silencio (citado en Abril 2007). Se consigue en: URL: <http://www.uruguayosolidario.org.uy>

65 *Ibidem*.

"El 80% de las niñas y los niños uruguayos viven en algún tipo de familia. Entre un 30% y 50% de estas familias no brinda el soporte afectivo ni económico. Se perciben ausencias de referente adulto y de configuración de roles. Un 20% no tiene familia que lo contenga (niños en situación de calle)"⁶⁶.

La calle muchas veces, es el hogar de niñas, niños, adolescentes y jóvenes; es su universo cultural, económico y social, donde no sólo están expuestos a peligros, sino que allí también establecen relaciones vecinales, de intercambio, de solidaridad.

En setiembre 2003, "se estimó en 3100 los niños, niñas y adolescentes, expuestos a situación de calle en un día cualquiera, entre lunes y viernes, en Montevideo y el área metropolitana de Canelones"⁶⁷. Este estudio afirma además que:

- la población es mayoritariamente masculina y se acentúa esta característica en el horario de la noche; 3 de cada 4 son varones entre los 6 y 17 años.
- predominan los grupos sin referencia de adultos.
- este fenómeno, lejos de concentrarse en las áreas centrales de Montevideo, se ha extendido a la periferia; 3 de cada 4 se encuentran en las zonas más alejadas del área central y de la zona costera de Montevideo.
- se asocia su imagen a los vendedores callejeros, los limpia-vidrios, los que piden en las esquinas de las principales avenidas.

"El cambio de complejidad del fenómeno radica en que ya no existe una sola estrategia de supervivencia (...) incluso hay muchos niños que van a la escuela y a contra horario hacen calle (...) irrupción del núcleo familiar en la calle (...) participación de otros adultos que organizan el trabajo de los más pequeños (...) núcleos de hermanos en la calle (...)"⁶⁸.

A estas formas de violencia perceptibles en el cotidiano urbano, se suman otras, como un régimen de contención basado en el terror dibujado en el aumento del número de detenciones que se encuentra determinado a partir de una política de seguridad ciudadana, que focaliza buena parte de sus acciones en niños, niñas y adolescentes.

Según Unicef, y de acuerdo al Observatorio del Sistema Judicial, "el perfil de los adolescentes sometidos a procesos judiciales es el siguiente:

En su gran mayoría son varones (95,4%) de entre 16 y 17 años, con una sobrerrepresentación de adolescentes que no estudian ni trabajan y tienen un alto rezago educativo" demostrativo de que "los adolescentes de las clases sociales desfavorecidas son quienes entran al sistema"⁶⁹.

A pesar de lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia, "en prácticamente todos (99%) los casos, los adolescentes privados de su libertad por disposición judicial ingresan al sistema por detenciones efectuadas por la policía y no por orden judicial"⁷⁰.

66 Ibidem.

67 Guisnes Unidos. Cuantificación de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en el departamento de Montevideo y Área Metropolitana (citado en setiembre 2003). Se consigue en URL: <http://www.espectador.com>.

68 Comité de los Derechos del Niño en el Uruguay: O.cit.

69 UNICEF: 2006: O. cit.

70 Ibidem.

Es de hacer notar, que si bien desde el punto de vista jurídico la situación de nuestro país ha cambiado recientemente con la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 17.823, 7 de setiembre 2004) esto no se ha reflejado en la práctica. Según el Observatorio del Sistema Judicial, la mayoría de las infracciones cometidas por adolescentes son contra la propiedad (hurtos y rapiñas) y se constata que no son los adolescentes quienes cometen los delitos más violentos. A pesar de ello, la medida cautelar más aplicada es la privación de libertad (20% de ellos sin que el delito cometido lo ameritara).

Desde hace varios años se viene produciendo un aumento de conductas conflictivas, violentas, delictivas en algunas oportunidades. Se describe a estos y estas adolescentes que presentan "todas o algunas de estas características:

'Adolescentes problemáticos, auto y heteroagresivos, con escaso control de los impulsos, de fácil pasaje al acto, baja tolerancia a las frustraciones, dificultad para aceptar y reconocer límites, dificultad para establecer vínculos, bajo nivel de autoestima, pensamiento concreto con escasa posibilidad de abstracción, relación conflictiva con las figuras de autoridad'. A esto se suman adscripciones tales como 'consumidores habituales de alcohol, tabaco e inhalantes' y ' promiscuidad sexual'⁷¹.

La reacción de la sociedad es castigar la acción y pedir una explicación lógica, intentar arrancar una confesión que no dirá nada sobre su verdadera causa; "más allá del acto en sí, banal, aberrante o bárbaro,- estas conductas son- mecanismos defensivos que encubren (y muestran) la necesidad de comprensión, amor y cobijo, muchas veces bajo una apariencia indiferente o desdeniosa. Es que esas estrategias revierten el dolor de la vida en triunfo sobre ella (...) aunque al mismo tiempo sean gritos desgarradores y pedidos de auxilio"⁷² y la denuncia implícita de las fallas del soporte social del que como ciudadanos todos debiéramos sentirnos responsables.

Las situaciones relatadas evidencian violencia; violencia en adolescentes y jóvenes que sin lugar a dudas, tiene uno de sus orígenes en el no- reconocimiento de que esa etapa vital específica, requiere un espacio propio, con roles, derechos y deberes propios.

Frente a esta situación surgen nuevas políticas que se están implementando y que implican la "profunda reorganización del Instituto de Niñez y Adolescencia Uruguay (INAU)" contemplando la "transformación del modelo de atención a la infancia tanto en sus prácticas al interior de la institución como en promover el modelo de la protección integral al nivel del conjunto del Estado y de la sociedad civil (...) debe hacerse cargo no solamente de los pobres, marginados, excluidos y de aquellos niños o jóvenes que han entrado en conflicto con la Ley Penal. No es sólo la cárcel para los pobres menores de edad, sino que debe ser quien garantice la observancia y el ejercicio pleno de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes"⁷³

71 Abal A, Cheroni A, Leopold S. *Adolescencia e infracción. Una aproximación a la construcción subjetiva*. Montevideo: Centro de Formación y Estudios del INAU. Ed Rosgat; 2005.

72 Torres M, compilador. *Niños fuera de la Ley. Niños y adolescentes en Uruguay: exclusión social y construcción de subjetividades*. Montevideo: Ed. Trilce; 2005.

73 INAU. *Propuesta de reorganización institucional*. Uruguay: Inaur, Agosto 2006. Se consigue en: URL: <http://www.inau.gub.uy>

sexual se sitúa un poco más tarde, 5,3 % se inició sexualmente antes de los 15 años; 0% menos de 11 años; 15,9 % entre los 19 y 21 años; 0% a partir de los 22 años; 20 % declaran no haber tenido relaciones sexuales; 6,3% no sabe/no contesta.

Este trabajo concluye que:

- La edad de inicio sexual se ha reducido.
- La diferencia en la edad de inicio sexual entre hombres y mujeres es cada vez menor.
- La edad de inicio sexual en las mujeres se ubica en edades cada vez más tempranas. Se discute si esto podría estar indicando una modificación en los roles sexuales de las y los adolescentes hacia una mayor horizontalidad.

Al hablar de sexualidad es importante tener en cuenta los derechos reproductivos. Surge así la necesidad de abordar el tema del embarazo en general y en adolescentes en particular y recordar que:

1. "La fecundidad en la adolescencia es el fenómeno demográfico que suscita mayor preocupación tanto desde el Estado como desde distintos ámbitos de la sociedad. En algunos casos es visualizado como una "amenaza" desde el punto de vista social, ya que se comprende básicamente como expresión de los sectores más carenciados de la población y por tanto como reproductor de la pobreza."⁷⁹
2. Enfocar esta "problemática" desde la perspectiva de género, relacionando el embarazo y maternidad en adolescentes al rol de mujer-madre que impone nuestra cultura así como al rol de varón-padre también impuesto.
3. Recordar la paternidad, en especial la paternidad adolescente, "problemática" que habitualmente no se aborda y de la que no se conocen datos.

"La tasa global de fecundidad se mantiene en Uruguay relativamente estable en torno a 2,6 hijos por mujer, pero el desequilibrio que presenta este guarismo entre sectores socioeconómicos refleja la clara concentración de la reproducción biológica de la población en los estratos más carenciados". De "esta tasa fijada en el 2004 en 2,1 hijos por mujer (INE 2006), es relevante destacar que se encuentra en el límite de los valores necesarios para el reemplazo de las generaciones"⁸⁰

Según la ECH 2006, la fecundidad de las mujeres más pobres con necesidades básicas insatisfechas (NBI) duplica la de las mujeres con necesidades básicas satisfechas (NBS), con una brecha de diez años entre los que ambos grupos maximizan su reproducción: los jóvenes pobres a los 19 años tienen su primer hijo en el medio urbano y a los 18 en el medio rural y las mujeres de los quintiles altos lo tienen a los 30 años.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes uruguayas en distintos períodos. que se muestran en el trabajo anteriormente citado, son:

79 López Gómez A; 2006: O.cit.

80 *Ibidem*.

	1963	1975	1985	1996	2002
10-14 años	1,1	1,2	1,2	1,8	1,6
15-19 años	53,1	65,7	58,5	67,9	65,6

Y "dan cuenta del incremento de la fecundidad en la adolescencia" "fenómeno demográfico que suscita mayor preocupación desde el Estado como desde distintos ámbitos de la sociedad. En algunos casos es visualizado como una "amenaza" desde el punto de vista social ya que se comprende básicamente como expresión de los sectores más carenciados de la población y por tanto como reproductor de la pobreza"⁸¹, lo que fortalece procesos de exclusión a la vez que incorpora a este circuito a casi la mitad de los niños que nacen en el territorio nacional.

Según datos del año 2005 de la Unidad de Información Nacional en Salud del MSP, referidos a nacimientos por edad de la madre y departamento de residencia se observa que del total de nacimientos identificados (46.153), el 0,37% corresponden a hijas/os de adolescentes madres menores de 15 años, mientras que el 16,45% los son de jóvenes entre 15 y 19 años.

Esta fuente de datos muestra que los porcentajes de nacimientos de hijos de adolescentes madres aumentan en los departamentos identificados como más pobres (Artigas, Río Negro, Salto, Paysandú⁸²) lo que podría estar vinculado al fenómeno de la "territorialización de la pobreza".

Interesa dejar constancia que otros muchos aspectos de la sexualidad fueron y deberán ser estudiados en pos de promover la salud integral de las y los adolescentes.

VIH / Sida

En cuanto a la epidemia de VIH / SIDA, se afirma que es, en todo el mundo y también en Uruguay, cada vez más joven y más femenina. Se concentra entre los 15 y 34 años. Las y los adolescentes y jóvenes representan el 27% de los casos de VIH notificados, 53% son varones y 47% son mujeres. Si bien predomina la transmisión sexual (57%), por uso compartido de materiales en el consumo de drogas se infectaron el 39%, un porcentaje significativamente mayor que en la población en general, en la que la marca llega al 22%. (Datos aportados por el Programa Nacional de ITS- SIDA del MSP al 12 /06 /07)

Consumo

Con respecto a los hábitos de consumo de sustancias tóxicas, el estudio realizado en el año 2005, por el equipo de investigación del Observatorio Uruguayo de Drogas⁸³, de un

⁸¹ Ibidem.

⁸² UNICEF, 2006:O. cit.

⁸³ Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2003.

total de 8.033 liceales encuestados procedentes de 117 centros educativos de enseñanza media de todo el país, muestra que en 2do año de ciclo básico (edad promedio:13 años) casi siete de cada diez estudiantes han experimentado con el alcohol y que al final del ciclo (17 años) prácticamente la totalidad de los estudiantes ya lo ha hecho.

Con respecto al tabaco el mismo estudio arroja que algo más de la mitad de los estudiantes han experimentado con el mismo, incrementándose según el curso. Las mujeres presentan un porcentaje significativamente superior en la experimentación. En cuanto a la condición de fumador actual, alcanza el 24.8% de la población estudiada. Las mujeres en el ciclo básico duplican a los hombres en el consumo de tabaco. Estos datos confirman la feminización del consumo en las últimas generaciones.

La experimentación con marihuana alcanza casi al 13% de los jóvenes; en la capital esta experimentación duplica en cifras a la declarada por los estudiantes del interior.

Al llegar al 3º año del Ciclo Básico Único (CBU), el 25% de los jóvenes ha experimentado con alguna droga; el salto más significativo se da entre 2º CBU y 1º año de bachillerato donde pasa del 4.5% a 15.7%. Si bien el consumo es algo mayor en el sexo masculino, se presenta una tendencia a la equiparación por el sexo femenino.

Según este mismo estudio, entre los estudiantes de enseñanza media, el consumo declarado de otras drogas que no sea marihuana es marginal; los inhalantes y la cocaína son de las drogas indagadas más experimentadas, aunque ambas presentan un bajo porcentaje de uso habitual, no superando en ningún caso el 0.6 %. Estos consumos son mayoritariamente masculinos y referidos a estudiantes de la capital del país.

La pasta base comienza a consumirse aproximadamente en el año 2000, pero recién en el 2003-2004 hace explosión cambiando radicalmente los patrones de consumo y las tendencias del mercado de sustancias psicoactivas ilegales, modificando tanto sus consecuencias como el encare general de esta problemática. El estudio mencionado afirma que el 1.2% (96 adolescentes) de esta población probó alguna vez; 0.6% (48 adolescentes) consumió en los últimos 12 meses y 0.2% (16 adolescentes) en los últimos 30 días.

En la presentación de la investigación: "Pasta Base de cocaína; prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos- 2006"⁸⁴ se dice que esta "merca barata y que pega más", expresa brutalmente la caída de nuestra sociedad hacia el abismo de la incertidumbre, de la pobreza vincular y de la necesidad de encarar el tema desde la reconstrucción de ciudadanía y desde la óptica de los derechos.

Describe el "primer perfil de los usuarios: varones, jóvenes (23 años promedio; 37% adolescentes) de la capital del país que accedieron a un nivel de enseñanza media aunque la mayoría no completó el ciclo, solteros y desocupados (...) un alto porcentaje vive con sus padres (...) 50% ya recibió tratamiento previo (...) 66.7% presentan ansiedad, depresión y otros trastornos de su salud mental; desmotivación y dificultad en el uso creativo o productivo del tiempo (...) 18.9% ha tenido conductas violentas y 58% han sido detenidos o declararon haber tenido problemas legales"⁸⁵.

84 Junta Nacional de Drogas, Pasta Base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2006.

85 *Ibidem*.

También se describe el "perfil del consumo: policonsumo (PBC, marihuana, tabaco) la primera experimentación con cualquier droga la hicieron a edades tempranas (...) el consumo de tabaco y alcohol ha precedido el consumo de otras sustancias (...) la marihuana y PBC promedian una edad de inicio menor a los 15 años"⁸⁶.

Y se sugiere para contener esta problemática: "fortalecer redes sociales preexistentes (vecinos, pares); fortalecer o comprometer a las familias; mejorar la accesibilidad a servicios sanitarios y educativos de calidad y por último mejorar las condiciones de accesibilidad al mercado laboral"⁸⁷.

Mortalidad

Para acercarnos a esta realidad, se examinaron datos de Estadísticas de Mortalidad del MSP correspondientes al período 2003-2005. Según los mismos, la mortalidad adolescente está paulatinamente disminuyendo; representó el 0,78% de la mortalidad total del país en el año 2003, el 0,72% en el año 2004 y 0,71% en el año 2005. Mueren más adolescentes de la franja etaria comprendida entre 15 y 19 años que en la comprendida entre los 10 y 14 años, en razón cercana a 3:1.

Del estudio de la Sociedad Uruguaya de Pediatría 2003⁸⁸, surge que las principales causas de muerte en adolescentes, entre los años 1985 y 2001 cambió su prevalencia. En el año 1985, en la adolescencia temprana (10 a 14 años) las cuatro primeras causas de muerte que se mencionan son: accidentes y efectos adversos, tumores malignos, anomalías congénitas y suicidios. En el año 2001, se nominan: accidentes y efectos adversos, tumores, suicidio y homicidios.

Para las edades entre los 15 y 19 años, en el año 1985 se mencionan: accidentes y efectos adversos, enfermedades del aparato circulatorio y tumores malignos; en el año 2001: accidentes y efectos adversos, suicidios y homicidios.

Resulta significativo constatar que coincidiendo indudablemente con un período de cambios político-sociales trascendentes en la vida de nuestro país, se ha registrado en el período analizado un cambio radical en las causas de mortalidad en estas edades, estableciéndose la prevalencia de las causas que implican violencia.

En el período 2004-2005, las primeras causas de muerte son las calificadas como "causas externas de morbilidad y mortalidad", responsables de más de la mitad de las muertes en la población adolescente.

Dentro de ellas se distinguen:

- Accidentes: Incluidos por la OPS dentro de los problemas de Salud Pública, por su elevada mortalidad, porque ocasionan discapacidades y por el elevado costo de las lesiones no mortales, constituyen en Uruguay la 1ª causa de defunción en el grupo de personas menores de 30 años.

86 *Ibidem*.

87 *Ibidem*.

88 Sociedad Uruguaya de Pediatría. Indicadores y políticas de salud en la infancia. Primer nivel de atención. Montevideo: junio 2003.

Los accidentes de tránsito son los más frecuentes en la adolescencia tardía (15 a 19 años) y predominan en el sexo masculino.

Ahogamientos y accidentes de tránsito son, del total de accidentes, las causas más frecuentes de muerte en la adolescencia temprana.

Según el Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos del Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell 2000-2006⁸⁹ la mortalidad "muestra una tendencia decreciente", ubicándose la tasa corregida en el año 2000 en 0,93% y en el año 2006 en 0,50%. En este último año estudiado, el 57,9% de los fallecidos procedió de Montevideo y el 42,1% del resto del país. En su mayoría fueron de sexo masculino (63,2%). El 21,1% (N= 16) fueron adolescentes entre los 10 y los 14 años cuya primera causa de muerte la constituyeron los accidentes (N=5) y otras causas de muerte violentas no accidentales (N=2). A partir de estos datos se deduce que casi el 50% de las muertes en esta franja etaria son por causas violentas.

