

CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

PROPUESTA DE DISEÑO,
ORGANIZACIÓN E
IMPLEMENTACIÓN

Documento de trabajo



CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA.

PROPUESTA DE DISEÑO
ORGANIZACIÓN E
IMPLEMENTACIÓN

Documento de trabajo



Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Lic. Paula C. Ferro

Buenos Aires

Septiembre 2010

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
Parte 1.	8
Una aproximación conceptual a las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Salud Reproductiva	
1. Componentes de las Consejerías	8
2. Definición y dimensiones	10
3. Esquema del dispositivo de Consejerías	11
4. Implementación	13
5. Plan de formación a los equipos de salud	14
Parte 2.	17
Desarrollo de actividades: formación de profesionales en Consejería Integral de Salud Sexual y Reproductiva	
1. Situaciones para analizar a partir de historias concretas	18
2. Ejercicios para entrenar habilidades en comunicación	23
3. Dinámicas para revisar las propias creencias	25
Parte 3.	29
Lineamientos para implementar dispositivos de Consejería Integral en el sistema de salud	
1. Condiciones institucionales	30
2. Un esquema para organizar el trabajo	31
3. Información que debe tener en cuenta el/la consultor/a	31
4. Perfil del/la consultor/a	32
5. Contenido de la formación	32
6. Formación a promotores y animadores para consejerías territoriales	34
7. Sistema de seguimiento	34
Parte 4.	35
Material de apoyo	
1. Información sobre métodos anticonceptivos	36
2. Información para abordar situaciones críticas	43

PRESENTACIÓN

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) promueve los derechos sexuales y reproductivos de la población. En este sentido definimos el dispositivo de las Consejerías como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género.

Las Consejerías, en un sentido amplio, constituyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud.

Cuando se trata de Consejerías Integrales en salud sexual y reproductiva, con perspectiva de derechos y de género, nos referimos específicamente a un dispositivo guiado por los principios de autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal. Su objetivo central es posibilitar el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de las usuarias y usuarios.

Para que las consejerías sean efectivas, es indispensable modificar las estructuras de poder existentes en los sistemas de salud respecto de los varones y mujeres, niñas, niños y adolescentes que acuden a los servicios.

Desde esta perspectiva, el dispositivo Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva contribuye a mejorar el acceso universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de la atención, la redistribución de los recursos materiales y simbólicos; es un espacio y una oportunidad para que el Estado, en sus diferentes instancias, garantice los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas.

Programa Nacional de Salud Sexual
y Procreación Responsable

PARTE I.

UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LAS CONSEJERÍAS INTEGRALES EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

1. COMPONENTES DE LAS CONSEJERÍAS

Claves

- Difusión de información
- Atención personalizada y con privacidad
- Oportunidades en otros servicios

La revisión y análisis de las distintas propuestas y experiencias de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR) indican que existen tres componentes presentes en la mayoría de las propuestas:

1.- Difusión de información desde la perspectiva de promoción de la salud. Desde la distribución de folletos hasta el desarrollo de campañas comunitarias; de la organización de sitios web a líneas gratuitas de información, contención y derivación (por ejemplo, los 0800¹); del trabajo intersectorial hasta generar procesos activos de información y educación popular con la articulación de distintos actores sociales (organizaciones comunitarias, municipios, grupos asociativos de derechos de las mujeres y escuelas, entre otros) forman parte de las múltiples formas de difusión de información. En todos los casos, como señala la Carta de Ottawa de 1986, se trata de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

2.- Atención personalizada y con privacidad en Centros de Consejerías. Se trata de espacios de encuentro personal, en un ambiente de privacidad y de respeto, donde cada persona que consulta es única y es escuchada con atención y garantía de confidencialidad. En muchas experiencias, el espacio privado se combina con actividades grupales.

Las Consejerías son realizadas por personas que se capacitan para abordar temas de salud sexual y reproductiva, a los que se suele llamar consultoras y consultores, y que pueden ser profesionales de la salud o no: existen experiencias de consejerías en centros comunitarios, comedores y sociedades de fomento a cargo de animadores comunitarios o promotores de la salud.

En hospitales y centros de salud, los Centros de Consejería suelen estar a cargo de equipos de salud integrados por diversas disciplinas (médicas/os, enfermeras/os, trabajadores sociales, psicólogas/os, administrativos/as) y adoptan dos modalidades: **separados de los servicios de atención** (aunque con distintos grados de relación, en particular para las derivaciones) o **dentro de determinado servicio** (ginecología, adolescencia, obstetricia, entre otras posibilidades).

AL CONTRARIO DE LO QUE EL NOMBRE PODRÍA DAR A ENTENDER, QUIEN BRINDA CONSEJERÍA NO ES ALGUIEN QUE DA CONSEJOS. ES UNA PERSONA FORMADA PARA ESCUCHAR, INFORMAR Y PROMOVER LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMA DEL USUARIO O USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD.

Algunas consejerías desarrollan una intervención integral y otras están focalizadas en un tema determinado, por ejemplo “consejería en el postparto” o “consejería en situación de aborto”, entre otras. En cuanto a la población, existen experiencias destinadas a un espectro amplio, por ejemplo, mujeres y varones de diferentes edades, y otras que se concentran en grupos específicos como adolescentes, trabajadoras sexuales o la comunidad LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Travestis).

3.- Oportunidad durante la atención por otros temas. La noción que guía a este componente es “no perder oportunidades”. En estos casos, la consejería es parte del proceso de atención de las usuarias y usuarios cuando acuden al hospital o centro de salud por otros temas. Por ejemplo, una mujer que llega a Pediatría para control de su hijo y se le sugiere conversar sobre su atención ginecológica y el interés o no por métodos anticonceptivos es una “oportunidad aprovechada”. Los programas que incluyen este tipo de consejerías llevan adelante programas de formación en temas de salud sexual y reproductiva para los equipos de estos servicios.

Las Consejerías pueden hacer mayor énfasis en uno u otro de tres los componentes descriptos.

¹En el caso del Ministerio de Salud de la Nación una estrategia de diseminación de información como apoyo a las consejerías es la línea nacional, gratuita y confidencial sobre salud sexual y reproductiva: 0800 222 3444 que comenzó a funcionar el 28 de mayo de 2010. En muchas temáticas las líneas gratuitas se constituyen en una herramienta para facilitar la información y el acceso a servicios, por ejemplo en temas de violencia sexual, información sobre VIH/Sida, etc.

Componente	Fortalezas	Dificultades	Desafíos
1. Información desde la perspectiva de Promoción de la Salud	Alcanza a grandes grupos, entrega información y busca que las personas tomen sus propias decisiones.	No suele brindar la atención personalizada y privada que se necesita en salud sexual y reproductiva.	Potenciar la participación social a partir de la implementación de procesos de educación popular que involucren a distintos sectores.
2. Atención personalizada y con privacidad en Centros de Consejerías	Brinda una escucha en un espacio íntimo y privado con garantía de confidencialidad, lo que es importante especialmente ante situaciones delicadas o de decisiones críticas.	Es difícil instalar centros de consejería en todos los efectores de salud, por lo cual en general no suelen alcanzar a toda la población.	Combinar la atención personalizada con actividades educativas en grupos pequeños, en la sala de espera, o en la consulta. Lograr los acuerdos institucionales para instalar Centros de Consejerías.
3. Oportunidad en la asistencia	Permite llegar a personas que en muchos casos no consultan en los servicios de salud sexual y reproductiva. Favorece una atención integral, privada y personalizada y su seguimiento.	Bajo impacto en prevención y promoción de la salud, porque actúa ante problemas que ya existen en el marco de la atención individual.	Generar procesos de formación sostenidos en salud sexual y reproductiva para equipos que tienen su especialidad en otros temas, lo que puede generar resistencias tanto en las instancias directivas como en los servicios.

Reconocer las particularidades de cada componente permite que, a la hora de diseñar sus propias Consejerías, los equipos de salud y las organizaciones barriales tengan más elementos para identificar y abordar cuáles son las potencialidades, dificultades y desafíos en su propia realidad.

PARA PENSAR EN EQUIPO

A partir de leer los tres componentes más frecuentes de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, debatimos:

1. ¿Existen situaciones en nuestras prácticas cotidianas en que incorporemos acciones de consejería? ¿Cuáles?
2. ¿Cuáles de los tres componentes están presentes en nuestro trabajo actual? ¿Esa presencia se debe a una definición institucional o a iniciativas particulares?
3. En el caso de nuestra institución, ¿qué características tiene o podría tener un Centro de Consejería (temas, población, perfil de consultor/a, características del espacio)? ¿Por qué?
4. ¿Qué preguntas nos abre la propuesta de incorporar el componente de "Oportunidad en la asistencia"?

(!) A partir de las respuestas, podemos "personalizar" el cuadro de "Fortalezas, Dificultades y Desafíos" según las características de la institución a la que pertenecemos.



2. DEFINICIÓN Y DIMENSIONES

Claves

- Espacio de encuentro
- Derechos sexuales y reproductivos
- Autonomía, equidad, diversidad y salud integral

Las consejerías integrales se implementan en diversas situaciones y **adoptan distintas modalidades**: en un consultorio de salud sexual, en la internación, en la consulta por otro tema, en un espacio barrial o comunitario. Las *consultoras o consultores* pueden ser integrantes del equipo de salud, profesionales de distintas disciplinas, promotoras/es, agentes y animadores/as comunitarias/os.

ENTODOS LOS CASOS, LAS CONSEJERÍAS INTEGRALES SON UN ESPACIO DE ENCUENTRO EN DONDE SE PROMUEVE LA TOMA DE DECISIONES CONCIENTE, AUTÓNOMA E INFORMADA. SE ABORDAN TEMAS VINCULADOS A LA SEXUALIDAD, LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SITUACIONES DE VIOLENCIA O ABUSO, LA CONTINUIDAD O NO DE UN EMBARAZO, ENTRE MUCHOS OTROS. REQUIERE QUE SE BRINDE INFORMACIÓN CLARA, ACTUALIZADA Y VALIDADA CIENTÍFICAMENTE, EXPRESADA EN TÉRMINOS SENCILLOS.

Se trata de un proceso de acción educativa dentro de un **amplio proyecto de promoción de la salud** (OPS/OMS; 2000) que se enmarca en los **derechos sexuales y reproductivos** vigentes en la Argentina. Estos derechos están establecidos en:

- Constitución Nacional,
- Pactos Internacionales suscriptos por el país
- Ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable,
- Ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica,
- Ley 26.485 de prevención, asistencia y erradicación de la violencia contra las mujeres,
- Ley 25.929 sobre derechos de la mujer en relación con el embarazo y parto;
- Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;
- Ley 26.529 sobre derechos del paciente y
- Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación sobre la atención postaborto, entre otras.

Las acciones de consejería integral en salud sexual y reproductiva se guían por cuatro principios:

- Autonomía personal
- Equidad
- Diversidad
- Salud integral

Es central no perder de vista estos principios, que junto a los derechos sexuales y reproductivos, son el marco desde el cual construir el dispositivo, dado que a “lo educativo” en términos de promoción de la salud se le pueden atribuir significados y prácticas muy diferentes. Y, en el caso de la salud sexual y reproductiva, cada decisión pone en juego aspectos religiosos, socioculturales, simbólicos, emocionales y afectivos singulares para cada persona.