- Suicidio: Los suicidios aparecen como segunda causa de muerte en la adolescencia y se considera que en nuestro país constituyen "un problema de salud pública relevante"⁹⁰.

En la adolescencia tardía es más frecuente en el sexo masculino; llamando la atención la "feminización encontrada dentro de la población más joven (...) el elevado porcentaje de casos que no estaban insertos en el sistema educativo ni laboral (...) la baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica, en discordancia con la elevada frecuencia de patología psiquiátrica, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos"⁹¹.

Diversos estudios epidemiológicos relacionan el riesgo de la conducta suicida con la "desesperanza, la depresión, el maltrato, el abuso de sustancias, la institucionalización"⁹².

"Las muertes por hechos violentos, tanto suicidios como accidentes que tienen una prevalencia mucho mayor en los varones, están muy asociadas a una imagen de "hombria" o "machismo" con ciertas actitudes que llevan a asumir riesgos y a no poder enfrentar problemas por la lesión a una determinada imagen que esto provoca"⁹³.

El intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino. La relación entre intento de autoeliminación y suicidio es de 50 a 1 en la adolescencia⁹⁴.

En referencia a este doloroso tema, debería tenerse en especial consideración al gran número de personas (según la OMS aproximadamente 10 personas por cada

89 Alberdi M, Fernández A, Ferrari A M y otros. Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2000-2006. Arch. Pediatr. Urug 2007; 76(1):48-53.

90 Rodríguez Almada H, Maggi I, Cirfacos C. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. Rev. Med. Uruguay 2005; 21: 141-160.

91 *Ibidem*.

92 Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Med. Uruguay 1991; 6:203-215.

93 Aguirre R, Borino M, Espino A, Sapriza G. Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP- OPS-UNFPA; 2006.

94 Viola L, Martínez-Schlavo A, Pazos M. La emergencia en Psiquiatría Pediátrica. En: Seño o, Sahabiague G, Prego J, De Leonardi D. Pediatría: urgencias y emergencias. Montevideo: Ed. Bibão Médica; 2003.

siuicidio) afectadas por esta problemática que indudablemente tiene repercusiones en su salud.

- Los homicidios aparecen en la infancia como causa de muerte, desaparecen en la edad escolar y reaparecen en la adolescencia temprana. En el año 2004, se produjeron 11 homicidios en adolescentes, que representaron el 7,2% del total de los mismos. Es llamativo que en el año 2005, manteniéndose el total de homicidios, este porcentaje se elevó a 11,9% y representa un aumento de más del 50% en la adolescencia tardía.
- En el año 2003, de 2 mujeres entre los 10 y 14 años que fallecieron por enfermedades infecciosas, 1 fue por SIDA; no se registran muertes por esta causa en los años posteriores.
- En el año 2003 de 18 mujeres que fallecieron por problemas en el embarazo, parto y puerperio, 1 era adolescente entre los 15 y 19 años. En los años 2004 y 2005 no se constatan muertes en adolescentes por esta causa.
- En el año 2003, de 6 fallecimientos conocidos producidos por aborto, 1 fue una adolescente entre los 15 y 19 años; no se repite esta causa de muerte en los años siguientes.

No se debe olvidar, por su frecuencia, dentro de las causas de muerte en esta franja etaria, a los procesos neoplásicos, predominando francamente en el sexo masculino, en ambas franjas etarias y siendo más frecuentes los de la esfera hematológica seguidos por los ubicados en el sistema nervioso.

Es necesario reflexionar que en aquellas situaciones que inexorablemente llevarán a la muerte, como algunas neoplasias, estos jóvenes y estas jóvenes tienen derecho a una mejor calidad de vida, a una muerte digna y al duelo acompañado de sus familias, que deben ser considerados una prioridad y responsabilidad de la comunidad.

Adolescencia en "situación de esquina", en "tribus"...en "otros lugares".

Coincidiendo con Arias⁹⁵, muchas y muchos de las y los adolescentes a los cuales se ha hecho referencia y otras / os que no se encuentran contemplados en los ítems anteriores se encuentran en "situación de esquina". Con esta expresión se hace "referencia a un espacio que se configura en lugar, en la medida en que existe una presencia grupal con cierta estructura relacional e identificatoria".

¿Cómo se vive el tiempo en "la esquina"? Podemos pensar el tiempo histórico desde un SER y un ESTAR. Soy en la historia y la protagonizo o sólo estoy y la historia me lleva. Estar en la esquina es estar perdiendo el tiempo, es ser espectador de lo que sucede. Ser en la esquina es asumir un sentido del tiempo y la responsabilidad de sabemos transformadores. Este "no lugar" se constituye en refugio, construcción humana que asume ciertos rasgos de identidad e identificación y que hacen a la pertenencia a ese espacio (...). La "situación de esquina", en contraposición a lo que entendemos hoy por "situación de calle", no es un estado ni de tránsito, ni de supervivencia. Es un estado de permanencia, ocupando más el lugar de espectador que de protagonista".

95 Arias A, Morales M. En la esquina...trampas y desafíos. Adolescencia en situación de esquina. En: Adolescencia y Educación Social: un compromiso con los más jóvenes. Montevideo: INAU- Cenfores; 2005.

Las esquinas, así descritas, son lugares antropológicos que se encuentran aún dentro de otros, como "los centros educativos, los clubes, las casas, lugares y espacios reconocidos como propios para esta vivencia".

Otras y otros forman parte de "tribus urbanas", entendidas como grupo de "individuos que se reúnen y visten una estética (moda) para compartir una actividad y una actitud... construir una nueva forma de sociabilidad que implica vivir con el grupo, alejarse de lo político, y esto implica códigos estéticos, rituales, formas de escuchar música, lugares propios. Se trata más bien de un *feeling*, de un ambiente más que de una racionalidad medios-fines." (Maffesoli citado por Filardo) ⁹⁶.

Hay actores sociales que relacionan una creciente sensación de inseguridad y el delito con los adolescentes pobres, "en la esquina" o que forman parte de una "tribu". Seguramente la Sociedad se pregunta: ¿qué estarán tramando?

Al decir de Filardo, Montevideo, y creemos que nuestro país todo, "deve la transformaciones significativas acerca de las formas en que se producen territorios culturales, quiebres generacionales que los montevidianos o bien no estamos en condiciones de digerir, o simplemente digerimos rápidamente, sin alcanzar a dimensionar estas transformaciones. Estos nuevos fenómenos juveniles, no sólo hablan de la juventud, sino de cómo se establecen las relaciones con el resto de la sociedad y permiten abrir un abanico de preguntas: ¿Forman parte de ella? ¿La transforman? ¿Se insertan? ¿Se integran? ¿Se excluyen?"⁹⁷.

Todas y todos las y los adolescentes de nuestro país, ya sea "en la esquina", formando parte de una "tribu", o en otros lugares a resignificar, buscan "para olvidar la anomia de lo cotidiano" según Tassel⁹⁸, un lugar, el propio y apropiado por ellas y ellos, desde donde construir su identidad, y que a su vez permita la "construcción y constitución de una sociedad más humana y humanizante"⁹⁹ y por esta razón, entre otras, importan a este Programa cada una y cada uno de ellas y ellos.

JUSTIFICACIÓN

Las vivencias cotidianas y las dificultades, a veces enormes, por las que transitan nuestras y nuestros adolescentes, deben reconocerse en las particulares modificaciones en la salud de los jóvenes de Latinoamérica y El Caribe en las últimas décadas, resultado de cambios políticos, económicos y sociales que ha sufrido la región con consecuencias importantes:

96 Filardo V. O.cit.

97 *Ibidem*.

98 Tassel A. Calle del Tag. En: *Pensar la Adolescencia* de Aubert A, Birraux A, Cauté E y otros. Montevideo-Uruguay: Ed. Trilce; 2004

99 Arias A. O.cit.

- fisuras en el entramado social caracterizadas por cambio (y fractura) de valores y de comportamientos determinantes de la salud, el cambio de las estructuras familiares (hogares unipersonales, monoparentales, aumento de la divorcialidad y disminución de la nupcialidad), la pérdida del rol adulto como figura protectora, entre otras.
- cambios en la epidemiología de la salud, es decir, en los factores que la condicionan, pasando la conducta a ser un factor determinante de la misma.

La mortalidad por accidentes, los suicidios e intentos de suicidio, los homicidios, la exclusión del sistema educativo formal, las dificultades de ingreso al mundo laboral, las y los adolescentes que se embarazan sin soporte social, las infecciones de transmisión sexual, los hábitos de consumo, los trastornos alimentarios, entre otros, son algunos de los problemas que viven adolescentes y jóvenes; tienen causas comunes por lo que es necesario comprenderlas y atenderlas si se pretende brindarles condiciones que les permitan tener igualdad de oportunidades para vivir esta etapa plenamente y propender a la mejor calidad de vida en etapas sucesivas de su ciclo vital.

Estos aspectos constituyen algunos de los problemas que demuestran la falla de la atención de la salud de las/los adolescentes y que se deberá abordar desde la óptica de la salud integral ya que como es sabido, son las primeras causas de morbimortalidad a estas edades, en el mundo y también en nuestro país. Por otro lado, aunque muchas veces resulte difícil, se cree que estas causas de morbimortalidad son prevenibles.

Ya en 1994 la Prof. Gentile afirma que “las políticas (educativas, económicas y sociales) deben crear sistemas de salud pública y bienestar social que aumenten las oportunidades de actuar con eficiencia sobre el ambiente (socio-económico-cultural) para mejorar los potenciales de salud y lograr su pleno desarrollo (físico, emocional, y social) (...) La ineficacia de los desarrollos aislados y de la falta de políticas que aseguren a todos los adolescentes del país la mejor atención integral, justifica un nuevo enfoque en salud en los distintos ámbitos (hogar, escuela, trabajo, calle, campo, centros deportivos y culturales, medios de comunicación) (...) el reconocimiento de los adolescentes y jóvenes como grupo social exige servicios de atención (ambulatoria y hospitalaria) concebido en función de sus necesidades. Ello implica la adecuación del sistema actual y la capacitación del equipo; vale decir, cambios estructurales, administrativos y de mentalidad (...) La falta de un abordaje del problema tiene costos individuales, generacionales y sociales de tremenda importancia, inmediatos y mediatos, más graves en un país envejecido, con baja tasa de natalidad y deterioradas condiciones socio-económicas que actúan como un factor expulsivo y como reproductoras de estancamiento y pobreza”¹⁰⁰.

“Diseñar políticas públicas con un enfoque de derechos humanos, supone, por una parte, establecer mecanismos efectivos que permitan a todos los ciudadanos – en este caso niños y adolescentes- intervenir en la formulación, ejecución, y evaluación de dichas políticas; por otra parte, implica considerar a las políticas, más allá de sus contenidos específicos (educación, salud, o seguridad social), como instrumentos que deben atender integralmente el desarrollo de las personas”¹⁰¹.

Como respuesta a la compleja situación en la que viven y se desarrollan las y los adolescentes que acompañan nuestro cotidiano, de la que se pretendió mostrar algunas cifras y acercar algunos conceptos, se ha decidido adoptar el **Modelo de “Atención**

¹⁰⁰ Gentile Ramos I. Introducción. En: Salud integral y embarazo precoz de Santi L y otros. Documento especial N° 3 Uruguay. MSP- UNICEF; octubre 1994.

¹⁰¹ UNICEF; 2006. O. 6L

Integral de Adolescentes¹⁰², entendiéndolo como aquel que:

- privilegia la promoción de estilos de vida saludable
- privilegia la prevención de probables riesgos
- se centra no solo en la familia sino también en el soporte social existente
- cuenta con la activa participación de los jóvenes
- se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde las y los jóvenes habitan, estudian, trabajan o se recrean
- la atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que prepare al equipo y a cada uno de sus integrantes, para el abordaje de las diferentes adolescencias y de sus necesidades.

Implica la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación bio-psico-social, a partir de un adecuado diagnóstico de situación y de la identificación de las necesidades y problemas específicos.

Implica por otra parte, "asegurar una atención de salud de calidad y amigable"¹⁰³ para las y los adolescentes ofreciendo servicios privados, confidenciales y asequibles, entre otras características.

Siguiendo los lineamientos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, "se sostiene la confidencialidad de los servicios, enfatizando la identidad y los derechos de los y las adolescentes y jóvenes, respetando sus valores y creencias religiosas"¹⁰⁴.

Según expresiones del Dr. Duarte¹⁰⁵ "el marco legal uruguayo actual consagra la Doctrina de Protección Integral del Niño (ley 16.137 promulgada en set. / 90 que aprobó la Convención de los Derechos del Niño y ley 17.823 de set. / 04 que aprobó el Código de la Niñez y la Adolescencia) que significa que se ampara en el plano jurídico a un sector de la humanidad (menores de 18 años) reconociéndoseles el carácter de sujetos de derechos, cuyo interés superior debe ser contemplado en todas las instancias; de aquí que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a expresar su opinión y a que se les tenga en cuenta. El niño (menor de 18 años) es un sujeto de derecho en desarrollo, completo en sí mismo, cuya capacidad de ejercicio se adquiere progresivamente. Este concepto de desarrollo progresivo es una innovación esencial, a tener en cuenta cuando se planteen los problemas de expresión de la voluntad de los niños y niñas".

Con este concepto y con esta actitud está de acuerdo la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Udelar (información aportada por el Dr. Hugo Rodríguez Almada, nov. 2006); el/ la adolescente tiene derecho a que se respete la "confidencialidad" y a dar su "consentimiento" habiendo recibido previamente la información necesaria. Esto marca una diferencia sustancial con algunas etapas de la edad pediátrica como la lactancia, ya que en la pediatría propiamente dicha el consentimiento de niñas y niños no es igual a "cero" sino que debería existir e ir

102 Moreno E. Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires; 1992

103 Schott-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y política. Washington DC: OPS; 2003.

104 López Gómez A: 2005. O.cit.

105 Duarte J.C (Jefe de Familia de 1ª Instancia de 1er Turno) ; Conferencia, "El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos" 5ª Jornada de Adolescencia del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 29 de noviembre 2006.

aumentando su peso relativo a medida que aumenta su madurez.

La implementación de este Modelo requiere el establecimiento de estrategias adecuadas en el marco de las de APS y metas que a su vez estén enmarcadas dentro de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud y de los Objetivos del Milenio.

El desafío en los próximos años, podría plantearse en términos de reducción de la morbimortalidad para esta franja etaria, así como en la búsqueda de los mejores resultados de las acciones que se implementen destinadas a proteger su salud, logrando además la participación de las y los adolescentes en el proceso de construcción de su propia identidad.

Teniendo en consideración los estudios expuestos, habiendo recogido las distintas experiencias del modelo de atención definido, en el marco de los cambios de la actual administración y de acuerdo a las líneas estratégicas impulsadas por la DIGESA, se ha generado la oportunidad de consolidar un Programa Nacional de Adolescencia. A partir de diversos eventos de intercambio con diferentes actores del campo académico, de la sociedad civil y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se ha construido una serie de lineamientos a los efectos de consolidar estrategias y acciones intersectoriales y participativas tendientes a promover y atender la salud de las y los adolescentes de nuestro país.

El Ministerio de Salud Pública, en su carácter de rector de políticas sanitarias, debe brindar el marco normativo para la promoción de la salud, la prevención de riesgos específicos y la atención de calidad en el sector público y privado de la salud.

Se entiende que es imprescindible actuar con las y los adolescentes desde un enfoque de salud integral que mejore su calidad de vida presente y futura, elemento básico para el desarrollo social, económico y político de los países y del mundo en general.

Las condiciones de vulnerabilidad social en las que se encuentran la mitad de las y los adolescentes uruguayos/as motivan que los emprendimientos apunten a dar respuestas integradas por parte de los organismos estatales pertinentes y de manera coordinada con otros actores sociales.

El sentido de este Programa es lograr la conjunción de esfuerzos en dos escenarios de trabajo: por un lado entre los programas de la DIGESA que se revelan como fundamentales en la transversalización de las acciones, y en segundo lugar promoviendo la intersectorialidad, es decir involucrando a otros actores del Estado tanto del nivel nacional como departamental.

Es necesario superar las estrategias centradas exclusivamente en el Enfoque de Riesgo, transitando hacia un cambio de paradigma, que se oriente a las capacidades personales, familiares y socio-comunitarias en las que se encuentran las y los adolescentes, reconociendo los aportes de marcos conceptuales y metodológicos como el Enfoque de Derechos Humanos, el Enfoque Ecológico, el Enfoque de Género, el Enfoque Étnico, la Educación para la Salud, el Enfoque de Resiliencia y las Metas del Milenio de la OPS¹⁰⁶.

106 "metas principales del Programa del Milenio en materia de desarrollo: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad en la infancia; mejorar la salud materna; combatir el VIH-Sida, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo" (UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006. Excluidos e Invisibles. Nueva York: UNICEF; 2005.)

Es imprescindible entender la adolescencia como una etapa de la vida en la cual no solo se movilizan estructuras subjetivas, sino que además se debe aceptar la existencia de una nueva intersubjetividad de la que los adultos forman parte.

Adolescentes mujeres y varones tienen valiosos aportes para realizar a la sociedad y un cúmulo de talentos que no siempre son reconocidos.

Se conoce que "el enfoque integral de desarrollo humano propuesto en el marco conceptual de la OPS es una estrategia de promoción de salud, y que invertir en adolescentes supone un ahorro futuro para los países. De esta manera, el gran desafío de los próximos años será utilizar este marco para desarrollar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, mejorar el ambiente donde viven, comprometerse con la promoción de salud, mejorar el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, apoyar la transición a la edad adulta, utilizar un enfoque de género en los servicios, fomentar la participación juvenil y promover la articulación interinstitucional"¹⁰⁷.

Así, el Programa Nacional de Adolescencia deberá combinar en sus acciones:

➤ un enfoque universal, dirigido a toda la población adolescente, que contemple:

- Comunicación, educación para la salud y participación de la población adolescente en temas tales como: ciudadanía, habilidades para la vida, hábitos saludables en nutrición, sexualidad, accidentes y otros.
- Atención de la salud con control semestral o anual.
- Detección precoz de patologías y riesgos.

➤ Un enfoque de equidad entendido como el "logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos"¹⁰⁸ necesaria focalización dirigida a grupos que presentan situaciones de vida particulares que conllevan menores oportunidades de tener un desarrollo sano:

- adolescentes fuera del sistema educativo formal o en riesgo de abandono.
- adolescentes que no tienen posibilidades de inserción laboral y están en condiciones de hacerlo, o los que trabajan sin protección laboral.
- adolescentes en situación de calle, abandono, pérdida de libertad.
- adolescentes que presentan problemas de salud mental (por ej. depresión, consumo de sustancias, intentos de autoeliminación).
- adolescentes portadores de patologías crónicas, neoplasias y capacidades diferentes, que requieren de una recuperación y / o rehabilitación y/ o cuidados paliativos
- adolescentes madres y padres.
- adolescentes víctimas de abuso sexual, maltrato, otras formas de violencia.
- adolescentes que viven con HIV o con SIDA.
- adolescentes que por distintos motivos viven en situación de aislamiento social.

¹⁰⁷ Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F: O. cit.

¹⁰⁸ Aguirre R, Bonino M, Espino A, Sepirza G: O. cit.

PROPÓSITO

Mejorar la calidad de vida de la población adolescente del Uruguay, promoviendo su crecimiento y desarrollo integral, desde un enfoque de derechos y de género, para incidir en el presente y futuro tanto de la población adolescente como en la de todo el país.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con un enfoque de derechos y de género.
- II. Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, que deberán instrumentar estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y respetando las diversas realidades locales.
- III. Promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena.
- IV. Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS Y ACTIVIDADES

- I. Definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con un enfoque de derechos y de género.

Objetivos específicos

- 1.1 Formular lineamientos que contribuyan a la organización sanitaria de la atención integral para adolescentes a nivel nacional en el marco del Sistema Integrado de Salud y de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- 1.2 Difundir el Programa Nacional de Adolescencia para la implementación en todos los niveles de atención, a nivel público y privado y en la comunidad y propender a la adaptación del mismo a la realidad local.
- 1.3 Implementar la creación de un Observatorio Nacional de Adolescencia.

Metas

- Difusión del Programa Nacional de Adolescencia a todos los efectores de salud, públicos o privados, que tengan bajo su responsabilidad la cobertura asistencial total o parcial de la población adolescente al término de 1 año.
- Difundir el Programa Nacional de Adolescencia a la comunidad.
- Realizar un diagnóstico de situación de salud y de necesidades de la población adolescente uruguaya, de alcance nacional, en el 1º año de ejecución de este Programa.
- Establecer prioridades a nivel nacional y adecuarlas a nivel local, zonal, departamental y regional, en el 2º año de ejecución de este Programa.
- Establecimiento del Observatorio Nacional de Adolescencia al término de los 2 años de ejecución de este Programa.

Actividades

- Difusión del Programa Nacional de Adolescencia para la implementación en todos los niveles de atención, a nivel público y privado y en la comunidad utilizando para este fin:
 - envío a todos los efectores del documento del Programa Nacional de Adolescencia.
 - boletines referidos a temáticas de interés en adolescencia a todas las instituciones de salud y referentes adultos.
 - utilización de espacios de prensa escrita y oral, de radio, TV, para realizar la promoción de salud adolescente con mensajes que apunten al desarrollo saludable de las y los mismas/os orientados al cumplimiento de los objetivos del Programa.
 - implementación, promoción y / o apoyo de encuentros zonales, regionales o nacionales de los equipos de salud adolescente y otros técnicos, disciplinas o instituciones vinculadas a la adolescencia.
- Redacción de los componentes que integran el plan de prestaciones que deberán ser ejecutadas por el conjunto de Instituciones que integran el SNIS.
- Creación de 1 formulario (parte diario de espacios adolescentes) de datos que contemple la asistencia y su instructivo para todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, cuyo registro se enviará en forma mensual a quien corresponda en el área institucional y será de insumo del Programa Nacional de Adolescencia.
- Creación de 1 formulario (parte de actividades comunitarias) de datos de actividades comunitarias que contemple las actividades de promoción de la salud y su instructivo para todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, cuyo registro se enviará en forma mensual a quien corresponda en el área institucional y será de insumo del Programa Nacional de Adolescencia.
- Implementar una encuesta nacional de necesidades de las y los adolescentes.
- Definir y crear y / o potenciar una unidad de recolección de la información citada en los tres ítems anteriormente mencionados para su sistematización.
- Los datos sistematizados serán la base para que el Programa Nacional de Adolescencia establezca las prioridades a nivel nacional y las comunique a todos los efectores públicos y privados a fin de que se puedan adecuar las líneas de trabajo a las diferentes realidades locales.
- Implementación del Observatorio de Adolescencia.

- II. Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales respetando las diversas realidades locales.

Objetivos específicos

- 2.1 Elaborar y difundir estrategias, guías y protocolos de atención integral y tratamiento.
- 2.2 Promover y verificar la formación de recursos humanos adecuados para la atención integral de la población adolescente.
- 2.3 Implementar acciones para el logro de un crecimiento y desarrollo saludable de las y los adolescentes, fortaleciendo los factores de protección y resilientes.
- 2.4 Generar espacios interdisciplinarios, específicos y diferenciados, capaces de brindar atención integral a la salud y tendientes a lograr la continuidad de la rehabilitación.
- 2.5 Priorizar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación según las necesidades específicas y demandas de las y los adolescentes.

Metas

- Dar a conocer los instrumentos elaborados (historia clínica, carné de salud, parte diario y parte de actividades comunitarias) al 70% de las instituciones de salud en el primer año y al 100% al término del 2º año.
- Verificar que el 80% de las instituciones de salud que trabajan con adolescentes hayan recibido al menos 1 instancia de capacitación del personal que tiene vínculo con la atención integral de adolescentes.
- Realizar encuentros anuales de capacitación de alcance nacional.
- Promover la sistematización de 1 actividad de promoción y/o de prevención primaria por institución a partir de los lineamientos generales descritos en el Programa y/o de los presentados en las instancias de capacitación, de acuerdo a la priorización de las necesidades locales establecidas.
- Elaboración de proyectos que apunten a la promoción y prevención de las problemáticas que se detallaron en este documento con especial énfasis en:
 - a- Estrategias para el intercambio y la reflexión sobre identidad, autoestima y vínculos.
 - b- Prevención de accidentes y aprendizaje de medidas básicas de primeros auxilios en los espacios habituales de los jóvenes.
- Disponer de al menos 1 espacio de atención a la salud integral de adolescentes en cada uno de los 19 departamentos en el plazo de 1 año.

Actividades

- Elaboración del listado de prestaciones de salud dirigida a la población adolescente.
- Elaboración y difusión de la guía de atención integral a adolescentes.
- Extender la utilización de la historia clínica del Sistema Informático del Adolescente (SIA OPS/OMS) a nivel nacional.
- Elaboración e implementación de la utilización del "carné del/ la adolescente" como

instrumento de control de salud a nivel nacional.

- Revisión y actualización de acuerdo a avances científicos y a la opinión de órganos consultivos y rectores en la temática, de la pauta de inmunización nacional para adolescentes.
- Elaboración y difusión de un parte diario único nacional de atención.
 - Elaboración y difusión de una planilla de actividades comunitarias y de promoción de la salud.
- Publicación y difusión de los documentos citados a los niveles que correspondan.
- Coordinar la utilización de los datos generados por estos instrumentos como fuente para el Observatorio Nacional de Adolescencia.
- Identificación de los recursos humanos interesados en esta temática en las instituciones prestadoras de servicios en el área de adolescencia, quienes serán convocados para participar en las instancias de capacitación que coordinará el Programa. Las mismas tendrán un encare interdisciplinario que permita un enfoque biopsicosocial (pediatra, médico general, psicólogo y psiquiatra, ginecólogo, odontólogo, nutricionista, enfermero, asistente social, partero, educador, comunicador y otros).
- Propiciar las instancias de coordinación con la UDELAR- Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, de Enfermería, de Obstetras, de Nutrición, Psicología, Ciencias Sociales, Ciencias de la Comunicación, de la Educación y otras que habiliten académicamente la formación en adolescencia.
- Fomento de líneas de sistematización e investigación sobre la salud de los /las adolescentes.
- Sensibilización y capacitación de los niveles más complejos de atención sobre la temática específica de la adolescencia.
- Creación de una red nacional en línea (virtual) de técnicos e instituciones que trabajan con adolescentes.
- Promover instancias de capacitación continua, en terreno, en línea (virtual), teleconferencias a todos los equipos de atención integral de el /la adolescente. La misma será realizada por personal idóneo y con experiencia debidamente documentada en la temática adolescente.

Contenidos y lineamientos en:

Promoción de la salud

- Se instrumentarán instancias educativas que contemplen las etapas del desarrollo personal y colectivo, los determinantes de la salud y su injerencia de acuerdo a la realidad local, teniendo en cuenta el concepto de salud integral en el marco de los derechos humanos, con perspectiva de género, con carácter anticipatorio, con énfasis en la familia, educación y recreación. Se tendrán en cuenta tres pilares: adolescentes, integrantes de la familia y técnicos referentes.

Con adolescentes:

Instancias que les permitan adquirir conocimientos, actitudes y competencias sobre su salud, llevándolos a oficiar como multiplicadores en su entorno. Un aspecto importante es asegurar la confidencialidad necesaria para el abordaje integral, la que será explicitada claramente en el espacio de atención, en la consulta y con la familia.

Temáticas a ser abordadas: autocuidado y autoestima; vínculo, respeto y solidaridad, primeros auxilios, hábitos alimentarios, higiene, sexualidad plena, salud ambiental, educación en red vial y normas de tránsito, utilización adecuada del tiempo

libre, ejercicio y deportes, actividades artísticas y culturales, entorno que habilite la elaboración de proyectos, proceso de aprendizaje, escolarización, inserción laboral y otros. Con la participación activa de las y los adolescentes en la selección de la temática.

Abordaje en:

- a) la consulta individual.
- b) sala de espera.
- c) lugares de pertenencia en la educación formal y no formal y otros (espacios recreativos, de deportes, culturales, etc.)

Con referentes de la familia:

a- Facilitando un espacio de reflexión y debate sobre las características de esta etapa evolutiva, priorizando el vínculo adolescente-familia y el rol fundamental que ésta cumple en pos de la disminución de la vulnerabilidad adolescente frente a la violencia, abuso sexual y maltrato, entre otros.

b- Propiciando la consolidación de grupos de familias, que reflexionando y compartiendo dificultades, problemáticas comunes, sean capaces de generar efectos de sostén recíprocos. Se coordinará con programas de inclusión social llevados adelante por otros ministerios e intendencias.

Con técnicos referentes de todas las áreas que trabajan con adolescentes

identificando ejes temáticos de su interés, con énfasis en los factores protectores y de riesgo que condicionan la salud de esta.

- Solicitar a cada efector de salud la sistematización anual de una experiencia, propuesta y/o proyecto.
- El Programa elaborará 2 propuestas de promoción para la salud con alcance nacional por año.

Prevención

➤ Protección específica:

- a. Exigencia del certificado esquema de vacunación vigente como condición de salud.
- b. Prevención de enfermedades de transmisión sexual e investigación precoz de las mismas en adolescentes que tengan al menos un factor de riesgo.

Protección inespecífica:

- A) Para su abordaje, se tendrá en cuenta el contenido de los lineamientos anteriormente mencionados.
- B) Prevenir y realizar diagnóstico precoz de las situaciones de riesgo biopsicosocial y ambiental, así como de las patologías asociadas que ellas conllevan tales como: todas las patologías crónicas prevalentes en la población uruguaya, hábitos de consumo, accidentes, intentos de suicidio, violencia, conductas delictivas y patologías ambientales, entre otras.
- C) Seguimiento y evaluación del entorno familiar y / o social de las/los adolescentes mediante consultas programadas, visitas domiciliarias y /o coordinaciones interinstitucionales.

Atención

- Creación y/o adecuación de espacios sustentables, apropiados y

accesibles que atiendan la salud de las y los adolescentes cumpliendo con los estándares para servicios de calidad de OMS.

Características de estos espacios:

- a- accesibilidad geográfica, cultural, administrativa, con turnos asegurados.
 - b- Sala de espera con sanitarios accesibles y limpios.
 - c- Dos consultorios mínimo, separados y funcionando en horarios específicos que aseguren la privacidad y el respeto.
 - d- Materiales y tecnología apropiados para realizar las intervenciones básicas.
 - e- Insumos como medicamentos, preservativos, anticonceptivos incluyendo los de emergencia, folletería, cartelería y otros. Se asegurará la accesibilidad a la más amplia información en el área de una sexualidad saludable y a métodos anticonceptivos a todas y todos las y los adolescentes.
- Implementación de la atención integral priorizando el enfoque de por lo menos dos disciplinas debidamente capacitadas para su abordaje: una del área biológica y otra del área psicosocial teniendo en cuenta las siguientes características:
- a. Trabajo en equipo interdisciplinario, con tiempo propio para su conformación, planificación, coordinación, atención, seguimiento y evaluación continua.
 - b. Reuniones con el resto de los técnicos de los servicios de salud para difundir esta modalidad de atención así como con recepción, farmacia, laboratorio para favorecer la inclusión del adolescente en los dispositivos de salud que no funcionen en el mismo horario del espacio.
- Creación de una agenda para consulta programada y espontánea, que contemple:
- a. Control de el /la adolescente sano/a.
 - b. Control de la adolescente embarazada y del padre adolescente.
 - c. Atención de diferentes condiciones y problemas de salud agudos y/o crónicos con especial énfasis en lo biopsicosocial.
 - d. Seguimiento y evaluación del entorno familiar y / o social de las y los adolescentes mediante consulta programada, visitas domiciliarias, visitas al lugar de pertenencia por personal del servicio y/o a través de coordinaciones interinstitucionales.
- Control de salud de adolescentes en forma anual. En la adolescencia "temprana" (10- 14 años), vista la irrupción de los cambios biopsicosociales entre ellos los puberales, se recomienda realizarlo en forma semestral y en la adolescencia tardía (15 a 19 años) al menos en forma anual, contemplando los diferentes aspectos de la integralidad (guía de atención integral).
- Control de salud bucal semestral realizado por odontólogo (según pauta del Programa Nacional de Salud Bucal).
- Control de salud ocular a los 12 años realizado por oftalmólogo (según pauta del Programa Nacional de Salud Ocular).
- Articular el control de la adolescente embarazada con el espacio adolescente; cumpliendo de esta forma con un seguimiento adecuado y contemplando todos los aspectos básicos de la salud integral de la adolescencia, incluyendo la atención al padre adolescente.
- a- Promover la integración al equipo de trabajo, de las familias y /o referentes tanto de la madre como del padre adolescente.
 - b- Difundir la ley N° 17.386 de acompañamiento en el parto.
 - c- Promover la lactancia materna y el vínculo temprano del binomio madre- hijo / a.
 - d- Promover el control del puerperio, brindando orientación en métodos

anticonceptivos con fácil acceso y disponibilidad de los mismos.
e- Promover el acompañamiento de las y los adolescentes por personal especialmente formado, en el primer año de vida de su hijo/a, brindándoles apoyo en el mantenimiento y/ o construcción de proyectos de vida.

- Atender los problemas de salud agudos y/crónicos, específicos o no de esta etapa de la vida, focalizando las acciones de acuerdo a las pautas de atención y tratamiento.
- El equipo de salud adolescente deberá articular estrategias con los referentes de la red de drogas del 1er nivel de atención y viceversa.
- Articular con los niveles de mayor complejidad la atención integral de adolescentes estableciendo un sistema de referencia y contrarreferencia ágil.
- Creación progresiva de espacios específicos para adolescentes en esos niveles que asegure la continuidad en la atención.

Rehabilitación

- Garantizar la rehabilitación en la atención integral que contemple los aspectos biopsicosociales, coordinando acciones interinstitucionales de manera de optimizar recursos locales, técnicos, materiales y locativos.

Coordinación interinstitucional e intersectorial

- Promover la articulación interinstitucional e intersectorial frente a problemas de salud en todas aquellas situaciones que requieran la intervención de otras dependencias gubernamentales o no gubernamentales.

III. Promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena.

Objetivos específicos

- 3.1 Crear y /o utilizar espacios ya existentes de integración y participación de adolescentes, logrando identificar por sus cualidades y aptitudes personales jóvenes que deseen formarse como promotores juveniles de salud.
- 3.2 Fortalecer la red de adolescentes y la de adultos referentes en la elaboración de propuestas destinadas a este grupo etario.

S

- Lograr diferentes niveles de participación de la población adolescente en el cuidado de su salud en un año.
- Monitoreo del funcionamiento de la red de adolescentes a nivel nacional.
- Elaboración de al menos 2 propuestas de alcance nacional que involucren a la adolescencia en el término de 1 año

Contenidos y lineamientos

Se deberá crear y/ o fortalecer espacios de pertenencia de las y los adolescentes, donde se generen actividades de promoción de salud, auto cuidado y cuidado mutuo y se discutan problemas de la comunidad.

Se intentará identificar aquellos jóvenes sensibilizados en temas de salud, colaborando en su formación como promotores juveniles, así como sostener y acompañar a los ya formados en distintas áreas en sus actividades dentro y fuera el espacio adolescente.

Podrán promoverse tareas de adecuación de espacios comunitarios como de expresión cultural, que determinen mejoras del medio ambiente de acuerdo a la realidad de las/los adolescentes y a la realidad local.