La propuesta educativa para el desarrollo de la salud sexual y reproductiva contempla tres dimensiones:

a) Atención personalizada y privada. Es indispensable en la estrategia, se centra en brindar información y apoyo para fortalecer la autonomía personal. Busca la construcción de un espacio donde se garanticen la intimidad y la confidencialidad.

b) Grupal. Esta dimensión prioriza acciones dirigidas al empoderamiento en los derechos de SSySR en grupos específicos. Sirve de apoyo y difusión y es complementaria a los espacios individuales.

c) Institucional. Implica el desarrollo de un programa de acciones gubernamentales e intersectoriales y la movilización de redes sociales. Las consejerías se consolidan cuando forman parte de una propuesta institucional

SE TRATA DE UN PROCESO DE ACCIÓN EDUCATIVA DENTRO DE UN AMPLIO PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (OPS/OMS; 2000) QUE SE ENMARCA EN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS VIGENTES EN LA ARGENTINA. LA PROPUESTA CONTEMPLA 3 DIMENSIONES LA PERSONAL, LA GRUPAL Y LA INSTITUCIONAL.

PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Qué ideas existen en nuestro grupo sobre lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva? Para comenzar a debatirlas, colocamos en un papel afiche la frase "Consejerías en salud sexual y reproductiva" y proponemos que, en silencio, cada cual escriba con un fibrón todas las palabras que relaciona con las Consejerías. Volvemos a nuestros lugares, miramos lo que quedó escrito y debatimos a partir de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las diferentes ideas sobre Consejerías que existen en el equipo?
2. ¿Aparecen palabras asociadas a "promoción de la salud"? ¿Cuáles?
3. ¿Qué protagonismo tuvieron en el papelógrafo los derechos sexuales y reproductivos?
4. ¿Se plasmaron las nociones de: autonomía, equidad, diversidad y salud integral? ¿Cómo?
5. ¿Surgieron palabras sobre los "temas difíciles" en la consejería? ¿Cuáles y cuáles no?
6. ¿Hubo diferenciación de las tres dimensiones: individual, grupal e institucional?
7. ¿Qué palabras faltaron y ahora agregaríamos?

(!) A partir del debate construiremos una definición de *Consejería Integral en Salud Sexual y Reproductiva* apropiada a nuestra realidad y contexto. La definición debe responder a las preguntas: ¿qué es? ¿para qué? ¿a quiénes? ¿sobre qué? ¿quiénes la realizan? ¿cuándo? ¿dónde? ¿con qué aval institucional?



3. ESQUEMA DEL DISPOSITIVO DE CONSEJERÍAS

Claves

- Fines concretos
- Espacios individuales y grupales
- Cuatro estrategias combinadas

Las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Salud Reproductiva (CSSySR) se orientan a fines concretos:

- Brindar información oportuna y pertinente en términos sencillos.
- Difundir y derivar a los servicios de salud que existen en el territorio.
- Apoyar a las personas para que puedan reflexionar sobre sus prácticas.
- Promover la toma de decisiones autónoma.
- Facilitar el empoderamiento para que las personas desarrollen una vida sexual saludable y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.
- Proveer cuando se requiera el método anticonceptivo sin demoras ni dilaciones.

Estos fines se concretan a través de cuatro líneas de acción relacionadas entre sí:

Atención personalizada y privada:

1. Consultorio o Centro de Consejería. Se brinda información y atención personalizada, con horarios estipulados y a cargo de personas formadas para promover la toma de decisiones autónomas. Permite profundizar en las necesidades de cada persona y abordar aspectos psicosociales y culturales implicados en el ejercicio de la vida sexual. Puede brindarse en: centros de salud, hospitales, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil.

2. Oportunidad en la asistencia. La consulta por otros temas es una buena oportunidad para realizar una consejería en salud sexual, especialmente en situaciones de embarazo, control ginecológico, previa al alta post aborto y post parto, en guardia por violencia sexual o en controles a los hijos, entre otras. Este momento debe incluir la entrega de métodos anticonceptivos. Instalar la estrategia de “consejo oportuno” exige desarrollar capacitaciones para equipos de los centros de salud y de los hospitales, para incluir la Consejería Integral en Salud Sexual como parte del proceso de atención a la mujer en edad reproductiva.

Acción grupal e institucional:

3. Producción y difusión de materiales. Se trata de folletos, cartillas, afiches, radioteatros, videos, y recursos de las redes sociales como blogs y facebook, que pueden ser producidos en ámbitos comunitarios, equipos de salud, o provistos por los programas estatales de salud sexual y reproductiva. Muchas veces, los materiales sirven de disparador para iniciar la consejería, o de apoyo en las acciones educativas. Es importante que exista un espacio donde los materiales puedan consultarse, retirarse, verse o escucharse.

4. Promoción y formación en derechos y salud. Se trata de acciones educativas con diversos grupos desde una perspectiva de educación popular. A veces las realiza el mismo equipo que brinda la CSSySR en forma directa, en otras oportunidades en articulación intersectorial con otros actores del territorio, que pueden ser o instituciones públicas (escuelas, defensorías, agencias de desarrollo social municipal) o de la sociedad civil (organizaciones sociales, sociedades de fomento, comedores, clubes, cooperativas, redes promotoras de calidad de vida, etc.)

PARA PENSAR EN EQUIPO

Luego de leer este apartado, hacemos en un papelógrafo una lluvia de ideas sobre cuáles son, en nuestro caso, los objetivos o fines concretos que buscamos lograr con las Consejerías. Luego nos organizamos en parejas o en pequeños grupos para analizar las cuatro estrategias que se combinan en las Consejerías. A cada grupo nos toca una estrategia:

1. Grupo 1: Consultorio o Centro de Consejería
2. Grupo 2: Oportunidad en la asistencia
3. Grupo 3: Difusión de materiales
4. Grupo 4: Acciones comunitarias

Analizamos a nivel de nuestro equipo y a nivel de nuestra institución: fortalezas, debilidades, oportunidades y desafíos para implementar esa estrategia en nuestra institución. Lo debatimos en plenaria.

(!) A partir del debate construimos un esquema del dispositivo de Consejería adecuado a nuestra institución. Es importante colocar nombres de los servicios, responsables de las acciones, vínculos con las organizaciones de la comunidad y necesidades de capacitación.



4. IMPLEMENTACIÓN

Claves

- Construcción gradual y en red
- La estrategia depende del contexto
- Intervención multidisciplinaria, integral y multifactorial

Implementar una consejería en salud sexual y reproductiva lleva tiempo, definiciones políticas de las instituciones, momentos de capacitación, reuniones de equipo y evaluación de lo que se va haciendo, para mejorarlo. No hay recetas, sino criterios en los cuales inspirarse:

Gradualidad: ir de a poco en la implementación, partir de lo posible y ponerse metas concretas, que se puedan evaluar. También este es un criterio cuando animamos la organización de consejerías en ámbitos comunitarios.

Contextualización: no hay una estrategia única, la realidad local, la viabilidad institucional y características del servicio o de la organización comunitaria indican cuál es la mejor.

Trabajo colaborativo y participación: es indispensable contar con apoyos mutuos y colaboración entre los diferentes niveles institucionales y organizacionales para instalar las consejerías.

Las CSSySR se proponen como una forma de intervención multidisciplinaria, integral y multifactorial:

- **Multidisciplinaria** porque la pueden realizar equipos de salud, en sus distintos niveles de atención y también otras instituciones públicas y organizaciones sociales, en forma conjunta con el sistema de salud. Es muy diferente el énfasis que se realiza desde la psicología que desde la ginecología y quienes mayor llegada suelen tener a la población son animadores comunitarios. Un equipo donde estén presentes distintas disciplinas potencia la consejería.
- **Integral** porque la mirada no se centra en una parte del cuerpo (“el aparato reproductor”) sino en la totalidad de la persona. Es su historia de vida, sus necesidades, sus creencias lo que se nos presenta y a lo que hace falta “mirar con nuevos ojos” para que la atención resulte efectiva. Integral, además, porque la intervención reúne perspectiva de derechos, enfoque de género y los principios que rigen las consejerías (autonomía personal; equidad; diversidad y salud integral).
- **Multifactorial** porque la intervención debe atender a los diversos factores que influyen en esa usuaria/o (situación económica, socio-cultural, educativa, de vínculos familiares y comunitarios y realidad concreta por la que está atravesando).

Ya vimos que lo mejor para organizar la Consejería es hacerlo paso a paso, según las posibilidades de cada institución. ¿Cuáles son esos pasos en nuestro caso? Para definirlos, debatimos:

1. ¿Qué estrategias de consejería podemos implementar en una primera etapa?
2. ¿Qué metas nos ponemos para los primeros tres meses, seis meses y un año?
3. ¿Qué experiencias de trabajo en articulación con otros niveles institucionales u organizacionales tenemos?
4. ¿Cuáles son las ventajas y los desafíos de un trabajo articulado?

(!) Nos organizamos en grupos por disciplina o formación y compartimos qué hacemos en Consejería: ¿qué fortalezas y dificultades tenemos? En la puesta en común identificamos: similitudes, diferencias y aspectos complementarios. Armamos una propuesta para mejorar el trabajo en equipo.

PARA PENSAR EN EQUIPO



5. PLAN DE FORMACIÓN A LOS EQUIPOS DE SALUD

Claves

- Escucha atenta
- Intervención centrada en la persona
- Taller como estrategia

La propuesta de capacitación para implementar consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva está dirigida a los equipos de salud de centros de atención primaria (CAPS) y de hospitales materno-infantiles de las distintas provincias del país.

LAS CONSEJERÍAS QUE SE REALIZAN EN ORGANIZACIONES SOCIALES PUEDEN RECUPERAR ALGUNOS DE LOS CRITERIOS QUE AQUÍ SE PRESENTAN, SEGÚN SUS RECURSOS Y PRIORIDADES. SIEMPRE ES DESEABLE QUE SU IMPLEMENTACIÓN SE HAGA EN ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD, PORQUE LA RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ES UNA OBLIGACIÓN DEL ESTADO.

Objetivos

Los objetivos de la formación son:

- Analizar en forma contextualizada las realidades socio- culturales que afectan el derecho a la SSySR: falta de oportunidades sociales, educacionales y de información, prejuicio y discriminación, violencia, sexismo, etc.
- Comprender los temores, desafíos y dificultades que enfrentan las personas al decidir sobre su salud sexual.
- Reconocer y manejar los propios prejuicios y temores ante situaciones de crisis o de conflictos de valores.
- Diferenciar las posturas personales (religiosas, morales, ideológicas) del rol profesional.
- Centrar la intervención en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar habilidades de comunicación verbal y corporal.
- Desarrollar habilidades de escucha para evaluar la información del otro y los problemas que enfrenta.

- Desarrollar habilidades de intervención oportuna: establecer metas acordadas y realistas, elaborar un plan, aprovechar los recursos reales y potenciales, actuar en equipo.
- Desarrollar disposiciones para actuar y reflexionar sobre la propia intervención.
- Afianzar comportamientos sostenidos en códigos de ética profesional y de conciencia personal.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo.
- Desarrollar habilidades de gestión para la implementación de las consejerías.

Contenidos

Si bien existen ciertos lineamientos de los contenidos a tratar en el espacio de la consejería, no siempre se desarrollan todos los temas porque esto depende de la consulta de cada persona.

LA CONSULTA PUEDE SER POR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEXUALIDAD, EMBARAZO NO DESEADO, SITUACIÓN PRE O POST ABORTO, ABUSO O VIOLENCIA. POR ESO LA CONSEJERÍA INTEGRAL TIENE EN CUENTA EL MOTIVO POR EL CUAL LA PERSONA SE ACERCA Y LOS DIVERSOS NIVELES DE COMPLEJIDAD QUE PUEDE SER NECESARIO ASUMIR.

El/la consultor/a necesita prestar atención a las características particulares de quien consulta: su edad, realidad económica, social, cultural y educativa.

Algunos ejes para la formación de consultores/as son:

- Salud sexual y reproductiva como derecho humano.
- Marco legal vigente.
- Perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva.
- Educación participativa, reflexiva y social centrada en la autonomía y la construcción de ciudadanía.
- Consejería centrada en las necesidades de las personas: respeto y aceptación de las decisiones de la otra persona.
- Consejería como espacio de diálogo, participación, confianza y seguridad que estimula a quien consulta para que pueda tomar sus propias decisiones.

- Información completa, precisa, veraz y oportuna en: métodos anticonceptivos; ciclo menstrual y ciclo vital; sexualidad y derechos; violencia sexual; interrupción del embarazo.
- Tensiones entre el conocimiento e información sobre aspectos y dimensiones de la salud sexual y reproductiva y las acciones y prácticas que llevamos a cabo.
- Determinantes económicos, sociales y culturales de las situaciones de usuarios/as.
- Trabajo en equipo y desarrollo de redes de apoyo social.
- Evaluación de la propia consejería.

Esta propuesta no es un curso cerrado, con programa universal y fijo. Más bien es una caja de herramientas en la que una parte de los instrumentos se elabora a nivel nacional, y la otra se desarrolla participativamente con los equipos de salud locales y provinciales.

Metodología

La estrategia educativa para los equipos que realizan consejerías debe centrarse en la participación y la integración con la práctica que se espera mejorar. La metodología de taller es la más adecuada, ya que utiliza dinámicas participativas que movilizan sensaciones, facilitan el debate desde distintas posturas y la formación en habilidades comunicacionales, además de los aportes teórico-conceptuales.

Aquí se presentan tres tipos de dinámicas participativas que permiten abordar distintos aspectos de la formación:

1) Sesiones de análisis y debate a través del estudio de situaciones. Implican trabajo grupal en torno al análisis de situaciones concretas. Estos ejercicios pueden ser acompañados con materiales de lectura orientados a profundizar el análisis a partir de incorporar contenidos conceptuales (por ejemplo, derechos reproductivos, derechos humanos, educación popular, etc.). Los materiales de apoyo deben ser breves, escritos en un lenguaje accesible y coloquial.

2) Ejercicios para entrenar habilidades comunicacionales y emocionales. Actividades de simulación escénica o

dramatización, para desarrollar habilidades de observación, escucha, comunicación (verbal y no verbal) y manejo emocional. Después de la dramatización es necesaria la retroalimentación entre los/as participantes.

3) Dinámicas para revisar las propias creencias. Juegos y ejercicios movilizadores de certezas y creencias arraigadas en nuestras prácticas profesionales y no profesionales que intentamos desnaturalizar a través de la puesta en movimiento del cuerpo. Las dinámicas pueden intercalarse en los talleres, al principio de la jornada o en donde parezca más adecuado para disparar el trabajo desde un lugar menos racional.

En el siguiente cuadro se presentan 11 (ONCE) Situaciones para analizar a partir de historias concretas (análisis de caso):

Caso	Denominación
1.	Pequeñas historias
2.	Derecho de familia
3.	Después de todo... antes que nada
4.	Un veterano seductor
5.	Primera relación sexual
6.	Se provoca discriminación
7.	¿El sexo fuerte?
8.	El secreto tan temido
9.	La bifurcación
10.	Argentina: víctimas adolescentes de la violación mentalmente incapacitadas.
11.	El encuentro


Para los talleres de entrenamiento en habilidades de comunicación se presentan 4 (CUATRO) ejercicios base de simulación:

Ejercicio	Denominación
1.	¿Tener más hijos?
2.	Muchas parejas
3.	Más cuidados
4.	Equipo de salud



Para trabajar sobre las propias creencias y valores se presentan 4 (CUATRO) juegos y dinámicas participativas, que pueden realizarse al abrir los encuentros:

Dinámica	Denominación
1.	Un paso adelante quién...
2.	Caminata al poder
3.	Teléfono descompuesto
4.	El buen paciente, el buen consejero



PARTE 2.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES.
FORMACIÓN DE PROFESIONALES
EN CONSEJERÍA INTEGRAL DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. SITUACIONES PARA ANALIZAR A PARTIR DE HISTORIAS CONCRETAS

Propuesta de trabajo:

A cada grupo nos toca una situación. La leemos, revisamos nuestra propia experiencia, buscamos información de apoyo basada en las leyes vigentes y debatimos. Luego, presentamos el caso en plenaria, con nuestra estrategia, para que el resto de los grupos retroalimente el trabajo.

Preguntas para trabajar en grupo:

1. ¿Esta situación nos resulta conocida en nuestro espacio de trabajo?
2. ¿Cómo nos sentimos al tener que abordar una situación así?
3. ¿Hay algunas situaciones que nos generen más “ruido”, dificultad, preguntas para abordarla?
4. ¿Qué acciones y/o indicaciones profesionales podría dar a la persona que consulta? (derivaciones, análisis clínicos, ínter consulta, seguimiento).
5. ¿Qué información brindaríamos a esa persona? ¿Cómo? ¿Por qué?
6. ¿A cuáles aspectos de los derechos sexuales y reproductivos se está apelando con estas respuestas en la consulta?
7. ¿En qué otros aspectos podríamos indagar o guiar la entrevista?
8. ¿Entregaríamos algún insumo o material de otro tipo? ¿Cuáles?
9. ¿Qué dilemas, cuestionamientos y/o preocupaciones personales nos despiertan a cada participante esta situación?

Caso 1

“Pequeñas Historias”

Tema: Utilización de MAC

Relato

Una joven de 18 años se acerca a consultar a la salita de su barrio, aprovechando que tiene que llevar a su hijo al vacunatorio. Ella dice querer saber acerca de una operación para no tener más hijos. Ella tiene un hijo de 2 años y un bebé de 2 meses, actualmente se encuentra amamantando a su hijo menor. La joven se presenta muy angustiada a la consulta.

Comenta que una vecina le habló de una operación –desconoce el nombre– que se hace en el hospital para no quedar embarazada y menciona su deseo de realizarla.

Actualmente está en pareja con el padre de su segundo hijo y menciona que usa el coito interrumpido como método anticonceptivo. Alguna vez utilizó anticonceptivos orales de manera irregular.

Temas para abordar:

- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Derecho a la información
- Derecho al acceso a la salud
- La interdisciplina y perspectiva de género



Caso 2

"Derecho de Familia"

Tema: Violencia -Embarazo Adolescente

Relato

Una adolescente de 13 años es acompañada por su tía, quien refiere que su sobrina esta "rara"; "diferente" hace un par de meses: vomita por las mañanas, siempre tiene sueño y llora por cualquier motivo. Su sobrina tuvo la menarca hace un año, hace un par de meses que no menstrua. Ella vive con su mamá, el marido de su madre, su hermano menor y esta tía que la trae a la consulta. Su tía y su madre no están durante el día en la casa pues trabajan. El marido de su mamá hace changas y ella cuida de la casa y de su hermano menor (de 2 años). Así que esta bastante sola durante todo el día, con el hermano y el padre de éste. La joven no participa de la entrevista y responde sólo con la cabeza. Curso sólo la primaria en Bolivia con sus otros hermanos y llegó a vivir con su madre hace 6 meses.

Temas para abordar:

- El derecho a la libertad y seguridad de la persona
- El derecho a la atención médica y a la protección de la salud
- Derechos de niñas, niños y adolescentes
- Acceso al Aborto No Punible

Caso 3"Después de todo....
antes que nada"

Tema: La AHE

Relato

Una adolescente de 14 años concurre a los servicios de salud sexual y reproductiva para que le prescriban la "píldora del día después". Ha tenido contactos sexuales sin protección y no desea un embarazo. La chica refiere tener relaciones sexuales usando en forma irregular el preservativo o el coito interrumpido; hace 4 días tuvo relaciones sexuales sin ninguna protección, y está preocupada por la posibilidad de estar embarazada.

Temas para abordar:

- AHE
- MAC
- Prevención ITS y VIH
- Derechos de niños, niñas adolescentes

Caso 4

"Un veterano seductor"

Tema: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Relato

Un hombre de 64 años nacido en el Perú acude al servicio de salud sexual por tener hace un par de semanas sensaciones de ardor y dolor al orinar. Menciona que actualmente es viudo y que tiene relaciones sexuales ocasionales, menciona utilizar el profiláctico como método de prevención. Hace varios meses atrás comenta que tuvo relaciones sexuales con una mujer que estaba con la menstruación, por lo cual no utilizó preservativo.

Temas para abordar:

- Uso adecuado del preservativo
- Prevención de ITS y VIH
- Derechos del migrante

Caso 5

"Saber de qué se trata"

Tema: Primera relación sexual

Relato

Una adolescente de 15 años se presenta a realizar una consulta sobre métodos anticonceptivos al servicio de salud sexual. Hace 6 meses que inició una relación con un joven de 19 años y han tenido un par de relaciones sexuales hace unos meses, la joven consulta sobre los cuidados que debe tener frente a los embarazos y acerca de situaciones de coito anal que el novio le demanda y en las cuales no utiliza preservativo. La joven quiere asegurarse de que efectivamente no corre riesgos de quedar embarazada frente a este tipo de relación.

Temas para abordar:

- Derechos sexuales y reproductivos
- Perspectiva de género
- MAC
- Prevención de ITS y VIH
- Derechos de niños, niñas y adolescentes

Caso 6

"Se provoca discriminación"

Tema: Aborto Terapéutico

Relato

Julia está casada y tiene cuatro hijos. Hace seis meses le diagnosticaron cáncer de mama y le aplicaron quimioterapia. Pero el cáncer se extendió a los ganglios linfáticos. En el medio, tuvo un atraso menstrual y se hizo un examen de embarazo. Le dio positivo. Su ginecólogo le dijo que el embarazo agravaba su pronóstico de salud, ya que los cambios hormonales podían acelerar su enfermedad. Además necesitaba la radioterapia y si quería seguir adelante con el tratamiento era aconsejable interrumpir el embarazo. Sin embargo, la dirección del hospital no permitió a los médicos hacer el aborto si no se contaba con una autorización judicial.

Temas para abordar:

- Derechos sexuales y reproductivos
- Responsabilidad profesional

Caso 7

"¿El sexo fuerte?"

Tema: Violencia contra la Mujer

Relato

Una joven de 18 años se acerca al servicio de salud sexual y reproductiva para solicitar información sobre métodos anticonceptivos. Relata que hace 2 años que está de novia y que su pareja en el último año ha comenzado a consumir alcohol en exceso y supone que otro tipo de drogas. Hace un par de semanas atrás, él volvió tarde a la habitación que comparten y, aunque ella no quería, tuvieron relaciones sexuales sin protección. Ella se presenta angustiada a la entrevista.

Temas para abordar:

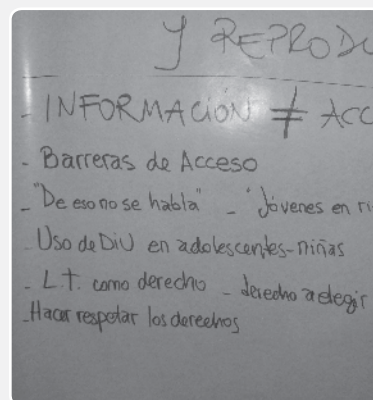
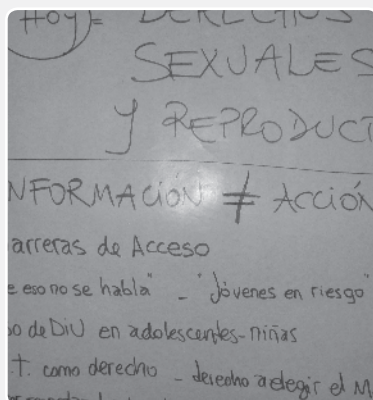
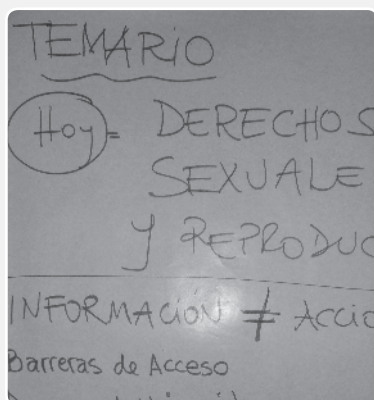
- Derechos sexuales y reproductivos
- Violencia sexual y perspectiva de género
- MAC
- Prevención de ITS y VIH

Relato

Llega a la guardia una mujer de 28 años acompañada de una vecina. La paciente se encuentra con mucho dolor de panza y menciona haber tenido hemorragia durante el día. La vecina relata que la mujer vive con su marido y 4 hijos. Ellos no se encontraban en la vivienda en ese momento. En la guardia la asisten dos médicos y detectan que se trata de un aborto inducido.