Se estimulará la realización de trabajos de investigación y formulación de proyectos que involucren a la comunidad escolar, liceal, o que asista a un espacio recreativo u ocupacional.

Se estimulará y acompañará a los jóvenes en la conquista de los medios de comunicación local, zonal, barrial y masiva.

Se propenderá a la creación de redes locales y regionales con participación de los y las adolescentes, fortaleciendo su participación en las propuestas y ejecución de políticas públicas en juventud.

Se coordinarán instancias de sensibilización de los referentes adultos, familias, educadores y técnicos en temáticas específicas y de acuerdo a las necesidades locales.

Especial cuidado deberá ponerse en la formulación de proyectos que potencien la integración intergeneracional como elemento de crecimiento y desarrollo de la comunidad.

Se estimulará la participación de adolescentes en la red de Adolescencia central en tanto sujetos de derecho para ejercer su ciudadanía a nivel local, zonal y también central.

Asimismo se estimulará la participación juvenil a través de líderes elegidos por los propios adolescentes en la elaboración y monitorización de proyectos que contribuyan a la construcción y adecuación de acciones del Programa Nacional de Adolescencia.

IV. Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.

Objetivos específicos

4.1 Lograr la coordinación y transversalización de este Programa con los otros programas de la DIGESA.

4.2 Implementar coordinaciones intersectoriales con los sectores involucrados en el desarrollo de adolescentes como Ministerio de Desarrollo Social (INJU, INAU, INFAMILIA) Ministerio de Educación y Cultura, CODICEN, Ministerio del Interior, Ministerio de Turismo y Deportes, Universidad de la República, Intendencias, y organizaciones no gubernamentales.

Metas

- Elaboración de 2 propuestas sobre trabajo en salud adolescente conjuntas con otros programas del MSP en el término de 1 año.
- Elaboración de al menos 1 propuesta y su evaluación intersectorial con el sector educación y /o recreación y deportes u otros, en el término de 1 año.

Actividades

- Coordinación con todos los programas del MSP .
- Coordinación interinstitucional, intersectorial en los diferentes niveles que correspondan impulsando la creación de convenios, acuerdos para la realización de diferentes proyectos.
- Fortalecimiento de la red de adolescencia y la de sus referentes.
- Coordinación con instituciones educativas, organismos no gubernamentales o referentes de grupos donde se encuentren las/los adolescentes, posibilitando una intervención temprana y oportuna de los equipos de atención integral.

EVALUACIÓN

Indicadores según objetivo específico:

Objetivo específico 1:

- $\frac{\text{Nº de Instituciones que recibieron el Programa}}{\text{Total de Instituciones que integran el SNIS}} \times 100$, en 1 año =
- Total de actividades de difusión del Programa a la comunidad, por Institución, por Departamento, a nivel nacional, en el término de 1 año.
- Redacción de los componentes que integran el Plan de Prestaciones en 1 año.
- Elaboración del diagnóstico de situación de salud y de necesidades de la población adolescente uruguaya en 1 año.
- Elaboración del Proyecto "Observatorio Nacional de Adolescencia" en 1 año

Objetivo específico 2:

- Nº de instituciones que recibieron instancias de difusión y/o capacitación del Programa.
 - $\frac{\text{Nº de instituciones que usan los instrumentos del Programa}}{\text{Total de instituciones que recibieron capacitación en su uso}} \times 100 =$
- Nº de Instituciones que implementaron instancias de capacitación / Nº total de instituciones que integran el SNIS.
- Informe del seguimiento de los proyectos del Programa.

- Nº espacios adolescentes, rurales -urbano, públicos o privados a nivel nacional / Población adolescente por departamento y por año.

- Nº de espacios de calidad según normas OPS / Nº de espacios creados. Por departamento y por año.

- De disponibilidad de RRHH:

Hs. Técnicos (médico, psiquiatra, psicólogo, ginecólogo, nutricionista, enfermero y otros) / población adolescente.

Se valorará por institución, por departamento, a nivel nacional, por año.

Hs. Técnico en atención de adolescentes / total horas técnico contratadas.

- Nº de SIA expedidos / población adolescente =
(por departamento, por Institución y por año)

- Nº de carné expedidos / población adolescente=
(por departamento y por Institución y por año)

Objetivo específico 3:

- Lectura de registros como fotos, videos y otros.

- Nº de instituciones que desarrollaron actividades con participación de adolescentes / Nº de instituciones que integran el SNIS

- Nº de instituciones que participaron en la formación de promotores juveniles en un año.

- Informe de seguimiento del funcionamiento de la red de Adolescencia al año.

Objetivo específico 4:

- Nº de Programas coordinados en DIGESA / Nº de Programas DIGESA

- Nº de coordinaciones intersectoriales.

IMPACTO DEL PROGRAMA

- Al año haber realizado el diagnóstico de la situación de salud e identificado las necesidades de las y los adolescentes uruguayas/os
- A los 2 años y luego de haber realizado el diagnóstico de situación de la población adolescente, verificar los cambios en la calidad de la atención brindada por todas aquellas instituciones que tengan bajo su responsabilidad la atención integral de adolescentes
- A los 3 años realizar el seguimiento de la situación de salud de la población adolescente del Uruguay habiendo establecido un indicador de salud biológico (salud bucal, nutrición, embarazo adolescente u otro) y uno de salud mental (depresión, IAE u otro).

BIBLIOGRAFÍA

1. Abal A, Cheroni A, Leopold S. Adolescencia e Infracción. Una aproximación a la construcción subjetiva. Montevideo: Cenfores. Rosgal S A; 2005.
2. Aguirre R, Bonino M, Espino A, Sapriza G. Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP- OPS-UNFPA; 2006.
3. Alberti M, Fernández A, Ferrari A M y otros. Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2000-2006. Arch Pediatr Urug 2007; 78(1): 48-53.
4. Arias A, Morales M. En la esquina...trampas y desafíos. Adolescencia en situación de esquina. En: Adolescencia y Educación Social: un compromiso con los más jóvenes. Montevideo: INAU- Cenfores; 2005.
5. Bailador P, Viscardi N, Dajas F. Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev Med Uruguay 1997; 13: 213-223.
6. Barquin M. Dirección de hospitales 7ª ed. México: Mc Graw-Hill 2003.
7. Birraux A, Frioni M, Ginés A y otros. Adolescentes hoy. En la frontera entre lo psíquico y lo social. Montevideo Uruguay Ed Trilce. 2005
8. Caetano G. Veinte años de democracia. Uruguay: Ed. Taurus; 2005.
9. Castellano Barca G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. . Madrid: Ed. Ergon; 2004.
10. Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N° 17.823 (7 set 04).
11. Comité de los Derechos del Niño del Uruguay. La incorporación de los derechos del niño a las políticas públicas en el Uruguay; Seminario IMM, Montevideo, nov. 2000.
12. Convención sobre los derechos del niño. 20 de Noviembre 1999. UNICEF.
13. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Med. Uruguay 1991; 6:203-215.
14. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. Rev Med Uruguay 2001; 17: 24-32
15. Dever A. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Washington DC: OPS OMS; 1991.
16. De Rosa R y cols. Adolescencia. Buenos Aires: Ed. FADA; 2002.
17. Donas Burak S (compilador). Adolescencia y juventud en América Latina. Costa Rica: Ed. LUR; 2001.
18. Duarte J C (Juez de Familia de 1ª Instancia de 1er Turno) ; Conferencia: "El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos" 5ª Jornada de Adolescencia del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. 29 de noviembre 2006.
19. Dulanto Gutiérrez E. El Adolescente. Méjico: Ed. Mac Graw-Hill; 2000.
20. El marco conceptual de la Salud Integral del Adolescente y de su cuidado. Washington DC: OPS; 1990.
21. Erosa D. De duelos y nuevas reglas. Semanario Brecha 29 de junio 2007.
22. Falke G. Adolescencia, Familia y Drogadicción. Argentina: Ed. Atlante; 1998.
23. Gentile Ramos I. Puericultura y pediatría social 2ª ed. Montevideo Uruguay. Ed: librería médica 1988.
24. Giaimo M A. Mapa Social de la Pobreza. Una capital, 2 ciudades. Uruguay. Semanario Brecha, octubre 2004.
25. González Ortuy P. Evaluación de Programas. En: Programa participativo en salud

- comunitaria. Uruguay: Ed. Comisión sectorial de educación permanente de la Facultad de Enfermería. UDELAR; 2005.
26. Greydemus D, Rimsza M, Patel D; Prefacio: Salud en el ámbito educativo. Clinicas Pediátricas de Norteamérica. Vol 52 N° 1 Ed Masson, 2006
 27. Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2003.
 28. Junta Nacional de Drogas. Pasta Base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2006.
 29. La Rosa Huertas L. Servicios diferenciados, servicios diferentes. Gestión de la atención de salud de l@s adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. Lima: Ed. Spaj; 2001.
 30. La Rosa Huertas L. Modelos de atención de salud para adolescentes en el sector público. Estudio de 10 experiencias en el Perú. 2ª edición. Lima: Ed. Spaj; 2002.
 31. López Gómez A, compiladora. Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). Montevideo: UDELAR. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. (Facultad de Psicología). UNFPA; 2005.
 32. Maddaleno M, Morillo P, Infante- Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública de México/ vol 45, suplemento1 de 2003.
 33. Magnifico G, Pujadas M. Indicadores de salud. En: Etchebarne L (compiladora). Temas de medicina preventiva y social. 3ª edición. Montevideo: Ed. Oficina del libro FEFMUR; 2001.
 34. Méndez Ribas J y cols. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Argentina. Ed.: Ascune 2005
 35. Michelini M L , Giambruno G, Foren M, Portillo J. Indicadores y políticas de salud en la infancia, primer nivel de atención. Publicación de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Uruguay: SUP; 2003.
 36. Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Chile Ed. : Mediterráneo. 2004
 37. Moreno E Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de EDISA. Buenos Aires: UBA; 1992.
 38. Negro R C, Gentile Ramos I. Clínica Pediátrica. Tomo IV. Montevideo Uruguay: Ed Delta; 1985.
 39. OPS. Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Washington DC: OPS; 2006.
 40. MSP. Normas de atención integral de la salud de la adolescencia. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2003.
 41. MSP. Plan Nacional de Atención Integral a la niñez, adolescencia y salud reproductiva. 2000-2003. OPS- MSP-FISS Montevideo- Uruguay. 1999.
 42. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescencia. Cuba: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar; 2000.
 43. Oliver i Ricart Q. Una mirada a la situación de la prostitución infantil y adolescente en Uruguay. Montevideo: UNICEF; 2001.
 44. Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 1ª edición. Barcelona: Ed. Masson; 2001.
 45. Posada Díaz Á, Gómez Ramírez J, Ramírez Gómez H. El niño sano. 3ª edición. Bogotá: Ed. Panamericana; 2005.
 46. Proyecto Adolescencia Buenos Aires 1992/93/94. Propuesta para un Modelo de Atención Integral Asistencial- Docente/ Intra-Extrahospitalario. Buenos Aires. Ed.

- FUSA; 2000.
47. Puga T. Los derechos del niño. Arch. Argent. Pediatr 2001; 99(2) / 150.
 48. Raynald Pineault M D. La planificación sanitaria. Concepto, métodos, estrategias. Méjico: Ed. Masson; 1995.
 49. Rodríguez Almada H, García Maggi I, Ciriacos c. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. Rev Med Uruguay 2005; 21: 141-150.
 50. Rodríguez E. Participación juvenil y políticas públicas en América Latina y el Caribe: algunas pistas iniciales para reflexionar colectivamente. Documento Base del Foro Electrónico sobre Organizaciones Juveniles en la Región Andina. CELAJU dic 2004.
 51. Rodríguez de la Parra S, Carbelo Baquero B. autocuidado en el adolescente. Tev ROL. Enf 1999; 22(7-8):497-505.
 52. Santi L y otros. Adolescencia. Salud integral y embarazo precoz. Documento especial N°3. MSP- UNICEF. Uruguay: 1994
 53. Schult-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Washington DC: OPS; 2003.
 54. Silber T, Munist M, Maddaleno M y Suárez Ojeda E. Manual de medicina de Adolescencia N°20. Washington DC: OPS. Ed Paltex; 1992.
 55. Tassel A. Calle del Tag. En: Pensar la adolescencia de Aubert A, Birraux A, Caule E y otros. Montevideo Uruguay: Ed. Trilce; 2004
 56. Torres M (compilador) y otros. Niños fuera de la ley. Niños y adolescentes en Uruguay: exclusión social y construcción de subjetividades. Uruguay: Ed. Trilce; 2005.
 57. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006. Excluidos e invisibles. Nueva York: UNICEF; 2005.
 58. UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2005. Montevideo: Tradinco S A; 2006.
 59. UNICEF. Observatorio de los derechos de la Infancia y la adolescencia en Uruguay 2006. Montevideo: Tradinco S A; 2007.
 60. Viola L, Martínez-Schiavo A, Pazos M. La emergencia en Psiquiatría Pediátrica. En: Bello o, Sahabiague G, Prego J, De Leonardis D. Pediatría: urgencias y emergencias. Montevideo: Ed. Biblio Médica; 2003.
 61. Zamora R. Pautas para la atención del adolescente en la práctica corriente. Arch. Pediatr. Uruguay 57 (4): 197; 1986.

Material en soporte electrónico:

62. Comisión de Educación Sexual de ANEP-CODICEN. La incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo. Montevideo: CES; 2007. Se consigue en URL: <http://www.ces.edu.uy>
63. Friedmann D, Lima M. E. Maltrato: los niños rompen el silencio (citado en Abril 2007). Se consigue en: URL: <http://www.uruguaysolidario.org.uy>
64. Gurises Unidos. Cuantificación de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en el departamento de Montevideo y Área Metropolitana (citado en setiembre 2003). Se consigue en URL: <http://www.espectador.com>. INAU.
65. MIDES. Informe: La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>
66. Propuesta de reorganización institucional. Uruguay: Inau; Agosto 2006. Se consigue en URL: <http://www.inau.gub.uy>

67. UNICEF. El trabajo infantil y adolescente en Uruguay y su impacto sobre la Educación. Análisis de la situación en la década pasada y el presente. Montevideo: UNICEF; 2003. Se consigue en URL: <http://www.unicef>.

ANEXO III

PROGRAMA SETIEMBRE

PROGRAMA SETIEMBRE

Consolidación y desarrollo a nivel nacional

(Extracto parcial de informe original)

Dr. Wilson Benia¹

1. Introducción.

El Programa Setiembre comenzó a ser concebido a mediados del año 2001, cuando a través del Programa de Salud Integral a la Mujer (SIM) comenzaban a instalarse en los Centros de Salud de SSAE, los servicios gratuitos de anticoncepción.

Empezaban a darse las condiciones para responder a un problema identificado por los profesionales responsables de los Servicios para adolescentes del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), específicamente Sala 4, que venían constatando con preocupación que muchas adolescentes, luego de su parto, no volvían al CHPR para iniciar un plan de anticoncepción a efectos de evitar un segundo embarazo adolescente. Esto era constatado muchas veces, aún cuando las adolescentes manifestaban su interés en ello, durante los intercambios con el equipo de salud en el periodo de internación del puerperio inmediato.

Se planteaba la existencia de barreras de accesibilidad como las dificultades para trasladarse desde barrios lejanos al Hospital, dificultades económicas, priorización de otros asuntos vinculados a la maternidad, etc. que determinaban que estas adolescentes no iniciaran un plan de anticoncepción. En el 25% de los casos se repetía la experiencia del embarazo en ese periodo de su vida, en muchas ocasiones sin que fuera planificado ni deseado.

A mediados del año 2002, los Centros de Salud estaban en condiciones de asegurarle a las adolescentes que allí concurrían, una buena receptividad y una oferta amplia de métodos anticonceptivos: preservativos, anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos, anticonceptivos inyectables de depósito, etc. Se consideró oportuno utilizar el puente de referencia y contrarreferencia consolidado por el Programa Aduana entre las maternidades y los efectores del Primer Nivel, para derivar hacia los Centros de Salud y las Policlínicas Municipales a las adolescentes puérperas para que se integraran a un plan de seguimiento con los equipos de salud reproductiva. Así se inició en el noveno mes del 2002, la experiencia del Programa Setiembre.

¹ Médico. Magíster en epidemiología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Prof. Adj. del Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Coordinador Región Este - SSAE-ASSE-MSP. Coordinador del Programa de Salud Integral de la Mujer (SSAE). Integrante del equipo técnico de apoyo a los Programas Aduana y Setiembre desde el año 2000 a la actualidad.

Durante el año 2003, mediante una coordinación entre el Área Mujer Niñez de DIGESA y la Intendencia Municipal de Montevideo, se ha podido asegurar también a las adolescentes que concurren a las policlínicas municipales, el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos.

Esto ha contribuido a fortalecer el programa que aún está en etapa de implementación en los servicios, dado que el proceso de incorporar a las adolescentes a la dinámica de referencia y contrarreferencia exige movimientos importantes, en la conceptualización y práctica concreta del trabajo de los equipos de salud.

2. Marco conceptual.

El programa se orienta a partir de los siguientes referentes conceptuales:

- **Las/os adolescentes son ciudadanas/os sujetos de derechos.**
A partir de la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada por Naciones Unidas en El Cairo en 1994, se produjo un cambio sustantivo en el paradigma en que se habían concebido las políticas de población hasta entonces, al transitar desde una concepción de control natal a un paradigma de políticas públicas basadas en derechos. Los derechos sexuales y reproductivos como el disfrute de una vida sexual segura y sin riesgos, el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos, pasaron a ser considerados como derechos humanos fundamentales que deben ser garantizados por los Estados.
- **La salud sexual y reproductiva debe ser abordada desde una perspectiva integral.** Los lineamientos surgidos del Programa de Acción de la CIPD (Cairo 1994), convalidados el año siguiente en Beijing en la Conferencia internacional de la Mujer, indican la necesidad de reformular los marcos conceptuales incorporando los determinantes socio-culturales, económicos y políticos que están a la base de la producción de los problemas de salud enfermedad, y que también condicionan la solución y respuesta a los mismos. La comprensión de los procesos de salud y enfermedad de los adolescentes debe incluir el análisis de los sistemas de valores y creencias en relación al cuerpo y sus cuidados, los estilos de vida, las prácticas sociales que los involucran y los aspectos más relevantes de su vida cotidiana.
- **La dinámica de los servicios debe incorporar la perspectiva de género, tendiente a identificar y superar las inequidades.** La perspectiva de género permite visualizar los aspectos relacionales de la dinámica del poder entre varones y mujeres, los roles asignados y las construcciones socio-históricas de lo masculino y lo femenino y su impacto en el campo de la salud. El género como categoría de análisis del sistema de salud, los servicios y los equipos de salud, permite identificar en sus prácticas los elementos generadores y fortalecedores de estereotipos e inequidades.

- La perspectiva ética en el trabajo con adolescentes debe centrarse en el principio de autonomía, que los fortalezca en la toma de decisiones responsables respecto de su propia vida.

El enfoque de derechos sexuales y reproductivos está vinculado con el enfoque del empoderamiento, que supone revisar y transformar las relaciones de poder. En el campo específico de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el empoderamiento debe ser concebido como un proceso individual y colectivo, tendiente a habilitar a las personas para la toma de decisiones para su vida y su cuerpo de manera autodeterminada. La autodeterminación en el campo de la salud sexual y reproductiva constituye la base para aspectos tan importantes como el autocuidado, el cuidado del otro, el respeto a la diversidad, la responsabilidad social y la capacidad de negociación sexual desde un lugar de equidad.

3. Propósito

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de las madres adolescentes del subsector público de Montevideo a partir de la captación desde el puerperio, brindando información y servicios de anticoncepción a la adolescente y su pareja para prevenir el siguiente embarazo, fortalecer el vínculo con el bebé, y acercarlos al equipo de salud promoviendo su posible proyecto de vida.

4. Objetivos

- 4.1. Mejorar las condiciones de salud de las adolescentes madres, promoviendo el autocuidado y facilitando el vínculo con los equipos de salud.
- 4.2. Prevenir la reiteración del embarazo en las adolescentes madres que egresan de las maternidades del Centro Hospitalario Pereira Rossell (MSP) y del Hospital de Clínicas (UDELAR).

5. Estrategias y actividades

La estrategia se desarrolla bajo los principios de coordinación intrainstitucional e interinstitucional entre diversos efectores del sub-sector público.

Articula los servicios hospitalarios del CHPR, del Hospital de Clínicas, con el nivel central de SSAE, y los efectores de Primer Nivel coordinados desde Programa Aduana: Centros de Salud de SSAE, Policlínicas municipales (IMM) y médicos de familia (UNAMEFA-MSP).

Su desarrollo implica múltiples actividades que se ejecutan en los diferentes componentes del programa.

La proyección del Programa Setiembre al interior del país debe integrar estas actividades, aunque los escenarios institucionales de las mismas cambien en función de las características de la realidad local de cada departamento.

5.1. Actividades y tareas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

ACTIVIDAD: Referencia de las adolescentes puérperas y apoyo educativo inicial.

Está implementado un mecanismo de **referencia** de las adolescentes puérperas desde la Sala 4 (Servicio de Adolescentes del CHPR), a los equipos del Primer Nivel del Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) de los Centros de Salud del SSAE-MSP, y del Programa de Atención Integral de la Mujer (PAIM) de las Policlínicas municipales de la IMM.

La referencia se sustenta en el dispositivo con que en la actualidad cuenta el **Programa Aduana** para la referencia de recién nacidos desde el CHPR a los Centros de Salud.

Los procedimientos incluyen las siguientes TAREAS:

- Las adolescentes reciben el **asesoramiento** y la **consejería** a cargo del equipo multidisciplinario de Sala 4, incluyendo aspectos vinculados a su autocuidado, métodos anticonceptivos, vínculo con su bebé, etc.
- Cada una de las adolescentes es entrevistada por funcionarias de Programa Aduana, que **la refiere** a un Equipo de Salud de la Mujer de Primer Nivel, según su lugar de residencia. Las funcionarias cuentan a estos efectos, con una planilla de distribución de días y horas de ginecólogos y parteras de los Centros de Salud.
- Se le entrega a al adolescente un **Carné de la Mujer** con un sello identificatorio del PROGRAMA SETIEMBRE (o se les sella el carné que ya tienen), que puede ser adosado (engrapado) al Carné de Control del Niño. La finalidad principal de este **Carné de la Mujer** es que al ser presentado por la adolescente en la admisión del Centro de Salud o Policlínica a al que es referida, le facilite su **acceso inmediato a la consulta de ginecología** para su control puerperal y control o asesoramiento en anticoncepción.

5.2. Actividades y tareas en el Hospital de Clínicas.

ACTIVIDAD: Referencia de las adolescentes puérperas y apoyo educativo inicial.

Está implementado un mecanismo de **referencia** de las adolescentes puérperas desde los Servicios de las Clínicas del Dr. Martell y del Dr. Medina a los equipos del Primer Nivel del Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) de los Centros de Salud del SSAE-MSP, y del Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM) de las Policlínicas municipales de la IMM.

La referencia se sustenta en el dispositivo con que en la actualidad cuenta el **Programa Aduana** para la referencia de recién nacidos desde el Hospital de Clínicas a los Centros de Salud.

Los procedimientos incluyen las siguientes TAREAS:

- Las adolescentes reciben una **consejería** mínima por parte del personal de enfermería, incluyendo aspectos vinculados a su autocuidado, métodos anticonceptivos, vínculos con su bebe, etc.
- Cada una de las adolescentes es entrevistada por enfermería o voluntarias, y es **referida** en un Equipo de Salud de la Mujer de Primer Nivel según su lugar de residencia.
- También se le entrega un **Carne de la Mujer** con un sello identificatorio del PROGRAMA SEPTIEMBRE.

5.3. Actividades y tareas de referencia en Central de SSAE

ACTIVIDADES:

- A) Enlace informativo de referencia entre Servicios del Tercer Nivel y Equipos de Atención del Primer Nivel.
- B) Recolección de información desde cada Centro de Salud.
- C) Análisis de la información y elaboración de Informe periódico de resultados.

Se desarrollan los siguientes TAREAS:

- Se decepcionan los datos que habitualmente son enviados a Central por el componente hospitalario de Programa Aduana, y se cargan a la base de datos.
- Se elaboraran **listados con las adolescentes** (de 19 años o menos) referidas a cada uno de los Centros de Salud. Los listados incluyen los siguientes datos de las adolescentes:
 - Fecha del parto.
 - Apellido y nombre.
 - Domicilio.
 - Cedula.
 - Edad.
 - Código de Lugar de Control del Embarazo.
 - Cantidad de controles de embarazo realizados.
 - Código del Servicio de Primer Nivel al cual fue referida la adolescente.

Además de estos datos, dichos listados contarán con casilleros en blanco, para completar los siguientes ítems:

- Fecha de primera visita domiciliaria.
 - Fecha de segunda visita domiciliaria.
 - Fecha de primera consulta de control de puerperio.
 - Fecha de segunda consulta de control de puerperio.
 - Adopción de Plan de anticoncepción.
 - Método anticonceptivo administrado.
 - Fecha de primera consulta de seguimiento.
 - Fecha de segunda consulta de seguimiento.
- Los listados son enviados a los Centros de Salud en soporte de papel.
 - Los listados son luego decepcionados desde los Centros de soporte de papel, e ingresados a la base de datos.

- Se analizan los datos cuatrimestrales a efectos de identificar indicadores de resultados del Programa.

Esta dinámica se viene modificando con el nuevo Sistema de Información, ya que los datos de la adolescente entran al Sistema cuando son digitados en el CHPR o en el Clínicas directamente en la Pantalla de entrada. Dejan de ser necesarios los listados para los Centros de Salud, desde el momento que los datos de visitas domiciliarias y consultas de puerperio y seguimiento son digitados en pantalla por los funcionarios de Programa Aduana de los Centros de Salud.

Sera necesario mantener el formato papel de los listados u circulación, para las policlínicas municipales.

5.4. Actividades y tareas en servicios del Primer Nivel, Centros de Salud SSAE, Policlínicas IMM.

ACTIVIDADES:

- A. *Centros de Salud de SSAE: Enlace local de la información hacia Policlínicas IMM y médicos de familia, y devolución de contrarreferencia hacia Central de SSAE.*

TAREAS:

- Se informa a la Policlínicas municipales (listados separados) y médicos de familia, los datos de las adolescentes referidas a esos efectores según su lugar de residencia.

- B. *En centros de Salud y Policlínicas Municipales: Operativa interna de Captación de púerperas adolescentes para control puerperal, asesoramiento anticonceptivo, ingreso en el plan de anticoncepción, seguimiento y apoyo.*

TAREAS:

- En la admisión se facilita la consulta con ginecólogo o partera, ante la presentación del Carne de la Mujer PROGRAMA SETIEMBRE. Se trata de que las adolescentes tenga la primera consulta en ocasión de llevar al recién nacido a su primer control con pediatra.
- En los centros se facilita, en la medida de lo posible, la simultaneidad de la consulta pediátrica y ginecológica a efecto de facilitar el acceso de las adolescentes a los controles de puerperio y seguimiento.
- En la medida de lo posible, cuando las condiciones del servicio lo permitan, se orientara a la usuaria a realizar **primero la consulta ginecológica**, pasando luego a la consulta de recién nacido en pediatría.
- En el Programa Aduana o en la consulta técnica se elabora una **Tarjeta de seguimiento de adolescente** (del mismo modo que se elabora la ficha del recién nacido o de seguimiento de embarazadas), que permite el registro y monitoreo de consultas realizadas por las adolescentes. Se utilizan las fichas de seguimiento de embarazadas al dorso.
- Las **Tarjetas de seguimiento de las adolescentes** integran un fichero aparte.

- El personal de enfermería que realiza la antropometría del recién nacido, los funcionarios de programa aduana, y los pediatras pueden contribuir a realizar esta orientación de las adolescentes cuando concurren a controlar los recién nacidos.
- En los casos que los controles de recién nacido no pasan por admisión, el personal de enfermería encargado de organizar los controles del recién nacido será el receptor de adolescente y deberá identificar este **Carne de la Mujer y orientar a la usuaria a la consulta ginecológica en el mismo día.**
- Se integra a la joven a un PLAN DE SEGUIMIENTO consistente en un mínimo de 4 controles:
 - Primer control puerperal entre los 7 y los 10 días posteriores al parto.
 - Segundo control puerperal entre los 30 y los 40 días posteriores al parto. Es el momento propicio para la colocación del dispositivo intrauterino en los casos que la adolescente opta por este método anticonceptivo.
 - Tercer control de seguimiento a los 60 días posteriores al parto, pudiendo adelantarse esta consulta si el equipo de salud lo considera conveniente, por ejemplo, para brindar más elementos a la adolescente que no adopta por su plan de anticoncepción o tiene dificultades para sostener el plan adoptado.
 - Cuarto control de seguimiento a los 90 días posteriores al parto, que también se podrá adelantar según las circunstancias de la adolescente.

Se considera completo el PLAN DE SEGUIMIENTO cuando hayan ocurrido las cuatro consultas en el Servicio. Se debe promover la participación del equipo interdisciplinario, en particular psicología y trabajo social, en la acción de apoyo general (reinserción liceal, búsqueda laboral, redes y familia, etc.)

- Se registran las actividades cumplidas en la Tarjeta de Seguimiento, dejando también señalada la fecha del próximo control. Se revisan estas tarjetas para verificar la concurrencia. Cuando las adolescentes no concurren a su primera consulta de puerperio o citas ulteriores, se les llama por teléfono y en la medida de las posibilidades de cada servicio, se realiza la visita domiciliaria (hasta 2). Están a cargo de estas tareas los funcionarios del Programa Aduana y otros que la dirección de cada servicio considera oportuno afectar a estas tareas (parteras, asistente social, etc.)
- Los datos consignados en las Tarjetas se vuelcan a los listados en soporte de papel de Programa Aduana y son enviados desde el Centro de Salud a Central de SSAE, para ser ingresados a la base de datos y su posterior análisis.

Esta dinámica también se está modificando con el Sistema de Información ya que los datos se digitan en el Centro de Salud y son así incorporados a la Base de datos.

6. Indicadores

El Programa SETIEMBRE tiene previsto un conjunto de indicadores para su monitoreo y evaluación:

- Proporción de partos adolescentes: N° de partos de adolescentes² / números de partos totales.
- Proporción de partos de adolescentes según grupo etario (sobre el total de partos en adolescentes):
 - Proporción de partos de adolescentes menores de 16 años.
 - Proporción de partos de adolescentes de 16 a 19 años.
- Proporción de adolescentes púerperas según nivel de instrucción
- Proporción de adolescentes púerperas según paridad.
- Índice de captación de adolescentes púerperas: Numero de adolescentes captadas por una primera consulta / Total de adolescentes referidas.
- Índice de concurrencia a 2ª consulta de puerperio.
- Índice de concurrencia a 3ª consulta (seguimiento).
- Índice de concurrencia a 4ª consulta (seguimiento).
- Proporción de adolescentes en plan de anticoncepción.
- Proporción de adolescentes en plan de anticoncepción según nivel de instrucción. Ej: N° de adolescentes analfabetas referidas; N° de adolescentes con primaria completa con plan de anticoncepción / Total de adolescentes con primaria completa referidas.
- Proporción de adolescentes en plan de anticoncepción según método.
- Proporción de adolescentes en plan de anticoncepción según nivel de instrucción.
- Proporción de adolescentes captadas en un Centro distinto al de referencia.
- Proporción de adolescentes que no aceptan un plan de anticoncepción.

7. Consideraciones para el desarrollo a nivel nacional.

- Los esfuerzos intra e interinstitucionales para el desarrollo de los Programas Aduana y Setiembre, deberán generar un dispositivo de referencia y contrarreferencia que sirva a la vez a ambos programas, optimizando los recursos locales.
- La concreción del Programa Setiembre tiene una condición previa ineludible: la implementación de **servicios gratuitos de anticoncepción** en las unidades ejecutoras.

² Se considerarán partos de adolescentes aquellos ocurridos en mujeres de 19 años y menos.

ANEXO IV

SISTEMA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

SISTEMA DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DATOS DE LA POBLACIÓN

Total población en programa en el período: Número total de usuarias asistidas en el programa durante todo el período en el cual transcurrió la investigación.

Egresos del programa durante el período: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Número total de usuarias que egresan del programa

Definición operativa: Número total de usuarias que abandonan el programa por diferentes motivos.

Categorización: Fallecimiento

Edad

Voluntario

Cambio de efector

Cambio de domicilio

Otros

DATOS DE PRODUCTIVIDAD

Visitas domiciliarias: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Instancia donde el personal de enfermería asiste al domicilio de la usuaria con la finalidad de valorar, detectar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud de la usuaria y su familia, potenciando su autonomía y mejorando la calidad de vida de las usuarias.

Definición operativa: es el encuentro del Interno de enfermería con la usuaria y/o familia en su domicilio, con el objetivo de realizar seguimiento a la embarazada y/o puérpera utilizando como herramienta el PAE, potenciando la autonomía de las usuarias y su familia.

Categorización: Usuarías en R3

Captación

Recaptación

Seguimiento

Consultas de Enfermería: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: es el encuentro de la enfermera con el individuo y/o familia, en el cual se conoce la situación bio-sico-social de ese individuo o grupo, y se buscan soluciones, trabajando en una relación dialógica, horizontal, buscando que ese individuo o grupo, sea sujeto de su propio proceso salud enfermedad.

Definición operativa: Es el encuentro entre el Interno de enfermería y la usuaria que tiene por objetivo aplicar el PAE, en este caso en un ámbito definido dentro del centro de salud.

Categorización: N° de consultas de enfermería realizadas por el Interno de Enfermería

Llamadas telefónicas: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Instancia de comunicación entre el equipo de salud y el usuario con fines de seguimiento y captación.

Definición operativa: Comunicación por vía telefónica entre el Interno de Enfermería y la usuaria en caso de no concurrencia al control indicado o usuarias en situación de riesgo.

Categorización: Captación

Recaptación

Seguimiento

Coordinación

Actividades educativas: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Instrumento por medio del cual se llega a la población colectiva y/o individual, a través de encuentros planificados con el fin de intercambiar conocimientos e información con la población objeto apostando a desarrollar capacidades para el autocuidado.

Definición operativa: Encuentro entre el Interno de Enfermería y la/las usuarias en el cual brindando información técnicas y conocimientos con el objetivo de educar, mejorar y ampliar conocimientos para prevenir y cambiar aptitudes, con el fin de mejorar la calidad de vida de las usuarias.

Categorización: N° de actividades educativas individuales

N° de actividades educativas grupales

Coordinaciones: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Es la acción de coordinar, disponer un conjunto de cosas o acciones de forma ordenada, con vistas a un objetivo común.

Definición operativa: Es el acto de gestionar actividades con otras disciplinas o sectores en función de la usuaria para su beneficio.

Categorización: Con otros programas

Interdisciplinarias

Intersectoriales

DATOS DE CALIDAD

Inmunizaciones vigentes: Cualitativa

Definición conceptual: Proceso de inducción de inmunidad artificial para prevenir una enfermedad.

Definición operativa: Vigencia de vacunas en las usuarias que se encuentran en el programa.

Categorización: Vigentes

No vigentes

No de controles en el embarazo: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Acciones, técnicas e instancias educativas que realiza el profesional de enfermería a cada usuaria embarazada que concurre al centro de salud.

Definición operativa: Número de veces que concurre la usuaria embarazada al centro de salud para realizar seguimiento de su embarazo

Categorización: N° embarazos no controlados

N° embarazos con menos de 3 controles

N° embarazos con 3 a 6 controles

N° embarazos con 6 a 9 controles

N° embarazos con más de 9 controles

Tiempo de gestación a la captación: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Embarazadas que ingresan al programa por trimestre en periodo de tiempo.