Temas para abordar:

- Atención postaborto
- Derechos sexuales y reproductivos
- Calidad de atención
- MAC
- Rol del profesional
- Secreto profesional.

**Relato**

Un adolescente de 15 años de edad acude a una consulta en un servicio de salud mental pues se encuentra muy preocupado y angustiado frente a una situación vivida hace un par de semanas. Relata encontrarse en una fiesta de fin de año, con un grupo de amigos y amigas en donde habían bebido y consumido una cantidad variada de sustancias. En algún momento de la noche dice que "pierde toda conciencia de lo que pudo haber pasado." Al día siguiente amanece en la casa de uno de sus compañeros y amigos, los dos en la cama y sin ropa. Dice no recordar nada de lo sucedido, pero tiene sospechas de haber tenido algún tipo de relación sexual con su amigo. La madre de éste abrió la puerta de la habitación y la cerró rápidamente. Según su percepción ella estaba enojada y él se sintió muy avergonzado: nunca había tenido una situación así. De hecho, hace 8 meses que está saliendo con una chica de su barrio, con la cual aún no han tenido relaciones.

Temas para abordar:

- Sexualidad en la adolescencia y orientación sexual
- Uso de sustancias psicoactivas
- Prevención de ITS y VIH

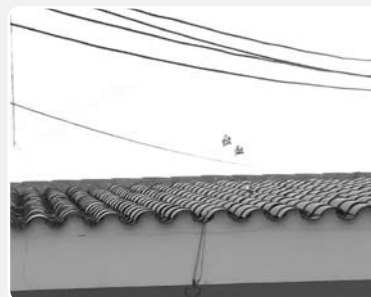
Relato

El embarazo a consecuencia de la violación de una mujer mentalmente incapacitada es uno de los pocos motivos bajo los cuales el aborto es permitido por la ley en Argentina, según el Artículo 86.2 del Código Penal. En 1999, una niña de 13 años de edad, desnutrida y mentalmente incapacitada, fue violada y quedó embarazada en la ciudad de Chubut. Una autoridad religiosa, un juez y un ministro gubernamental convencieron a los padres de la niña de que debía desistir de sentar una denuncia oficial y de solicitar un aborto, a cambio de ayuda financiera y alimenticia. Varios meses después, el padre de la niña informó de que la "ayuda" había consistido en 2 kilogramos de harina, uno de azúcar, 1 litro de aceite, un paquete de fideos, dos paquetes de levadura y una caja con 24 latas de paté de hígado.

En noviembre del mismo año, la madre de otra joven mentalmente incapacitada y sobreviviente de una violación solicitó un aborto. Un juez declaró que no era necesario otorgar autorización judicial para practicar abortos permitidos por la ley; sin embargo, el hospital al cual ella acudió, rehusó efectuar un aborto sin autorización judicial. Las autoridades jurídicas comentaron que no se requería permiso, pero los debates continuaron hasta que la joven sufrió un aborto espontáneo el cual casi fue fatal.

Temas para abordar:

- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Derecho a la atención médica y a la protección de la salud
- Instrumentos Legales en ambos casos: Violencia Sexual y Aborto no Punible

**Relato**

Clarisa tiene 13 años, fue derivada al servicio de salud sexual y reproductiva por su pediatra. Ella vive con VIH desde su nacimiento. Hace unos meses, a partir de su primera menstruación, su madre consulta con el pediatra que la atiende para explicarle su diagnóstico de VIH que tiene desde su nacimiento, pero que desconoce.

El pediatra tiene una entrevista con la paciente. Clarisa dice conocer su diagnóstico y éste la deriva al servicio de Salud Sexual para que la orienten e informen en relación al ejercicio de la sexualidad. Actualmente convive con su madre, quien también vive con VIH, y con sus dos hermanos menores (con diagnóstico negativo de VIH). Su padre falleció hace 4 años.

Temas para abordar:

- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Prevención y tratamiento del VIH
- Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

2. EJERCICIOS PARA ENTRENAR HABILIDADES EN COMUNICACIÓN

Propuesta de trabajo:

El entrenamiento en habilidades comunicacionales y emocionales es una metodología de simulación escénica en la que el grupo dramatiza una situación. Requiere de la coordinación de un/a facilitador/a y consta de distintas fases de aprendizaje e interacción activa:

Primera Fase: Se representa una situación y el grupo intercambia experiencias y observaciones. La representación también puede basarse en alguna situación vivida por uno o varios de los participantes, ya sea como usuarios/as del sistema de salud o en su carácter de efectores o miembros de los equipos de salud. A continuación, el grupo elabora un libreto entre los distintos personajes implicados, ajustándolo a su experiencia y contexto local. En el libreto, se incluyen intercambios verbales y no verbales.

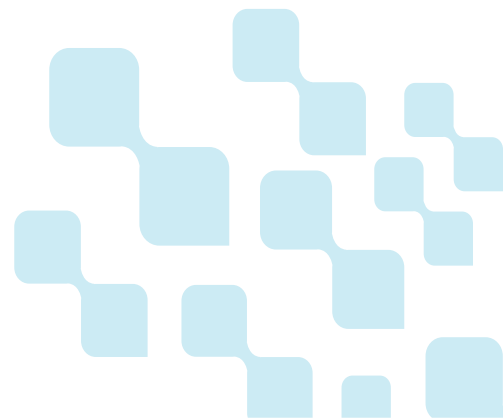
Segunda Fase: Un grupo realiza la dramatización a partir del libreto prefijado. Se distribuyen los roles y el resto de las y los participantes observa. Es importante que registrar las emociones y reflexiones que genera la dramatización.

Tercera Fase: Luego de la dramatización, las y los participantes ponen en común sus observaciones y reflexiones. Se produce un intercambio y debate a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Qué sentimos y qué pensamos sobre los personajes?
- ¿Qué pudieron escuchar y qué dijeron cada uno?
- ¿Qué podrían haber escuchado o dicho?

Fase final: se realiza nuevamente la dramatización cambiando los roles y reestructurando el diálogo a partir de los aportes del grupo.

A continuación, se presentan cuatro ejercicios-base para dramatizaciones. En todos los casos son disparadores, pueden adaptarse o reemplazarse según el contexto o las prioridades de contenido que se necesiten abordar.



CASO 1

¿Tener más hijos?

Rosa es una madre de cuatro hijos menores y es golpeada con frecuencia por el marido, inclusive delante de sus hijos. Ella es de Perú y vive hace mucho en Argentina. Hace un año y medio que Rosa participa de un grupo terapéutico de mujeres golpeadas, pero el marido la sigue golpeando. La última vez ocurrió cuando ella le dijo que no quería tener más hijos. Rosa asiste al Centro de Salud con lesiones, pero no sabe qué hacer con su situación familiar. En la atención en el Centro de Salud, realiza una consulta habitual de control ginecológico, pero el personal no repara en las lesiones que presenta y Rosa no se anima a mencionar su problema.

CASO 2

Muchas parejas

Rosalía es una adolescente de 16 años. En la consulta en el Centro de salud, expresa la necesidad de contar con un método anticonceptivo, dado que mantiene relaciones sexuales con "sus parejas". Consultada sobre estas relaciones, indica que no son estables y que se relaciona con distintos jóvenes. El personal se muestra molesto por esta situación y le advierte lo inapropiado de esta modalidad de relaciones, dada su edad. Le recomienda que las suspenda, no le indica ningún método de para evitar el embarazo, sugiriendo solamente el uso de profilácticos para prevenir el SIDA.

CASO 3

Más cuidados

María es una mujer joven de 25 años y en la consulta en el Centro de Salud manifiesta que su novio no acepta usar preservativos. Como ha tenido relaciones sexuales recientemente solicita la anticoncepción de emergencia, porque tiene temor a estar embarazada. El personal de salud le indica que no puede suministrarle la píldora porque ha transcurrido varios días desde la última relación y, en cambio, le entrega más preservativos.

CASO 4

Trabajo en equipo

En el Centro de Salud de Villa Luisa, los médicos tienen casi exclusiva dedicación a tareas en consultorio e ignoran qué hacen los otros miembros del equipo de salud. Las enfermeras no tienen buena relación con el personal administrativo y encuentran que sus tareas son mal distribuidas. El Jefe del servicio entiende que el personal no responde bien a sus horarios y obligaciones y que los administrativos no tienen motivación en sus tareas. Los agentes sanitarios piensan que las informaciones que recogen en terreno no son tomadas en cuenta en la programación del servicio. Los auxiliares reclaman que son los únicos enviados a las capacitaciones y después no tienen poder para sugerir cambios en los procesos de trabajo. Los pacientes entienden que no son bien atendidos y que tienen que esperar mucho tiempo para obtener un turno.



3. DINÁMICAS PARA REVISAR LAS PROPIAS CREENCIAS

Para trabajar consejerías integrales en salud sexual y reproductiva hace falta revisar los propios valores. La sexualidad y las decisiones que cada persona toma

sobre su vida nos enfrenta con aspectos muy íntimos de nosotros mismos/as.

Revisarlos, identificar qué se nos moviliza y analizarlo en conjunto es necesario para llegar a ser un/a consultor/a que realmente pueda encontrarse con las usuarias y usuarios durante el espacio de consejería.

“Un paso adelante quién...”

Tema: Información y uso de esa información en salud sexual y reproductiva.

Propósito: Vivenciar la distancia que hay entre tener información y ejercer una acción o conducta de cuidado en salud sexual y reproductiva.

Materiales: Espacio de trabajo, listado de preguntas

PASO 1



30'

Empezamos a jugar.

Nos paramos todos en una misma línea uno al lado del otro. El/la facilitador/a leerá pausadamente una serie de preguntas. Las/os participantes avanzarán un paso si la respuesta es positiva, o se quedarán en la misma línea si fuera negativa.

PASO 2



30'

Reflexión y cierre

Es el momento para indagar cómo nos sentimos. Como guía para el intercambio utilizamos las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintieron cuando daban el paso?
- ¿Y cuando se quedaban en el lugar?
- ¿Con qué tendrá que ver esta distancia? ¿Qué otras cosas están en juego además del saber o el conocimiento?
- ¿Qué nos pasa cuando informamos y sin embargo el otro “no hace” aquello que nosotros esperábamos?
- ¿Qué sucede cuando vamos a “aconsejar” a otros que hagan algo?

Lista de consignas:

Dé un paso adelante quien....

1. Fumó, aunque sea un cigarrillo en las últimas dos semanas.
2. No usó cinturón de seguridad alguna vez de las que subió a un auto en la última semana.
3. Cruzó una avenida por mitad de cuadra sin respetar la senda peatonal en la última semana aunque sea una vez.
4. Conoce las normas de tránsito.

Para las mujeres:

Dé un paso adelante quien....

5. En el último año se hizo un PAP.
6. La que retiró el resultado.

Para todos y todas:

Dé un paso adelante quien....