Definición operativa: Número de embarazadas adolescentes que ingresan por trimestre al programa en el periodo de tiempo de estudio.

Categorización: Primer trimestre

Segundo trimestre

Tercer trimestre

Tiempo de gestación al momento del nacimiento: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Número de semanas de embarazo que presenta la mujer al momento del nacimiento de su hijo.

Definición operativa: Número de semanas de embarazo que presenta la adolescente al momento del nacimiento de su hijo.

Categorización: Pretérmino

Término

Postérmino

Primer control puerperal: Cuantitativa, discreta

Definición conceptual: Primera instancia en que la usuaria concurre al centro de salud para realización de seguimiento ginecológico postparto, con valoración del equipo interdisciplinario.

Definición operativa: Tiempo transcurrido desde el parto hasta la primera consulta ginecológica

Categorización: entre 0 y 5 días

entre 6 y 10 días

entre 11 y 15 días

más de 15 días

Mejora en los niveles de riesgo: Cualitativa

Definición conceptual: Transición en la posibilidad de que se produzca un daño, clasificado en niveles ascendentes R1, R2 y R3, según su severidad. La variación del riesgo se puede presentar en forma positiva, negativa o que no sucedan variaciones

Definición operativa: Cambio positivo de los niveles de riesgo o permanencia en R1 de las usuarias asistidas en el programa durante el tiempo de la investigación.

Categorización: R1 sin cambios

R3 a R1

R2 a R1

R2 sin cambios

R3 a R2

R3 sin cambios

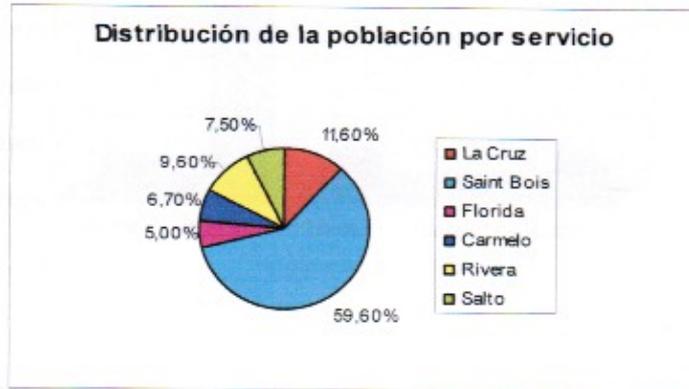
ANEXO V

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLAS Y GRÁFICAS

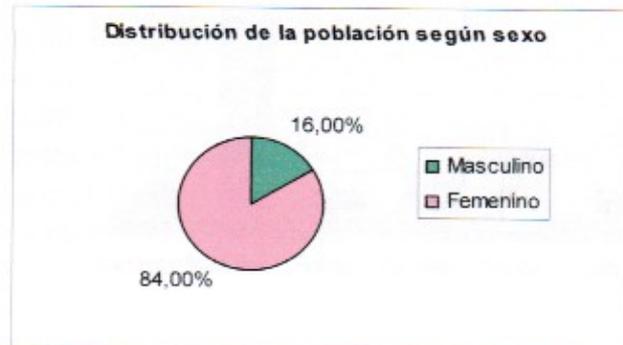
1. Distribución de la población por servicio

	FA	FR%
La Cruz	62	11,60%
Saint Bois	318	59,60%
Florida	26	5,00%
Carmelo	36	6,70%
Rivera	51	9,60%
Salto	40	7,50%
TOTAL	533	100,00%



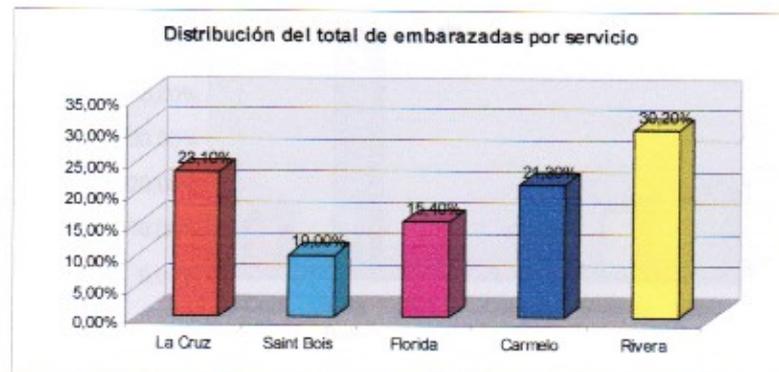
2. Distribución de la población según sexo

	FA	FR%
Masculino	86	16,00%
Femenino	447	84,00%
TOTAL	533	100,00%



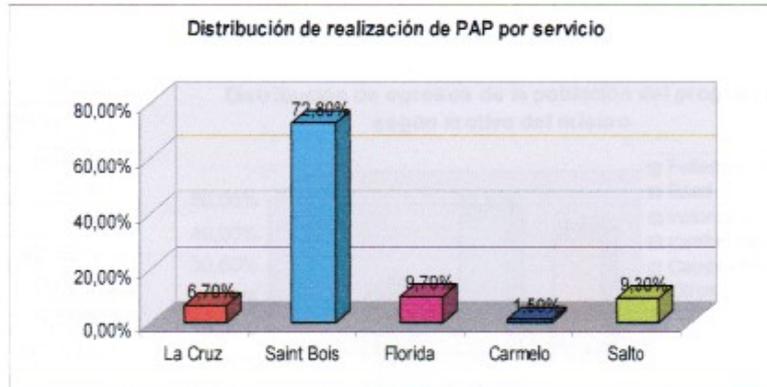
3. Distribución del total de embarazadas por servicio

	FA	FR%
La Cruz	39	23,10%
Saint Bois	17	10,00%
Florida	26	15,40%
Carmelo	36	21,30%
Rivera	51	30,20%
TOTAL	169	100,00%



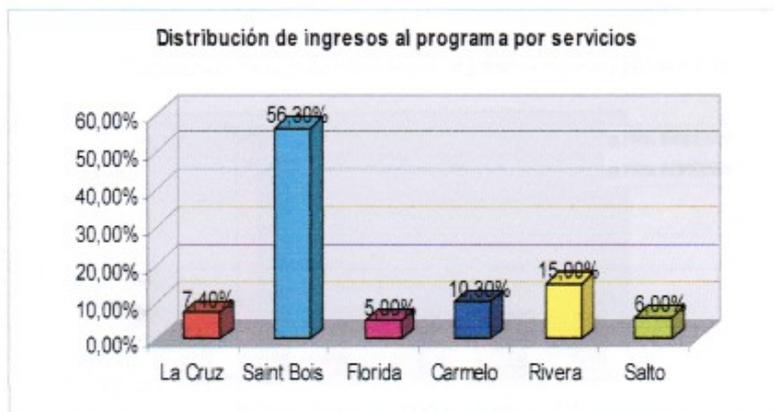
4. Distribución de realización de PAP por servicio.

	FA	FR%
La Cruz	18	6,70%
Saint Bois	195	72,80%
Florida	26	9,70%
Carmelo	4	1,50%
Rivera	s/d	s/d
Salto	25	9,30%
TOTAL	268	100,00%



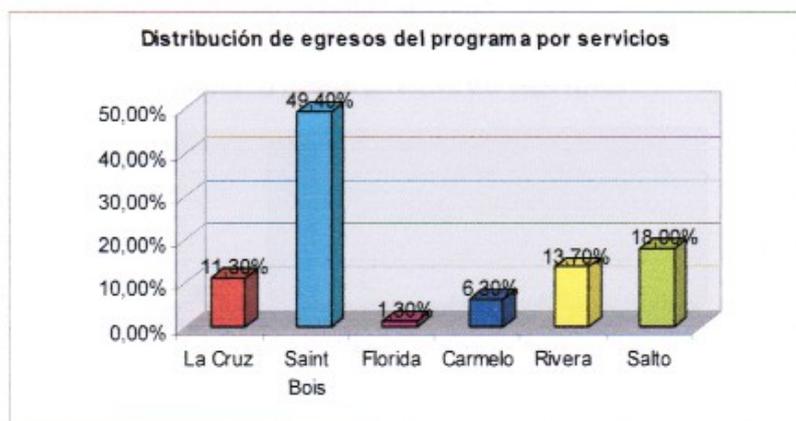
5. Distribución de ingresos al programa por servicio.

	FA	FR%
La Cruz	25	7,40%
Saint Bois	191	56,30%
Florida	17	5,00%
Carmelo	35	10,30%
Rivera	51	15,00%
Salto	20	6,00%
TOTAL	339	100,00%



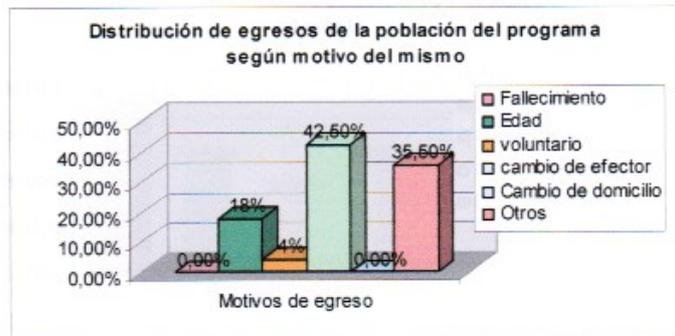
6. Distribución de egresos al programa por servicios.

	FA	FR%
La Cruz	18	11,30%
Saint Bois	79	49,40%
Florida	2	1,30%
Carmelo	10	6,30%
Rivera	22	13,70%
Salto	29	18,00%
TOTAL	160	100,00%



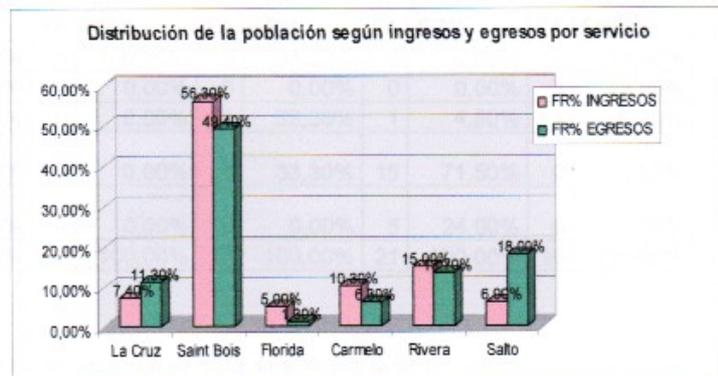
7. Distribución de egresos de la población del programa según motivo del mismo

	FA	FR%
Fallecimiento		0,00%
Edad	29	18%
voluntario	6	4%
cambio de efector	68	42,50%
Cambio de domicilio	0	0,00%
Otros	57	35,50%
TOTAL	160	100,00%



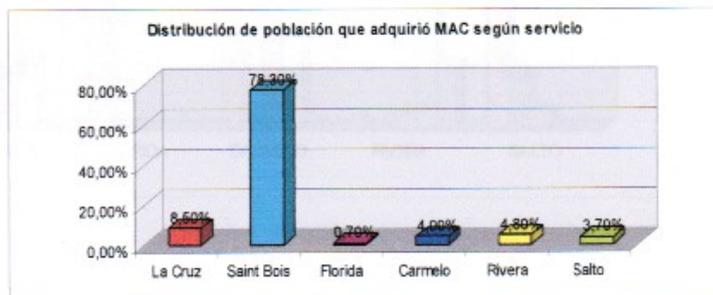
8. Distribución de la población según ingresos y egresos por servicios

	INGRESOS		EGRESOS	
	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	25	7,40%	18	11,30%
Saint Bois	191	56,30%	79	49,40%
Florida	17	5,00%	2	1,30%
Carmelo	35	10,30%	10	6,30%
Rivera	51	15,00%	22	13,70%
Salto	20	6,00%	29	18,00%
TOTAL	339	100,0%	160	100,00%



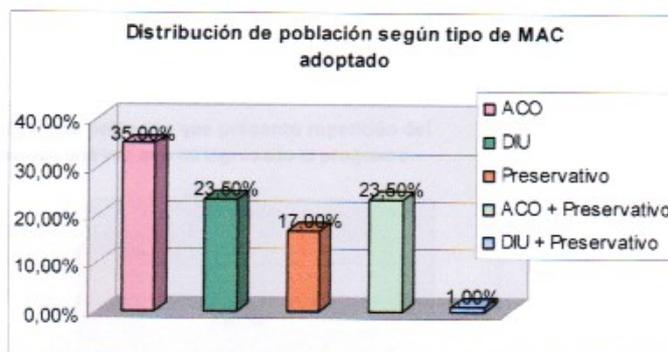
9. Distribución de la población que adquirió MAC según servicio

	FA	FR%
La Cruz	37	8,50%
Saint Bois	342	78,30%
Florida	3	0,70%
Carmelo	18	4,00%
Rivera	21	4,80%
Salto	16	3,70%
TOTAL	437	100,00%



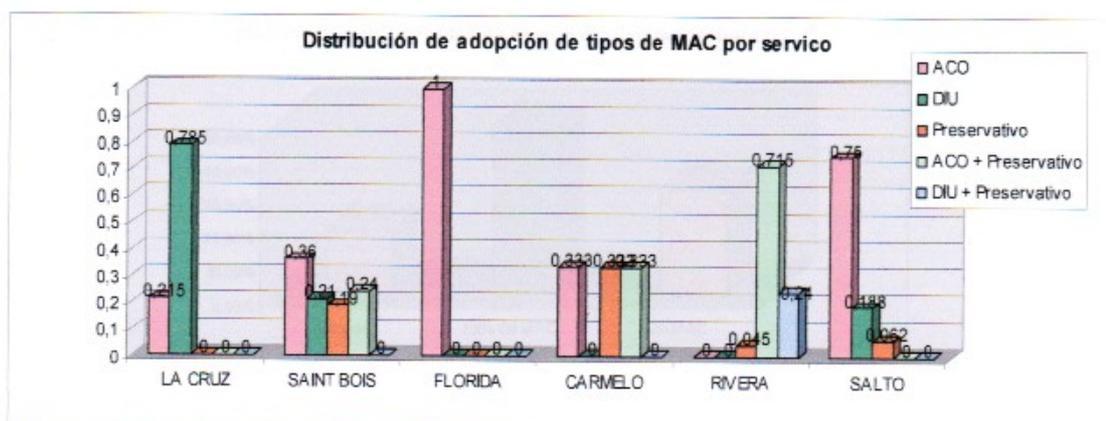
10. Distribución de la población según tipo de MAC adoptado

	FA	FR%
ACO	152	35,00%
DIU	103	23,50%
Preservativo	74	17,00%
ACO + Preservativo	103	23,50%
DIU + Preservativo	5	1,00%
TOTAL	437	100,00%



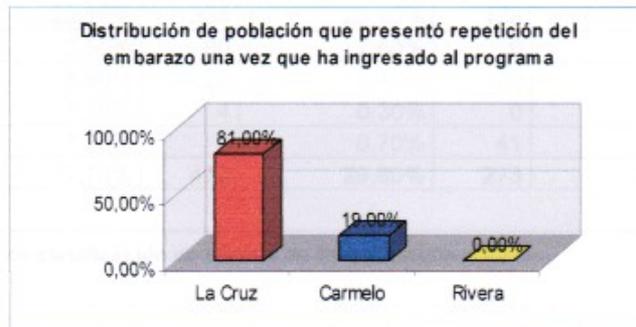
11. Distribución de adopción de tipos de MAC por servicio

	LA CRUZ		SAINT BOIS		FLORIDA		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
ACO	8	21,50%	123	36,00%	3	100,00%	6	33,30%	0	0,00%	12	75,00%
DIU	29	78,50%	71	21,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	18,80%
Preservativo	0	0,00%	66	19,00%	0	0,00%	6	33,30%	1	4,50%	1	6,20%
ACO + Preservativo	0	0,00%	82	24,00%	0	0,00%	6	33,30%	15	71,50%	0	0,00%
DIU + Preservativo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	24,00%	0	0,00%
TOTAL	37	100,00%	342	100,00%	3	100,00%	18	100,00%	21	100,00%	16	100,00%



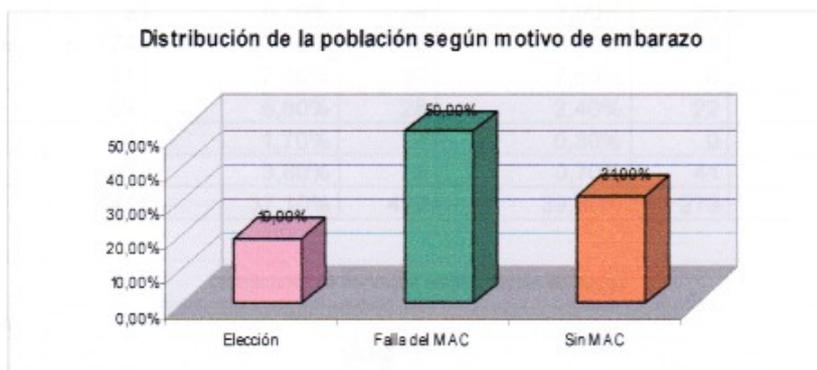
12. Distribución de la población que presentó repetición del embarazo una vez ingresada al programa.

	FA	FR%
La Cruz	21	81,00%
Carmelo	5	19,00%
Rivera	0	0,00%
TOTAL	26	100,00%



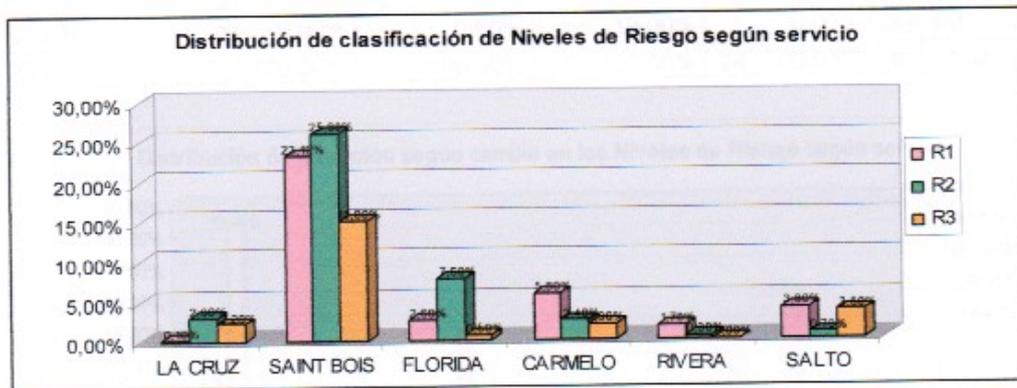
13. Distribución de la población según motivo de embarazo.

	FA	FR%
Elección	5	19,00%
Falla del MAC	13	50,00%
Sin MAC	8	31,00%
TOTAL	26	100,00%



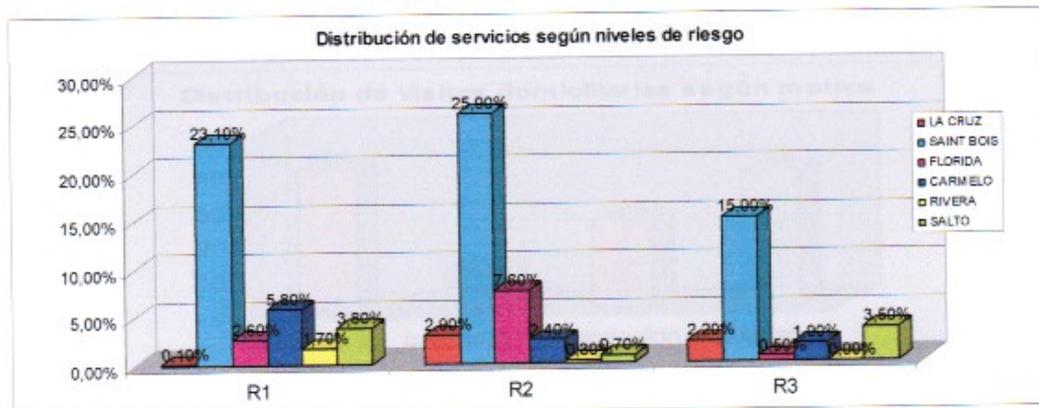
14. Distribución de clasificación de Niveles de Riesgo según servicio.

	R1		R2		R3	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	2	0,10%	34	2,90%	26	2,20%
Saint Bois	274	23,10%	308	25,90%	178	15%
Florida	31	2,60%	90	7,60%	6	0,50%
Carmelo	69	5,80%	28	2,40%	22	1,90%
Rivera	20	1,70%	4	0,30%	0	0,00%
Salto	45	3,80%	8	0,70%	41	3,50%
TOTAL	441	37,10%	472	39,80%	273	23,10%



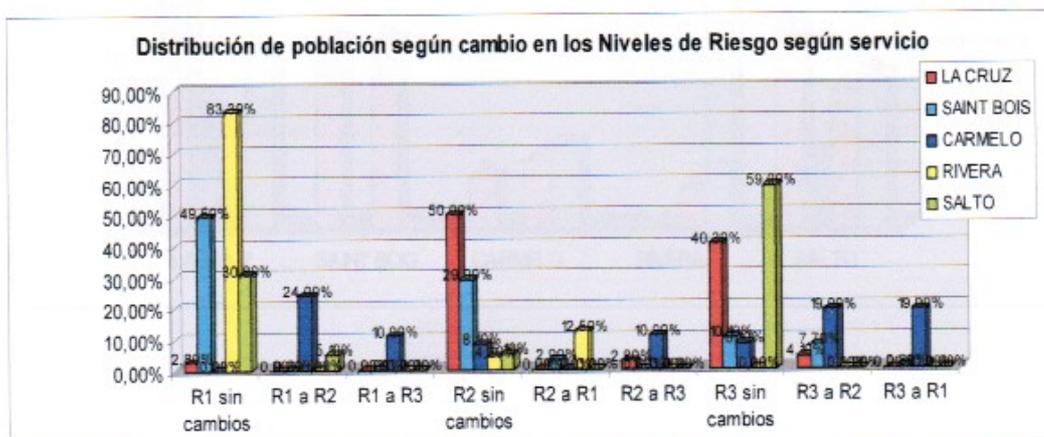
15. Distribución de servicios según Niveles de Riesgo.

	R1		R2		R3	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	2	0,10%	34	2,90%	26	2,20%
Saint Bois	274	23,10%	308	25,90%	178	15%
Florida	31	2,60%	90	7,60%	6	0,50%
Carmelo	69	5,80%	28	2,40%	22	1,90%
Rivera	20	1,70%	4	0,30%	0	0,00%
Salto	45	3,80%	8	0,70%	41	3,50%
TOTAL	441	37,10%	472	39,80%	273	23,10%



16. Distribución de servicios según clasificación por cambios en los Niveles de Riesgo.

	LA CRUZ		SAINT BOIS		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
R1 sin cambios	2	2,80%	172	49,50%	0	0,00%	20	83,30%	12	30,80%
R1 a R2	0	0,00%	0	0,00%	9	24,00%	0	0,00%	2	5,10%
R1 a R3	0	0,00%	0	0,00%	4	10,90%	0	0,00%	s/d	s/d
R2 sin cambios	36	50,00%	101	29,00%	3	8,10%	1	4,20%	2	5,10%
R2 a R1	0	0,00%	10	2,90%	0	0,00%	3	12,50%	s/d	s/d
R2 a R3	2	2,80%	0	0,00%	4	10,90%	0	0,00%	s/d	s/d
R3 sin cambios	29	40,30%	35	10,10%	3	8,10%	0	0,00%	23	59,00%
R3 a R2	3	4,10%	27	7,70%	7	19,00%	0	0,00%	s/d	s/d
R3 a R1	0	0,00%	3	0,80%	7	19,00%	0	0,00%	s/d	s/d
TOTAL	72	100,00%	348	100,00%	37	100,00%	24	100,00%	39	100,00%



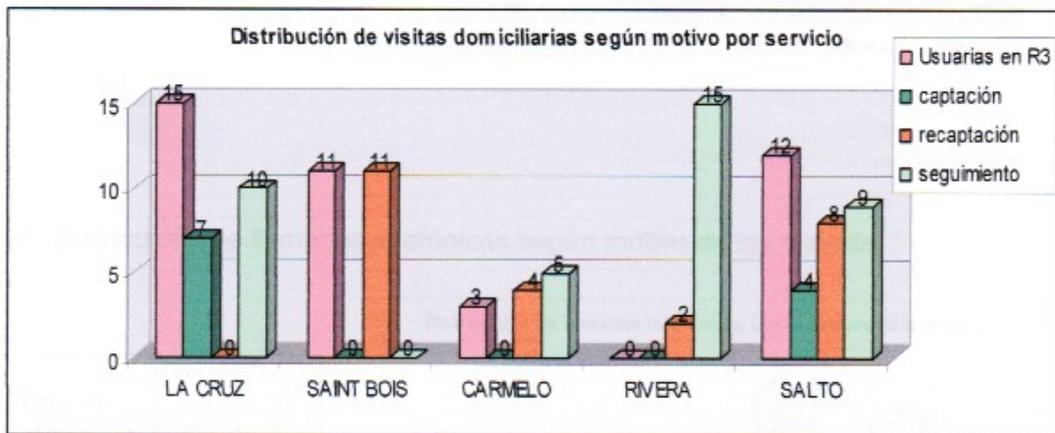
17. Distribución de visitas domiciliarias según motivo de las mismas.

	FA	FR%
Usuaris en R3	41	100,00%
captación	11	14,50%
recaptación	25	33,50%
seguimiento	39	52,00%
TOTAL	75	100,00%



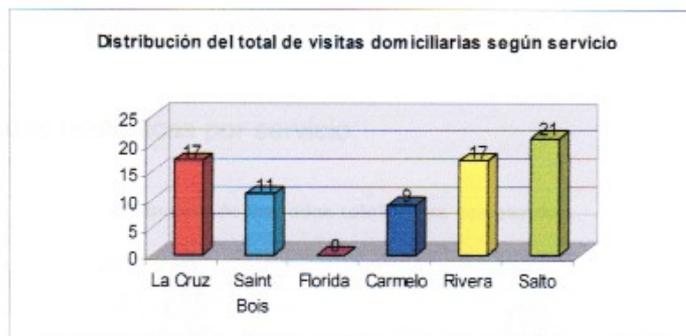
18. Distribución de visitas domiciliarias según motivo por servicio.

	LA CRUZ		SAINT BOIS		FLORIDA		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Usuaris en R3	15	36,50%	11	27,00%	0	0,00%	3	7,50%	0	0,00%	12	29,00%
captación	7	41,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	19,00%
recaptación	0	0,00%	11	50,00%	0	0,00%	4	33,50%	2	12,00%	8	38,00%
seguimiento	10	59,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	66,50%	15	88,00%	9	43,00%
TOTAL	17	100,00%	11	100,00%	0	0,00%	9	100,00%	17	100,00%	21	100,00%



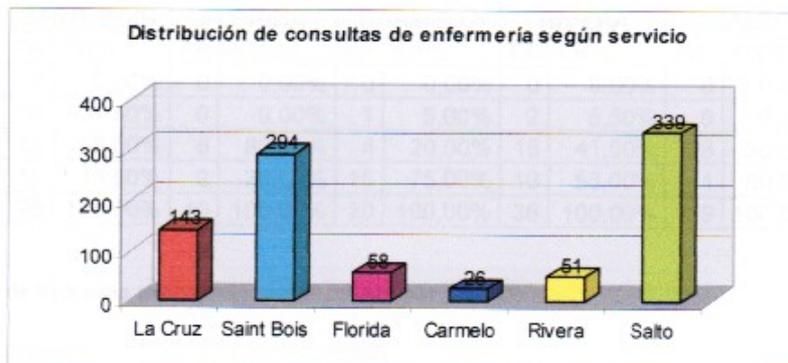
19. Distribución del total de visitas domiciliarias según servicio.

	FA	FR%
La Cruz	17	22,70%
Saint Bois	11	14,60%
Florida	0	0,00%
Carmelo	9	12,00%
Rivera	17	22,70%
Salto	21	28,00%
TOTAL	75	100,00%



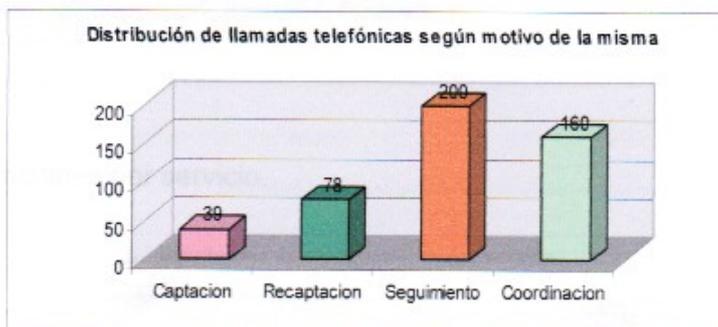
20. Distribución de consultas de enfermería según servicio.

	FA	FR%
La Cruz	143	15,70%
Saint Bois	294	32,30%
Florida	58	6,40%
Carmelo	26	2,80%
Rivera	51	5,60%
Salto	339	37,20%
TOTAL	911	100,00%



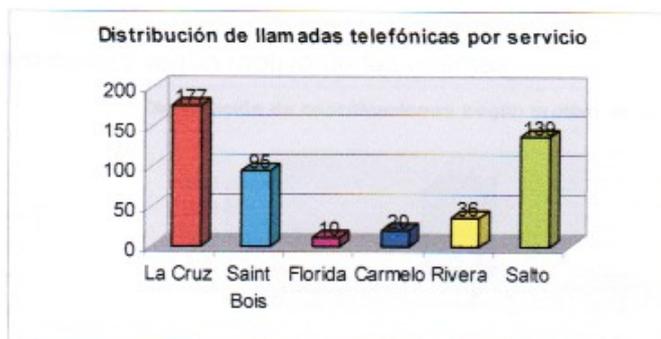
21. Distribución de llamadas telefónicas según motivo de las mismas.

	FA	FR%
Captación	39	8,20%
Recaptación	78	16,30%
Seguimiento	200	42,00%
Coordinación	160	33,50%
TOTAL	477	100,00%



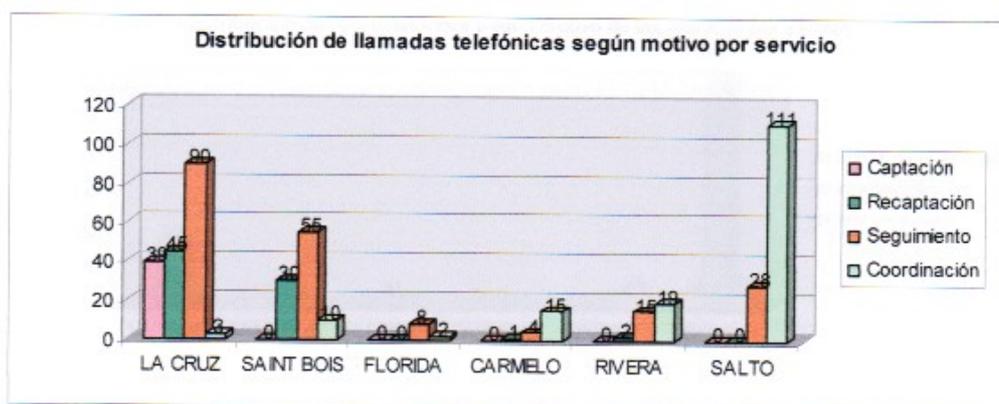
22. Distribución de llamadas telefónicas por servicio.

	FA	FR%
La Cruz	177	37,10%
Saint Bois	95	20,00%
Florida	10	2,10%
Carmelo	20	4,20%
Rivera	36	7,50%
Salto	139	29,10%
TOTAL	477	100,00%



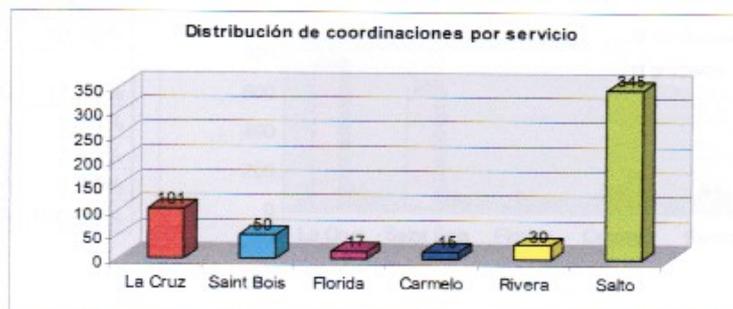
23. Distribución de llamadas telefónicas según motivo por servicio.

	LA CRUZ		SAINT BOIS		FLORIDA		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Captación	39	22,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Recaptación	45	25,50%	30	31,50%	0	0,00%	1	5,00%	2	5,50%	0	0,00%
Seguimiento	90	51,00%	55	58,00%	8	80,00%	4	20,00%	15	41,50%	28	20,00%
Coordinación	3	1,50%	10	10,50%	2	20,00%	15	75,00%	19	53,00%	111	80,00%
TOTAL	177	100,00%	95	100,00%	10	100,00%	20	100,00%	36	100,00%	139	100,00%



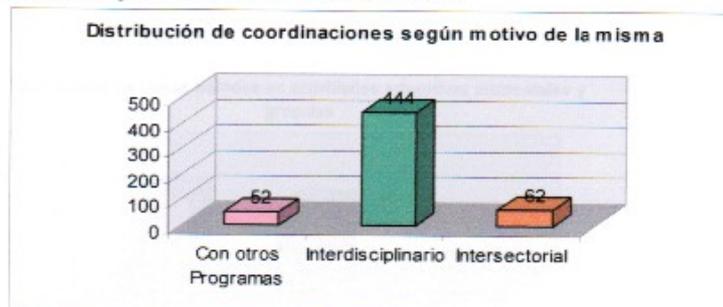
24. Distribución de coordinaciones por servicio.

	FA	FR%
La Cruz	101	18,10%
Saint Bois	50	9,00%
Florida	17	3,00%
Carmelo	15	2,70%
Rivera	30	5,40%
Salto	345	61,80%
TOTAL	558	100,00%



25. Distribución de coordinaciones según motivo de las mismas.

	FA	FR%
Con otros Programas	52	9,30%
Interdisciplinario	444	79,60%
Intersectorial	62	11,10%
TOTAL	558	100,00%



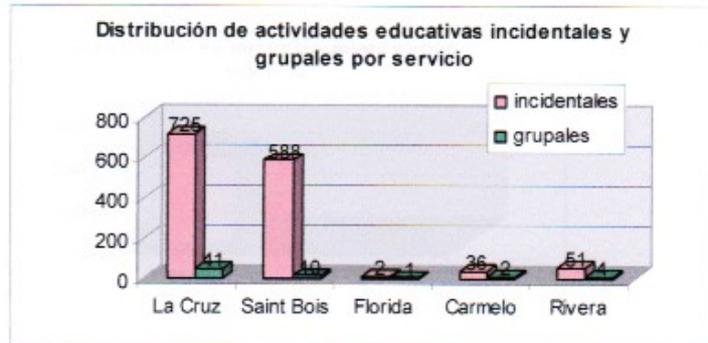
26. Distribución de coordinaciones según motivo de las mismas por servicio.