7. Hace actividad física dos veces por semana regularmente.
8. Pudo preguntar sus dudas sobre lo referente a sus primeras relaciones sexuales.
9. Tuvo algún amigo o amiga a quien contar lo que sintió en su primer relación sexual.
10. Usó preservativo en su primer relación sexual.
11. Conoce cómo se toman las pastillas anticonceptivas.
12. Siempre tomó la pastilla en el mismo horario.
13. Alguna vez se sintió incomoda o incomoda en un hospital o centro de salud.
14. Tiene un lindo recuerdo de su primera relación sexual.
15. Alguna vez practicó sexo oral sin preservativo.
16. Alguna vez, bajo el lema “un poquito nada más” postergó la colocación del preservativo.
17. Alguna vez dijo: “Se lo expliqué mil veces y no me hace caso”.

“Caminata al poder”

Tema: Género y derechos sexuales y reproductivos.

Propósito: Reconocer las desigualdades de clase, género, etnia, edad en el ejercicio de nuestros derechos sexuales y reproductivos

Materiales: Tarjetas con personas, listado de preguntas sobre accesibilidad y ejercicio de la sexualidad, afiche, marcadores, materiales de apoyo sobre derechos sexuales y reproductivos, alguna presentación o soporte sobre la perspectiva de género.

PASO 1



10'

Voluntarias/os para caminar

Diez a quince personas voluntarias se paran en una misma línea (punto de partida). Cada participante recibe una tarjeta con un personaje: a partir de este momento esa persona es el personaje que le tocó y debe actuar como su personaje lo haría. La persona que facilita el taller leerá una serie de preguntas. Las y los personajes darán un paso hacia adelante (si la respuesta fuese positiva) o se quedarán en el mismo lugar (si fuera negativa). El resto del grupo observa con atención los pasos y actitudes que van tomando quienes participan de la caminata.

PASO 2



15'

Comienza la caminata

Los personajes se ubican en el punto de partida. Se van leyendo las preguntas sobre acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a información sobre métodos anticonceptivos, a la negociación para el uso del preservativo, a la interrupción segura del embarazo no deseado. Las personas avanzarán o se quedarán en el mismo lugar de acuerdo a la respuesta.

PASO 3



10'

Intercambiamos sensaciones

Cada participante cuenta qué personaje le tocó y cómo se sintió mientras avanzaba o se quedaba en el mismo lugar. Algunas preguntas para facilitar la expresión de las sensaciones:

- ¿Qué personaje te tocó?
- ¿Cómo te sentiste con los pasos que dabas o no dabas?
- ¿Cómo veías a los que quedaban adelante o al mismo nivel o detrás tuyo?

PASO 4



25'

Reflexiones de todo el grupo

Ahora que vimos lo que ocurría a cada personaje y cómo se sintieron, todo el resto del grupo aporta a la reflexión. Algunas preguntas para facilitar el debate:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. ¿Qué vieron desde afuera? | 4. ¿Qué derechos relacionados con la sexualidad estaban en juego? | 6. ¿Qué nos pasó al ver que los derechos de algunos no se cumplen? |
| 2. ¿Cómo avanzaban unos y otros personajes en la caminata? | 5. ¿Cuáles otros creemos que deberían existir? | 7. ¿Qué rol podríamos cumplir como efectores de salud ante estas situaciones? |
| 3. ¿Qué derechos creemos que se ponían en juego en las situaciones que se planteaban? | | |

Es importante que la persona que facilite el taller propicie el debate y conceptualice a partir de los derechos, impulse que las y los participantes identifiquen cuál es el marco normativo que los encuadra y los elementos que se ponen en juego en su ejercicio (culturales, sociales, de género, económicos, políticos). Propiciar la reflexión sobre cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y cómo se traducen en el propio rol en los servicios de salud.

Personajes

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 1. Mujer profesional de la Ciudad de Buenos Aires, casada con 2 hijos | 6. Intendente municipal. | 11. Director de un hospital |
| 2. Hombre desocupado hace más 10 años. | 7. Diputado | 12. Joven homosexual |
| 3. Adolescente embarazada | 8. Dueño de una empresa de correo. | 13. Enfermera de centro de salud |
| 4. Trabajadora sexual. | 9. Estudiante de la escuela secundaria. | 14. Vendedora de un negocio |
| 5. Médica de un centro de salud. | 10. Señora ama de casa separada con 4 hijos | 15. Hombre discapacitado |
| | | 16. Mujer joven de país limítrofe |

Preguntas para la caminata:

Dé un paso adelante quien puede responder afirmativamente estas preguntas:

- | | |
|--|--|
| 1. ¿Conocés cuáles son los métodos anticonceptivos? | 10. ¿Sabés que podés conseguir los métodos anticonceptivos gratis? |
| 2. ¿Conocés cómo se usa el preservativo? | 11. ¿Conocés cuáles son los métodos anticonceptivos que podés recibir gratis? |
| 3. ¿Sabes a dónde ir si querés recibir información sobre como cuidarte en las relaciones sexuales? | 12. ¿Sabés que hay una ley de salud sexual que ampara tus derechos? |
| 4. ¿Sabés que es el dispositivo intrauterino o DIU? | 13. ¿Sabés que podés decidir cuantos hijos tener y cada cuanto? |
| 5. ¿Sabés cómo tomar las pastillas anticonceptivas y dónde se consiguen? | 14. ¿Sabés que la ligadura tubaria es gratis en el hospital y en las prepagas? |
| 6. ¿Sabes qué hacer si un médico no quiere atenderte sin darte una razón? | 15. ¿Sabés que la vasectomía es legal en todo el país? |
| 7. ¿Sabés qué es la anticoncepción hormonal de emergencia? | 16. ¿Tenés con quien hablar o consultar sobre los temas de sexualidad? |
| 8. ¿Sabés que si estás embarazada y estás en la escuela, podés seguir estudiando? | 17. ¿Podés elegir cuándo tener relaciones sexuales? |
| 9. ¿Sabés que el médico no debe decir lo que cuentas en el consultorio? | |

“Teléfono descompuesto”

Tema: La comunicación en los espacios de consejería

Propósito: Revisar las formas en las que nos comunicamos con los/las usuarios/as y compañeros/as de trabajo, en cuanto al contenido y lenguaje; y cómo influyen en la posibilidad de comprendernos.

Materiales: Espacio de trabajo, al menos 2 mensajes médicos (puede ser alguna definición médica de qué es el diu, o la composición de algún método anticonceptivo).

PASO 1



15'

Empezamos a jugar

Formamos dos filas paralelas. Le entregamos a la primera persona de cada fila el mensaje original para que lo lea y se lo transmita al oído a la persona que tiene al lado, evitando que el resto lo escuche. La segunda persona debe recordar lo que escuchó y decírselo a la tercera y así sucesivamente. Cuando las dos filas terminaron, pedimos a los últimos que le digan al resto del grupo lo que han escuchado. Solicitamos lo mismo a quienes iniciaron la comunicación telefónica.

PASO 2



25'

Reflexión y cierre

Luego de repasar las sensaciones de los participantes, podemos registrar las ideas sobre la comunicación que aparecen en el intercambio y enfatizar en la necesidad de tener en cuenta los distintos factores que intervienen en la situación de comunicación en las consejerías en salud sexual y reproductiva (claridad y sencillez de la información que ofrecemos, uso del lenguaje apropiado, utilización de apoyos visuales, lugar que damos y nos permitimos para preguntas y repreguntas, qué escuchamos y cómo lo hacemos, etc).

“El buen paciente, el buen consejero”

Tema: representaciones sobre las/os usuarias/os y los equipos de salud

Propósito: discutir las ideas y creencias que tenemos en relación a las personas que se acercan al hospital/centro de salud y sobre nosotros mismos.
Reflexionar sobre como esas ideas y creencias atraviesan las formas en que trabajamos y como muchas veces pueden ser facilitadores u obstaculizadores para el acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Materiales: afiches, hojas blancas, fibrones, cinta. Se puede utilizar como apoyo el cuadro 1 de ops-herramienta

PASO 1



30'

Los buenos y los malos

Nos organizamos en pequeños grupos. A la mitad de los grupos le toca hacer una lista con las características o atributos que tienen uno de los siguientes conjuntos de personas:

- Las/os “buenas/os usuarias/os” y “buenas/os consultores/as” del servicio de salud sexual
- Las/os “malos usuarias/os” y “malos/as consultores/as” del servicio de salud sexual.

Es importante dejarse fluir en la actividad y poner “todo lo políticamente incorrecto” que se nos ocurra. No se requiere corrección sino verdad, para poder trabajar en profundidad.

PASO 2



30'

Plenario, reflexión y cierre

Cada grupo comparte con el resto las características atribuidas al buenos y malos. Para la reflexión tener en cuenta:

- La importancia de apoyar la comprensión de los temores, desafíos y dificultades que enfrentan las personas ante sus decisiones sobre salud sexual y reproductiva, SSySR.
- El obstáculo que significan nuestros propios prejuicios, temores y stress ante situaciones de crisis o de conflictos de valores.
- La necesidad de sincerarse: el ejercicio busca abrir discusión para poder diferenciar las posturas que se tienen como persona (íntimas, personales, religiosas, morales, ideológicas) del rol profesional y centrar la intervención en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.



PARTE 3.

LINEAMIENTOS PARA IMPLEMENTAR DISPOSITIVOS DE CONSEJERÍA INTEGRAL EN EL SISTEMA DE SALUD

1.CONDICIONES INSTITUCIONALES

Para implementar el dispositivo de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva es necesario acordar con los efectores locales la organización de los modos de trabajo para asegurar la organización de la Consejería según las posibilidades locales.

ESTO SE POTENCIA CUANDO EXISTE EL COMPROMISO DE LAS COORDINACIONES DE LOS PROGRAMAS PROVINCIALES Y MUNICIPALES DE SALUD SEXUAL EN IDENTIFICAR EN CADA EFECTOR: SERVICIOS, PERSONAS Y RECURSOS DISPONIBLES (O A REDISTRIBUIR) A FIN DE CONCRETAR EL ARMADO DE LAS CONSEJERÍAS.

Forma parte de las condiciones institucionales el hablar abiertamente sobre las características y requisitos de la consejería, dejando espacio para que se planteen interrogantes y obstáculos.

Es necesario:

- Evaluar que haya personas dispuestas a hacerlo.
- Lugar físico donde hacer la consejería.
- Determinar un tiempo específico para hacerlo.
- Establecer horarios claros e informarlos a la comunidad.
- Disponer de materiales de apoyo (folletería).
- Disponer de métodos anticonceptivos y de un circuito de entrega que permita el acceso sin barreras.
- Establecer un sistema de registro de la tarea que permita evaluar y readecuar estrategias.
- Formar al equipo de salud involucrado tanto en contenidos como en metodología para que la toma de decisiones sea conjunta con la usuaria/o.

Estos elementos deben definirse contemplando las posibilidades de consejerías que se proponen en este documento:

Consejería en el marco de las consultas generales por otros temas, lo que se llama "aprovechar las oportunidades". Por ejemplo, en una consulta sobre control de niño sano, debe preverse un tiempo para la parte de salud sexual y

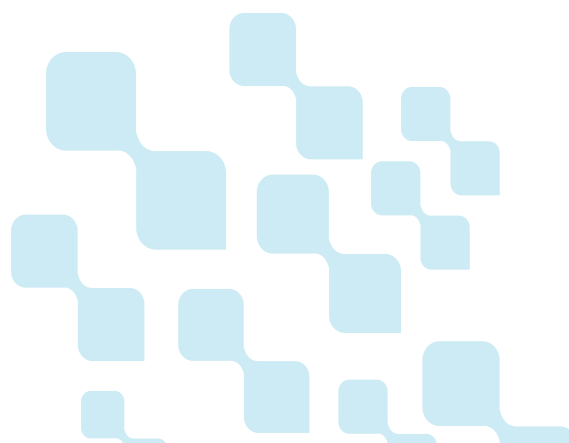
reproductiva; esto no será posible si el tiempo previsto total para la consulta es de 10 minutos. En la consejería que se realiza dentro de las consultas generales hay posibilidad de llegar a un número mayor de personas que, además, en muchos casos no accederían a una consulta específica.