	LA CRUZ		SAINT BOIS		FLORIDA		CARMELO		RIVERA		SALTO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Con otros programas	9	9,00%	11	22,00%	3	17,50%	6	40,00%	0	0,00%	23	6,50%
Interdisciplinarias	89	88,00%	30	60,00%	14	82,50%	9	60,00%	5	16,50%	297	86,00%
intersectoriales	3	3,00%	9	18,00%	0	0,00%	0	0,00%	25	83,50%	25	7,50%
TOTAL	101	100,00%	50	100,00%	17	100,00%	15	100,00%	30	100,00%	345	100,00%



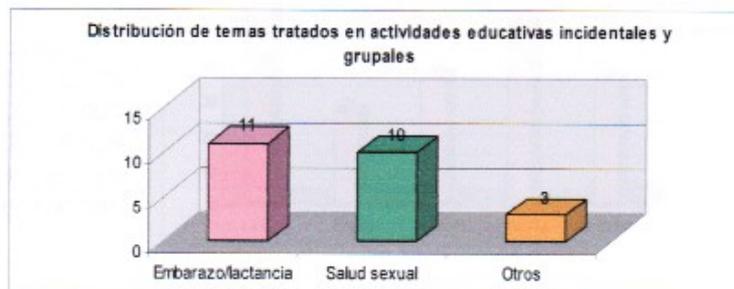
27. Distribución de actividades educativa incidentales y grupales por servicio.

	INDIVIDUALES		GRUPALES	
	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	725	51,70%	41	70,70%
Saint Bois	588	42,00%	10	17,30%
Florida	2	0,10%	1	1,70%
Carmelo	36	2,60%	2	3,40%
Rivera	51	3,60%	4	6,90%
TOTAL	1402	100,00%	58	100,00%



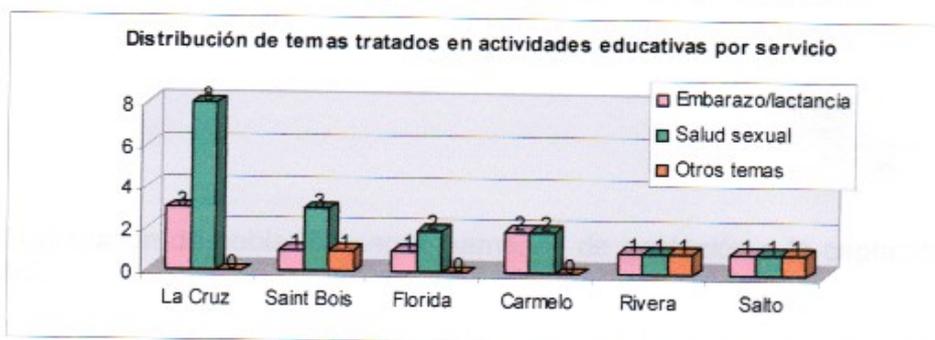
28. Distribución de temas tratados en actividades educativas incidentales y grupales.

	FA	FR%
Embarazo / lactancia	11	35,50%
Salud sexual	10	54,80%
Otros	3	9,70%
TOTAL	24	100,00%



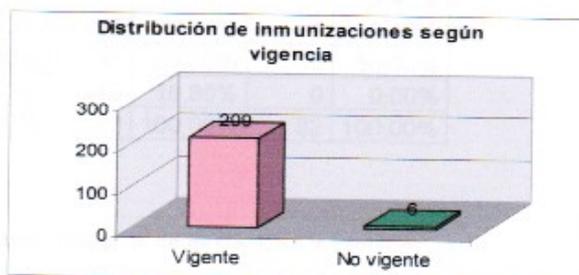
29. Distribución de temas tratados en actividades educativas por servicio.

	Embarazo/lactancia		Salud sexual		Otros temas	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	3	33,50%	8	47,00%	0	0,00%
Saint Bois	1	11,00%	3	17,00%	1	33,33%
Florida	1	11,00%	2	12,00%	0	0,00%
Carmelo	2	22,50%	2	12,00%	0	0,00%
Rivera	1	11,00%	1	6,00%	1	33,33%
Salto	1	11,00%	1	6,00%	1	33,33%
TOTAL	9	100,00%	17	100,00%	3	99,99%



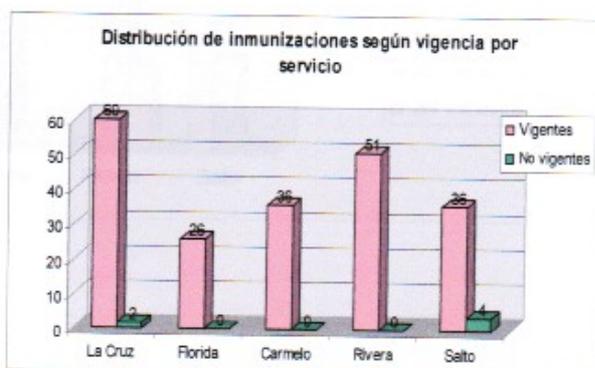
30. Distribución de inmunizaciones según vigencia.

	FA	FR%
Vigente	209	97,20%
No vigente	6	2,80%
TOTAL	215	100,00%



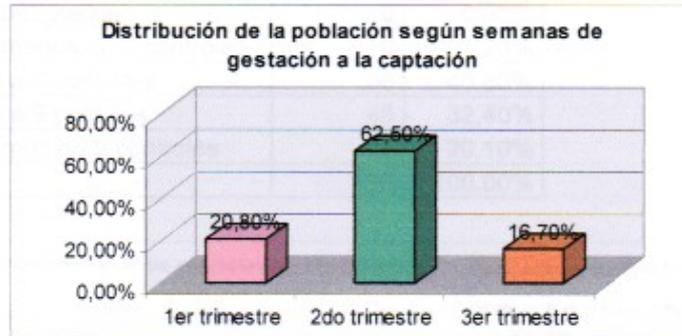
31. Distribución de inmunizaciones según vigencia por servicio.

	VIGENTES		NO VIGENTES	
	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	60	28,70%	2	33,30%
Saint Bois	s/d	s/d	s/d	s/d
Florida	26	12,50%	0	0,00%
Carmelo	36	17,20%	0	0,00%
Rivera	51	24,40%	0	0,00%
Salto	36	17,20%	4	66,70%
TOTAL	209	100,00%	6	100,00%



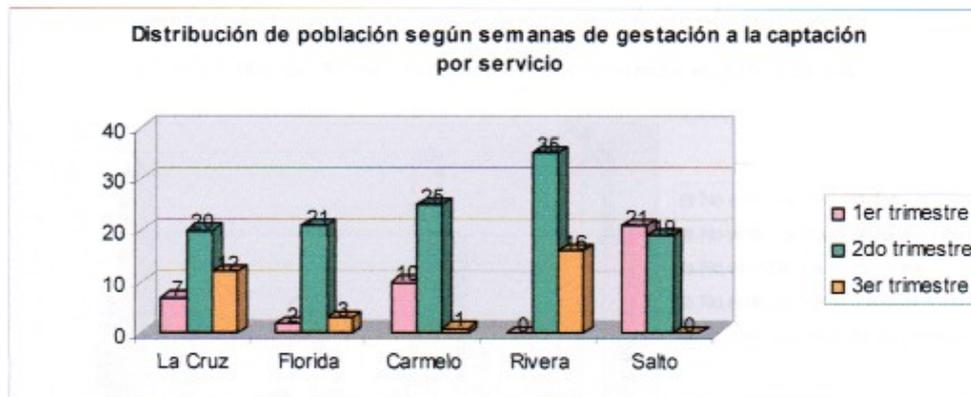
32. Distribución de población según semanas de gestación a la captación.

	FA	FR%
1er trimestre	40	20,80%
2º trimestre	120	62,50%
3er trimestre	32	16,70%
TOTAL	192	100,00%



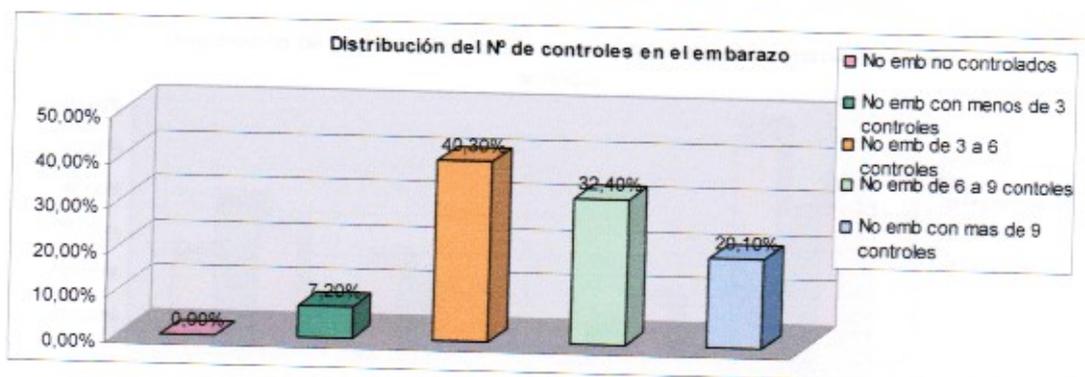
33. Distribución de población según semanas de gestación a la captación por servicio.

	1er trimestre		2do trimestre		3er trimestre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	7	17,50%	20	16,70%	12	37,50%
Saint Bois	s/d		s/d		s/d	
Florida	2	5,00%	21	17,50%	3	9,40%
Carmelo	10	25,00%	25	20,80%	1	3,10%
Rivera	0	0,00%	35	29,20%	16	50,00%
Salto	21	52,50%	19	15,80%	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%	120	100,00%	32	100,00%



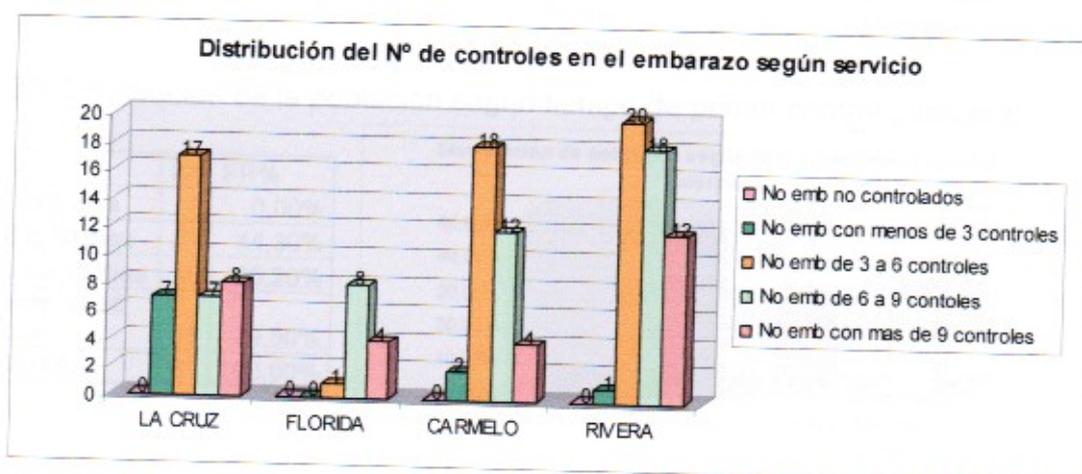
34. Distribución del número de controles en el embarazo.

	FA	FR%
No emb no controlados	0	0,00%
No emb con menos de 3 controles	10	7,20%
No emb de 3 a 6 controles	56	40,30%
No emb de 6 a 9 controles	45	32,40%
No emb con mas de 9 controles	28	20,10%
TOTAL	139	100,00%



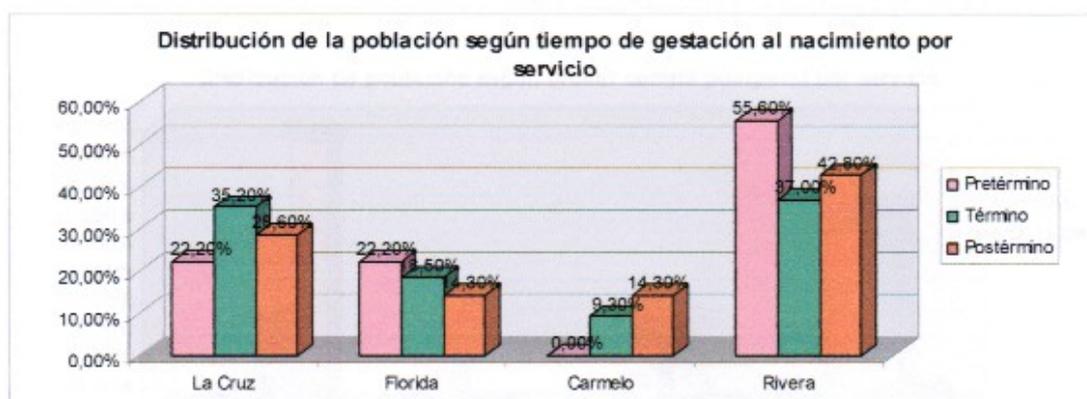
35. Distribución del número de controles en el embarazo según servicio.

	LA CRUZ		FLORIDA		CARMELO		RIVERA	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SAINT BOIS y SALTO sin datos								
No emb no controlados	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
No emb con menos de 3 controles	7	17,90%	0	0,00%	2	5,60%	1	2,00%
No emb de 3 a 6 controles	17	43,60%	1	7,70%	18	50%	20	39,20%
No emb de 6 a 9 controles	7	17,90%	8	61,50%	12	33,30%	18	35,30%
No emb con mas de 9 controles	8	20,60%	4	30,80%	4	11,10%	12	23,50%
TOTAL	39	100,00%	13	100,00%	36	100,00%	51	100,00%



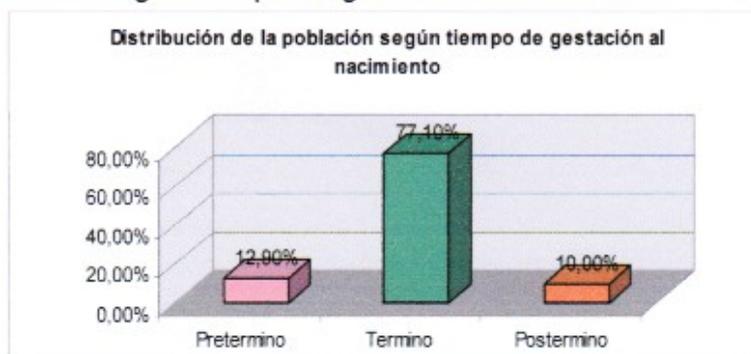
36. Distribución de la población según tiempo de gestación al nacimiento por servicio.

	PRETERMINO		TERMINO		POSTERMINO	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	2	22,20%	19	35,20%	2	28,60%
Saint Bois	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Florida	2	22,20%	10	18,50%	1	14,30%
Carmelo	0	0,00%	5	9,30%	1	14,30%
Rivera	5	55,60%	20	37,00%	3	42,80%
Salto	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
TOTAL	9	100,00%	54	100,00%	7	100,00%



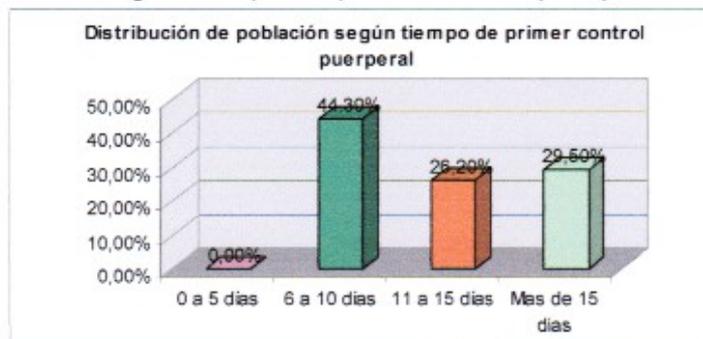
37. Distribución de la población según tiempo de gestación al nacimiento.

	FA	FR%
Pretérmino	9	12,90%
Término	54	77,10%
Posttérmino	7	10,00%
TOTAL	70	100,00%



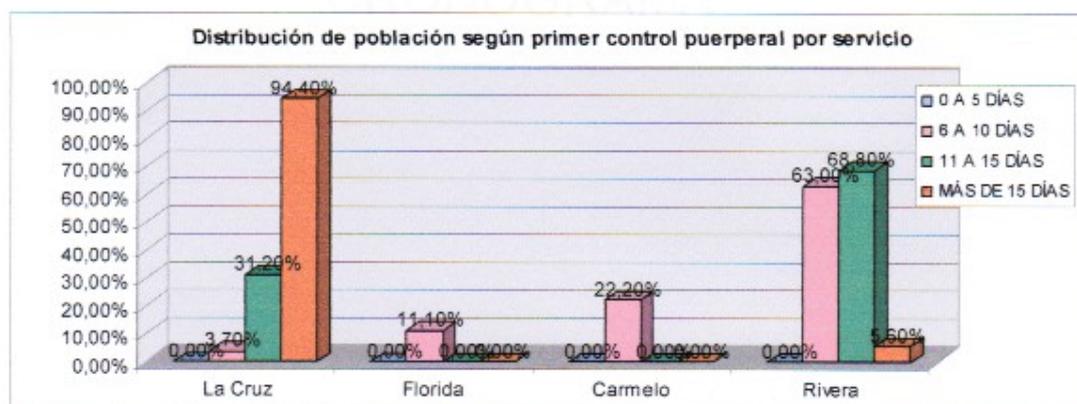
38. Distribución de la población según tiempo de primer control puerperal.

	FA	FR%
0 a 5 días	0	0,00%
6 a 10 días	27	44,30%
11 a 15 días	16	26,20%
Más de 15 días	18	29,50%
TOTAL	61	100,00%



39. Distribución de la población según tiempo de primer control puerperal por servicio.

	0 a 5 días		6 a 10 días		11 a 15 días		más de 15 días	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
La Cruz	0	0,00%	1	3,70%	5	31,20%	17	94,40%
Florida	0	0,00%	3	11,10%	0	0,00%	0	0,00%
Carmelo	0	0,00%	6	22,20%	0	0,00%	0	0,00%
Rivera	0	0,00%	17	63,00%	11	68,80%	1	5,60%
TOTAL	0	0,00%	27	100,00%	16	100,00%	18	100,00%



ANEXO VI

CRONOGRAMA