Centro de consejería o consultorio de salud sexual y reproductiva.

Se trata de la atención en un espacio de encuentro orientado a generar una comunicación interpersonal en un ambiente de confidencialidad y respeto, donde el consultor o consultora demuestre disposición de escucha, respete la intimidad y facilite a las personas hablar sobre sus prácticas, elecciones, miedos, desafíos y posibilidades. En este diálogo deben tenerse en cuenta la situación social, barreras y desigualdades que enfrenta cada persona. La tarea de la consultora o consultor es brindar información que facilite a la persona conocer los servicios y técnicas disponibles, promueva la reflexión y respete su decisión, que puede ser diferente a la que el equipo sugiere.

ASÍ, LA CONSEJERÍA SE CONSTITUYE EN UN ESPACIO DE DIÁLOGO, PARTICIPACIÓN, CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE EVITA DAR DIRECTIVAS, DONDE LA USUARIA/O Y EL CONSULTOR/A FIJAN EN CONJUNTO METAS REALISTAS, QUE PUEDAN SER ASUMIDAS POR LAS PERSONAS EN UN MARCO DE ACOMPAÑAMIENTO.

Consejerías grupales, donde se trabaja la posibilidad de decidir el método anticonceptivo para que la persona llegue a la consulta médica con algunas definiciones propias y autónomas sobre el método más conveniente para ella. Para realizarlas, hace falta un espacio y tiempo distintos a los anteriores, ya que en estos casos un formato así es similar al de un taller y requiere al menos una hora de trabajo, y otro tanto de preparación previa.



2. UN ESQUEMA PARA ORGANIZAR EL TRABAJO

Para implementar el dispositivo de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva es necesario acordar con los efectores locales la organización de los modos de trabajo para asegurar la organización de la Consejería según las posibilidades locales.

Para desarrollar en cada efector las Consejerías es importante diseñar un esquema de trabajo donde incluir:

El lugar de la consejería en la institución de salud.

Esto significa compromiso de la jefatura (o niveles con posibilidad de articular recursos) de los hospitales y CAPS, para reorganizar los recursos necesarios a disposición del armado de las Consejerías.

La vinculación con organizaciones de la comunidad

(organizaciones de base, escuelas, comedores, asociaciones, clubes, etc.). Cuanto mayor compromiso social y vinculación concreta con el territorio existen, aumentan las posibilidades de trabajo conjunto para instalar y sostener el servicio de Consejerías (tanto con equipo de salud como promotores, animadores y agentes comunitarios).

El circuito metodológico de funcionamiento de la consejería hacia adentro de la institución:

qué función cumple cada una de las áreas del propio equipo de salud y espacios de reuniones de equipo para organizar la tarea y acompañarse en la resolución de problemas.

La inclusión de la lógica de participación-acción en el diseño de las líneas de trabajo:

participación del equipo y de la población en repensar y reorganizar la consejería a partir de las lecciones aprendidas. Por ejemplo, si en las consejerías grupales emerge un mismo problema (“que tal servicio no permite alguna cosa”), la escucha atenta permitirá replantear hacia el interior del servicio las estrategias.

La incorporación de acciones que promuevan la consulta espontánea y la promoción de la demanda de la comunidad y los servicios fortaleciendo el vínculo con las usuarias/os. Por ejemplo, prever en la consejería la

posibilidad de atención sin turno como forma de acceso, además de la asociación con instituciones barriales para la promoción de los servicios.

3. INFORMACIÓN QUE DEBE TENER EL/LA CONSULTOR/A

Para realizar las consejerías, las y los consultores no sólo necesitan capacitación en diversos temas, sino información operativa, práctica, de las cosas concretas que va a ponerse en juego todo el tiempo. Algunas de las informaciones que deben estar aclaradas y trabajadas en la organización de la consejería son:

Información actualizada sobre métodos anticonceptivos y criterios de elegibilidad, combinada con la información sobre disponibilidad de los métodos en el servicio en ese momento. La información sobre los métodos anticonceptivos, sus características y criterios de la Organización Mundial de la Salud para recomendarlos pueden verse en los cuadros de la parte 4 de este documento.

Definición del circuito de acceso a los métodos anticonceptivos según la realidad local.

Todos los integrantes del equipo de salud involucrados en la Consejería deben tener claridad sobre: dónde se entregan los MAC, en qué horarios; con qué frecuencia; qué estrategias o reglas acordadas cuando se trata de población rural y otras particularidades. Es decir: tener claras “las reglas” de acceso, con la premisa de que siempre debe priorizarse la entrega del MAC por sobre los registros. Ver criterios en **Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras**, editada por el Ministerio de Salud de la Nación (www.msal.gov.ar/saludsexual).

Articulación con áreas del sistema de salud:

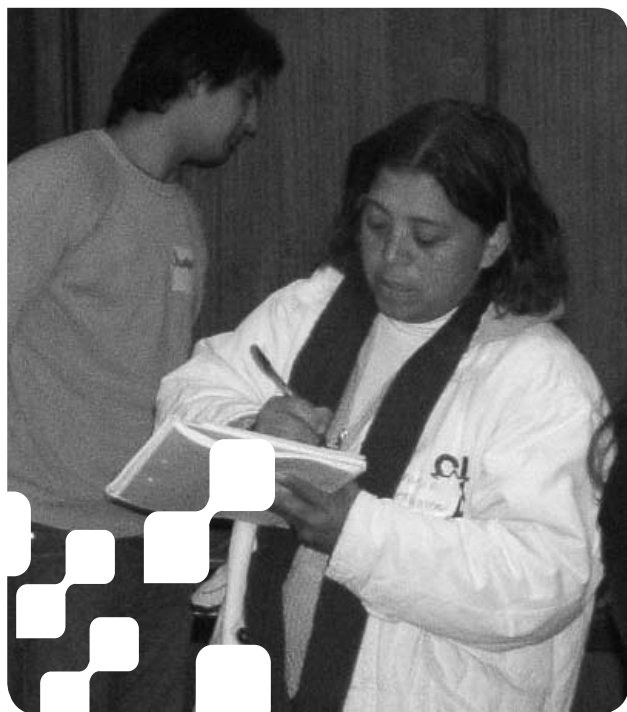
específicamente con áreas de Infectología y VIH/Sida, con los CAPS, otros efectores, Así como otros programas a nivel Ministerial (Salud, Desarrollo Social, Educación, Derechos) que amplíen la red y el acceso a las comunidades. Esto es necesario tanto para interconsultas como para derivaciones. La articulación debe priorizar el sistema de referencia y contra referencia local. Si no existe un sistema debe utilizarse el esquema de articulación asistida: es decir, el/la consultor/a

debe hablar en forma directa con el profesional a quien va a realizar la derivación para complementar el envío de una nota que explique la situación. Ambas formas de articulación son necesarias y se complementan: conversación con el otro profesional y nota.

Agenda de recursos fuera del área de salud. Esto depende del problema que se debe atender y de los recursos a nivel local. Se trata de dependencias públicas y no gubernamentales que abordan un abanico amplio de temas, por ejemplo: Consejo de Niñas/os y Adolescentes; equipos de atención a víctimas de violencia sexual; organizaciones no gubernamentales que trabajen temas de alimentación, contención en temas de género, apoyo mutuo en trabajo sexual, trans, asesoramiento legal en fertilización asistida, etc. Esta agenda debe estar por escrito y pegada en el escritorio de cada consultor/a que realiza la consejería.

Conocimientos sobre los saberes populares en relación a la salud sexual y reproductiva propios de su localidad.

Es necesaria la capacidad de articular los saberes locales con los de la medicina para no deslegitimar ni subestimar a las personas en el momento del encuentro y porque muchas veces los saberes previos, fuertemente arraigados, condicionan la forma de comunicarse con la población y las posibilidades de apropiación de las propuestas del sistema de salud formal.



4. PERFIL DEL/LA CONSULTOR/A

La Consejería no es un lugar para dar consejos, sino para facilitar y promover la posibilidad de decidir de la persona que llega a la consulta. Por eso, a quienes hacen consejería no se les llama “consejeros” sino “consultores/as”. En algunos lugares se prefiere la palabra “facilitadores”. En ambos casos, se trata de personas que promueven brindar información y favorecer las decisiones autónomas del usuario o usuaria de salud.

Para lograr consejerías integrales en salud sexual y reproductiva es importante que consultores y consultoras desarrollen algunas habilidades:

- De comunicación y escucha, que hagan de la consejería un espacio de contención y orientación.
- Disposición para revisar sus propios prejuicios o creencias personales.
- Posibilidad de formar y sensibilizar a otros actores de la comunidad.

NO SE TRATA DE ACTITUDES O CUALIDADES “INNATAS”, SINO DE HABILIDADES QUE LAS PERSONAS PUEDEN INCORPORAR EN EL PROCESO DE FORMACIÓN Y DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS CONSEJERÍAS, SI SE SOSTIENEN REUNIONES DE EQUIPO Y EVALUACIÓN DE LAS PROPIAS PRÁCTICAS DESDE UNA MIRADA QUE INCORPORE LA COMPLEJIDAD EN SALUD Y EL PENSAMIENTO CRÍTICO SOBRE EL PROPIO QUEHACER.

5. CONTENIDOS DE LA FORMACIÓN

Para que la formación sea efectiva es necesario que recorra tres momentos:

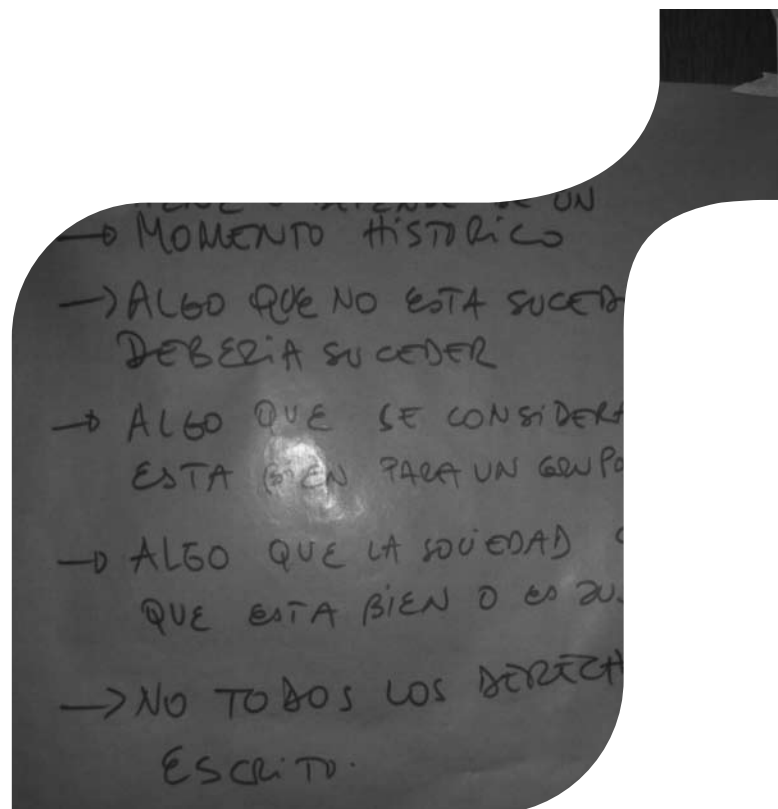
- 1) Problematicación.** Que permita revisar las propias creencias, hacer circular la palabra, ponerse “en los zapatos del otro”. Para eso, es necesario utilizar metodologías participativas, vivenciales y de taller.
- 2) Información.** Que permita incorporar los contenidos básicos tanto sobre derechos sexuales y reproductivos

como sobre métodos anticonceptivos y otros temas clave. Para esto es necesario trabajar con lectura de materiales, intercambio, pequeños grupos y plenaria de discusión sobre criterios médicos, culturales y sociales.

3) Discernimiento. Que permita identificar el momento apropiado para utilizar cada información según la situación concreta. Para esto es necesario trabajar con metodología de dramatización, análisis de casos y ateneos, entre otros.

A partir los lineamientos del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se consideran como contenidos imprescindibles para la formación de las consultoras/es:

- Marco legal de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Marco Legal (internacional, nacional y provincial)
- El dispositivo de la consejería. Marco político-cultural en el que se enmarca. Vinculo del dispositivo con el ejercicio de promoción de derechos.
- La salud sexual y reproductiva como derecho. Vinculación del acceso a información y métodos con indicadores de Mortalidad Materna, situación de la población actualizada, indicadores específicos.
- Superación del reduccionismo de la salud sexual y reproductiva como específica y excluyente de la situación de la mujer. Inclusión del hombre en el derecho a la salud sexual y reproductiva a partir de una mirada desde la perspectiva de género.
- Confidencialidad y secreto profesional. En aquellos profesionales insertos en el sistema de salud, trabajar la importancia del Acto Médico en el dispositivo de consejería y su articulación con el secreto y la responsabilidad profesional.
- Educación sexual. Adecuar los contenidos a las distintas edades, situaciones y características de las personas que consultan. Tener en cuenta las dimensiones de placer, deseo y distintas maneras de vivir la sexualidad que existen y que no son "normas" o "deber ser"; sino íntimas y subjetivas.
- Métodos Anticonceptivos. Inclusión de la anticoncepción quirúrgica (ligadura y vasectomía) y la anticoncepción hormonal de emergencia. Criterios de atención y entrega de métodos anticonceptivos a niñas, niños y adolescentes en el marco de la Convención por los Derechos del Niño.



- Situaciones de pre y post-aborto. Cómo abordar situaciones de puesta en crisis de valores, criterios médicos de velocidad, calidad, buen trato y confidencialidad. Derecho a la información y reducción de riesgos y daños,
- Situaciones de violencia sexual y abuso. Aplicación de los protocolos de atención, circuito de atención de la urgencia y acompañamiento para la atención psicológica y opción de la denuncia.
- Planificación Familiar. Contención en embarazo, parto, postparto y aborto.
- Acceso de los y las adolescentes a servicios de salud sexual. Atención y provisión de métodos anticonceptivos, identificación de situaciones de vulneración de derechos, acompañamiento y garantía de acceso.
- Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida

Los contenidos se actualizan a partir de avances de investigaciones y a partir del seguimiento y diagnóstico local, a fin de trabajar creencias y prejuicios respecto a los componentes de la salud sexual y reproductiva. Es necesario introducir la idea de prevención y hacer visible la existencia de instrumentos y métodos anticonceptivos y formas de cuidado de la salud, como son los controles ginecológicos y las derivaciones y articulaciones necesarias con otros servicios y otras dependencias, gubernamentales y comunitarias.

6. FORMACIÓN A PROMOTORES Y ANIMADORES PARA CONSEJERÍAS TERRITORIALES

En barrios, localidades y parajes existen organizaciones territoriales que están interesadas en favorecer el acceso de la población a los servicios de salud y en promover el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Estas organizaciones, en algunas ocasiones, están en condiciones de formarse para brindar Consejerías Territoriales en Salud Sexual y Reproductiva.

Se trata de consejerías donde el eje está puesto en la confianza, la posibilidad de acceder a información en un ambiente cuidado y de llegar al servicio de salud con un bagaje previo de información. También son las consejerías territoriales las que pueden fortalecer la llegada del sistema público de salud a la comunidad, y promover su difusión a través de talleres, festivales, campañas comunitarias y otras estrategias de educación comunitaria y social.

Desde los servicios de salud tenemos un rol en formar a las consultoras y consultores de las consejerías territoriales, brindarles asesoramiento y fortalecerlos en la tarea, que si se realiza de forma articulada favorece el acceso y la atención.

Las herramientas en que se debe formar a las personas de las organizaciones interesadas en consejería son:

- Dinámicas para la entrevista, recursos para la comunicación y transmisión.
- Abordaje de los prejuicios y preconceptos culturales e ideológicos a nivel local. (rol de mujeres/hombres, hetero/homosexual, travestis, prostitución, nuevas formas de ejercicio de la sexualidad, inicio de la actividad sexual, etc.)
- La importancia del relevamiento y diagnóstico de los saberes populares.
- Recursos didácticos (cartillas, videos, trípticos, guías, comics)
- Recursos para el desarrollo y promoción de la articulación con áreas del servicio de salud, con organizaciones de la comunidad, etc.

7. SISTEMA DE SEGUIMIENTO

Para que el dispositivo de Consejerías, entendido ampliamente, se oriente a las necesidades y particularidades de la población es importante introducir un sistema de seguimiento y monitoreo de la consejería. Para esto debemos introducir la necesidad a nivel provincial, que está mejor preparado para armar el sistema. Algunos datos que puede ser importante relevar, entre otros, son:

- El seguimiento de quién consulta (edad, sexo, situación socio-educativa y económica).
- El seguimiento del servicio, el tipo de información que es requerida, la situación en la que llega la demanda espontánea, material entregado.
- El análisis de los sectores de la población que falta captar, a fin de desarrollar estrategias específicas.
- El relevamiento de la percepción/evaluación del servicio por parte de los consultantes.
- Actualizar los datos provinciales y municipales a nivel del dispositivo y del programa en general.
- Desarrollo de indicadores específicos para el acceso y ejercicio de derechos de Salud Sexual y Reproductiva desde el análisis de la equidad de género.





PARTE 4.
MATERIAL DE APOYO

1. INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para realizar consejerías la información sobre métodos anticonceptivos es indispensable. Esta información se actualiza en forma periódica a partir de los avances científicos y de los estudios sobre uso y efectividad.

Descripción de cada MAC

Aquí se presenta un cuadro sobre los métodos anticonceptivos sobre los que más suele haber consulta o necesidad de referirse en la consulta, con un resumen de ventajas, desventajas y recomendaciones de qué trabajar en la consejería.²

Método	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Preservativo masculino	<ul style="list-style-type: none"> .Es el único método que protege contra la infección del VIH y otras ITS. .Se puede usar asociado a otros MAC como doble protección de la infección por VIH y otras ITS. .Cuando se usan correctamente son muy efectivos para prevenir embarazos .Puede suministrarlo cualquiera de los integrantes de la pareja. .Es accesible 	<ul style="list-style-type: none"> .Se requiere de gran motivación para usarlo constante y correctamente. .Su uso, sobre todo al inicio, puede interferir con el sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> .Trabajar la incorporación del uso del preservativo como parte del juego sexual. .Proponer el uso de gel acuoso para aumentar el placer en casos donde la escasa lubricación es una dificultad (coito anal, uso en la postmenopausia, etc) y disminuir la tasa de rotura del preservativo .Dispensar preservativos asociados a cualquier otro método. Asesorar sobre el uso y proveer la anticoncepción de emergencia para el caso en que sea necesaria.
Preservativo femenino	<ul style="list-style-type: none"> .Es un método de barrera que previene la infección por VIH y otras ITS. Puede ser colocado antes de la relación sexual. .La mujer se lo puede colocar sin necesidad de negociar su uso con la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> .Su uso no está difundido en Argentina. Es difícil de conseguir en el mercado y por el momento no se provee por el PNSSyPR ni por la Dirección de Sida y ETS. 	<ul style="list-style-type: none"> Asesorar sobre el uso y proveer la anticoncepción de emergencia para el caso en que sea necesaria.
Anticonceptivos orales combinados de estrógenos y progestágenos	<ul style="list-style-type: none"> .Cuando se usan correctamente son sumamente eficaces para prevenir el embarazo. .Su uso no requiere de la cooperación masculina. .Su uso no está directamente vinculado a la relación sexual, por lo tanto no interfiere con el sexo. .Son seguros y aptos para casi todas las mujeres, pero hay casos clínicos en donde es necesario tomar precauciones o no indicarlos.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> .No proporcionan ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH. .Requieren de cierta disciplina para la toma diaria y continuada. .Son seguros y aptos para casi todas las mujeres, pero hay casos clínicos en donde es necesario tomar precauciones o no indicarlos. .No son apropiados durante la lactancia exclusiva en la lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> .Trabajar la forma de tomar diariamente la pastilla y qué hacer ante errores en la toma y en situaciones particulares. .Brindar información clara y adecuada sobre los mitos relacionados al uso de las pastillas.¹¹ .Trabajar la necesidad de doble protección. .Asesorar sobre el uso y proveer la AHE. .Trabajar sobre posibles efectos adversos, sobre todo al inicio de la toma para mejorar la adherencia al método.

Método	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Anticonceptivos orales hormonales de progestágenos solos	<ul style="list-style-type: none"> .Son de indicación a mujeres que están amamantando o que por su condición clínica no pueden recibir estrógenos.^{III} .No interfieren con el sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> .No proporcionan protección contra las ITS, incluido el VIH. .Son menos efectivos que los anticonceptivos hormonales combinados. .Su efectividad depende mucho de la regularidad y cumplimiento estricto del horario de la toma. .Puede alterar el sangrado (amenorrea en las mujeres que lactan o aumento o irregularidad en mujeres que no lactan). 	<ul style="list-style-type: none"> .Trabajar fuertemente en la recomendación de mantener el horario y las condiciones de la toma. .Trabajar en el mismo sentido que con las pastillas de hormonas combinadas.
Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)	<ul style="list-style-type: none"> .Si está disponible a tiempo, es una posibilidad de evitar un embarazo en situaciones de emergencia (rotura de preservativo, sexo sin método anticonceptivo, y también en situación violenta o violación). Se puede tomar desde el momento postcoito hasta 5 días después, aunque su efectividad va declinando. .Sencillo de administrar. .En caso de no disponer de AHE, reemplazar por el método Yuzpe.^{IV} .Es más efectiva cuando antes se tome. 	<ul style="list-style-type: none"> .No proporcionan ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH. .Su eficacia depende del tiempo de administración posterior al sexo no seguro.^V .Puede producir irregularidades en el ciclo. .Sólo protege de esa relación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> .Facilitar el acceso a la anticoncepción de emergencia con información adecuada y disponibilidad permanente del método en consultorios, guardias e incluso en dispensarios a cargo de integrantes no médicos del equipo. .Para facilitar el acceso, dispensarlo preventivamente y no solamente en el post sexo sin protección. .Pensar en profilaxis de VIH y de otras ITS en el caso de sexo no seguro o situaciones de violencia o violación (facilitar el acceso a lo que dispone el Protocolo de Atención Integral a Personas Víctimas de Violación Sexual).^{VI}
Anticonceptivos hormonales inyectables mensuales y trimestrales	<ul style="list-style-type: none"> .Anticonceptivo sumamente eficaz. .No requiere toma diaria. .Es una inyección mensual o trimestral. 	<ul style="list-style-type: none"> .No confiere protección para la infección de VIH y otras ITS. .Para las inyecciones trimestrales: el retorno de la fertilidad puede demorar algunos meses después de interrumpir la aplicación. .Para las mensuales: son seguros y aptos para casi todas las mujeres, pero hay casos clínicos en donde es necesario tomar precauciones o no indicarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> .Favorecer la accesibilidad de estos métodos a todas las mujeres, inclusive a las que no han tenido hijos. .Especialmente adecuado para las mujeres que han tenido dificultades para sostener la correcta toma de las pastillas anticonceptivas.

³"Planificación familiar, un manual mundial para proveedores" OMS. 2007. www.fphandbook.org

⁴"Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" OMS. 3ra Edición 2006.

^{II}Idem

^{III}Idem

^{IV}"Anticoncepción hormonal de emergencia" Guía para profesionales. PNSSyPR. Ministerio de Salud de la Nación, 2007

^VIdem

^{VI}"Protocolo de Atención Integral a personas víctimas de violaciones sexuales". PNSSyPR Ministerio de Salud de la Nación, 2010. www.msar.gov.ar/saludsexual/materiales

Método	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Dispositivo intrauterino (DIU)	<p>.Método muy conveniente para todas las usuarias, se puede indicar incluso a las que no han tenido hijos.</p> <p>.Tiene larga eficacia y necesidad de pocos controles posteriores.</p> <p>.Se puede colocar dentro de las 48 hs. postparto o post aborto.</p>	<p>.No confiere protección para la infección de VIH y otras ITS.</p> <p>.Puede haber casos en el que aumente el sangrado menstrual.</p> <p>.La tasa de riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana puede estar aumentada, sobre todo próxima a su colocación.</p>	<p>.Trabajar la necesidad de doble protección para la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS.</p>
Anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía)	<p>.Método seguro cuando se desea la anticoncepción permanente.</p> <p>.En el caso de las mujeres, además es muy apropiado cuando un embarazo sería riesgoso para la salud de la mujer.</p> <p>.En el caso de los varones, es importante aclarar que no interfiere ni afecta el placer sexual ni la erección, tampoco el color del semen.</p>	<p>.Mayormente no se puede revertir (aproximadamente en la mitad de los casos).</p> <p>.Realizar la AQ necesita de dispositivos de atención quirúrgica accesibles.</p> <p>.No previenen el VIH ni otras ITS.</p>	<p>.Trabajar la necesidad de doble protección para la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS.</p> <p>.Asesorar sobre los derechos en relación a la anticoncepción quirúrgica.</p> <p>.Ofrecerla a varones.</p> <p>.Tener presente y estimular el armado de una red de atención para favorecer la accesibilidad.</p>
Métodos anticonceptivos naturales (método de los días o del ritmo y lactancia exclusiva)	<p>.La lactancia exclusiva, siempre que esté asociada de amenorrea por lactancia puede ser un método efectivo.</p>	<p>.Requieren de mucho conocimiento sobre el propio ciclo y posibilidades de decisión sobre las relaciones sexuales.</p> <p>.No previenen el VIH ni otras ITS.</p>	<p>.Trabajar sobre las probabilidades de embarazarse.</p> <p>.Asesorar sobre la prevención del VIH y otras ITS.</p>

Criterios médicos de elegibilidad

Además de tener en cuenta los métodos anticonceptivos disponibles, es importante tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad. Es decir, según la situación de cada persona cuál podría ser el mejor método que puede elegir.

A continuación se presenta el cuadro de elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para iniciar el uso de:

- Anticonceptivos hormonales combinados orales (ACO)
- Anticonceptivos orales de progestágenos solo (AOPS)
- Anticonceptivos hormonales combinados inyectables mensuales (ACI)
- Anticonceptivo inyectable trimestral de acetato de medroxiprogesterona (DMPA o "Depoprovera")
- Dispositivos intrauterinos de cobre (DIU)

Cuadro de referencia para los criterios médicos de elegibilidad de la OMS. Referencias:

1. Puede usar el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones.
2. Puede usar el método; y eventualmente necesitar algún seguimiento.
3. Habitualmente no es recomendable el método, excepto que no se disponga de otros métodos más apropiados o aceptables.
4. NO se debe usar el método.

		ACO/ACI	AOPS	DMPA	DIU
Edad	Desde la menarca hasta los 17 años	1	1	2	2
	Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1
	Desde los 40 años a 44	2	1	1	1
	Desde los 45 años y más	2	1	2	1
Nulíparas		1	1	1	1
Lactancia Materna	Hasta las 6 semanas post parto	4	3	3	A ^{II}
	6 semanas a 6 meses post parto	2	1	1	1
	6 meses post parto o más	2	1	1	1
	Edad menores de 35 años	2	1	1	1
Tabaquismo	Edad mayor o igual a 35 años	3 si consume menos de 15 cigarrillos/día	1	1	1
		4 si consume más de 15 cigarrillos/día			
Múltiples factores de riesgo de enf. cardiovascular		4	2	3	1
Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar	3	2	2	1
	Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	2	1	1
	Máxima entre 140 y 159 mmHg Minima entre 90 y 99 mmHg	3	2	2	1
	Máxima mayor de 160 y/o Minima mayor de 100 mmHg	4	3	3	1

		ACO/ACI	AOPS	DMPA	DIU
CefaleasIII	No migrañosas	1	1	2	2
	Migraña sin aura	2/3 ^{IV}	2	2	1
	Migraña con aura (preguntar "ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?")	4	-	-	1
Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes de TVP o EP	4	2	2	1
	TVP o EP Aguda	4	3	3	1
	Con tratamiento anticoagulante	4	2	2	1
	Cirugía mayor con inmovilización prolongada ^V	4	2	2	1
Cardiopatía isquémica o ACV (actuales o antecedentes)		4	2	3	1
Hiperlipidemias diagnosticadas		3	2	2	1
Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1
	Hipertiroidismo	1	1	1	1
Miomas uterinos		1	1	1	1 ^{VI}
Cáncer	Cáncer de mama	4	4	4	1
	Cáncer cervicouterino	2	2	2	4/2 ^{VII}
	Cáncer de ovario	1	1	1	3/2 ^{VIII}
Hemorragia vaginal inexplicada (antes de la evaluación)		2	2	3	4/2 ^{IX}
inflamatoria	Actual	1	1	1	4/2 ^X
	Pasada	1	1	1	1/2 ^{XI}
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y Clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	4
	Otras ITS y vaginitis	1	1	1	2
	Alto riesgo de ITS	1	1	1	2

		ACO/ACI	AOPS	DMPA	DIU
VIH Sida	Infección por VIH o SIDA ^{xiii}	1 ^{xiii}	1 ^{xiii}	1 ^{xiii}	2 ^{xiv}
	Si esta en tratamiento antiretroviral, ver interacciones medicamentosas				
Hepatopatías	Tumor hepático	4	3	3	1
	Hepatitis aguda o exacerbación	1	1	1	1
	Cirrosis compensada	2	2	2	1
	Cirrosis descompensada	4 (ACO) / 3 (ACI)	3	3	1
Antecedentes	Relacionada con el embarazo	2	1	1	1
	Relacionada con los Anticonceptivos orales	3	2	2	1
Interacciones	Rifampicina o rifabutina	ACO: 3 ACI:2	3	1	1
	Algunos anticonvulsivantes ^{xv}	ACO: 3 ACI:2	1	1	1
	Lamotrigina	3	1	1	1
	Antiretrovirales	Para ampliar la información de Anticoncepción y VIH consultar la Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Ministerio de Salud de la Nación – UNFPA 2009 www.msal.gov.ar/sida			
	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	Ver VIH
	Inhibidores nonucleosidos de la transcriptasa reversa	2	2	2	Ver VIH
	Inhibidores de la proteasa reforzados con Ritonavir	3	3	3	Ver VIH

ⁱLa recomendación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable es que la mujer se retire al alta del parto o del aborto con un método anticonceptivo. En caso de haber optado por AOPS, se prioriza no el perder la oportunidad. Los estudios demuestran que los anticonceptivos de progestágenos solo, no modifican el desarrollo de la lactancia materna y tampoco tienen efecto sobre la salud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo no existen datos que evalúen los efectos de la exposición a progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés

ⁱⁱSe puede colocar antes de las 48 hs. post parto o post aborto o luego de 4 semanas.

ⁱⁱⁱSi la mujer desarrolla cefaleas durante el uso de los anticonceptivos debe realizarse la correspondiente consejería de seguimiento y evaluación

^{iv}2= en menores de 35 años y 3= en mayores de 35

^vSi se está programando una cirugía con inmovilización prolongada se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía.

^{vi}No se puede utilizar el DIU si hay distorsión de la cavidad uterina.

^{vii}4. Si es el inicio del método anticonceptivo / 2: Si ya lo tiene colocado.

^{viii}3: Si es el inicio del método / 2: Si ya lo tenía colocado.

^{ix}4: Si es el inicio del método / 2: Si ya lo tenía colocado.

^x4: Si es el inicio del método / 2: Si aparece durante el uso del DIU, se puede seguir utilizando durante el tratamiento

^{xi}2: Si no ha tenido partos posteriormente de la Enfermedad inflamatoria pélvica.

^{xii}Para ampliar la información de Anticoncepción y VIH consultar la Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Ministerio de Salud de la Nación – UNFPA 2009 <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/Guias-para-la-atencion-integral-de-mujeres-con-infeccion-por-VIH.pdf>

^{xiii}2: Si está en tratamiento con antirretrovirales sin Ritonavir / 3: ARVs reforzados con Ritonavir. (Para ampliar consultar la misma fuente citada en nota 12)

^{xiv}Es un método apropiado para mujeres infectadas por VIH, sin patología cervical y con acceso a los servicios de salud para seguimiento.

^{xv}Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona, Topiramato.

Características y afecciones en las que todos los métodos entran dentro de las Referencias 1 y 2

- Alto riesgo de VIH
- Anemias, entre ellas la drepanocitosis y la talasemia
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Antecedentes de hipertensión en el embarazo
- Cirrosis leve
- Depresión
- Dismenorrea
- Endometriosis
- Epilepsia
- Esquistosomiasis (bilharziasis)
- Hemorragias menstruales irregulares, intensas
- o prolongadas
- Hepatitis vírica (Portadora o crónica)
- Intervención quirúrgica sin inmovilización prolongada
- Mastopatías: antecedentes familiares, mastopatías benignas y tumoraciones no diagnosticadas
- Paludismo
- Tras un aborto (sin sepsis)
- Trastornos tiroideos
- Tratamientos con antibióticos (excluida la Rifampicina o la Rifabutina)
- Tuberculosis (aunque en caso de tuberculosis genital no se puede utilizar el DIU)
- Valvulopatía cardíaca no complicada
- Venas varicosas

2. INFORMACIÓN PARA ABORDAR SITUACIONES CRÍTICAS

En la atención de consejerías existen situaciones que ponen en juego los propios valores, dado que las situaciones ligadas a la sexualidad y los deseos de maternidad confrontan a las consultoras y consultores con cuestiones íntimas y privadas. El marco para trabajar ante estas situaciones críticas son los derechos sexuales y reproductivos, con claridad en que las consejerías integrales en salud sexual y reproductiva son una estrategia efectiva para prevenir la muerte materna.

Una estrategia para la prevención de la muerte materna

En la prevención del aborto inseguro existen dos tipos de consejería:

- Consejería anticonceptiva para prevenir embarazos no deseados
- Consejería frente a embarazos no deseados, que abarca pre y post aborto

La consejería anticonceptiva constituye un espacio de intervención que puede llevarse a cabo en la consulta, como parte de la atención de la mujer y/o la pareja. Se responde la demanda espontánea de información y atención en anticoncepción. También se interviene con el consejo oportuno cuando en una consulta por otros motivos se identifican riesgos que pueden llevar a embarazos no deseados.

En ambos casos se informa acerca de los distintos métodos anticonceptivos disponibles y según las preferencias de la usuaria se indica -previo examen y estudios complementarios si hacen falta- el más adecuado a su etapa vital y a su situación clínica. Un buen asesoramiento evita el uso inadecuado del método o su abandono.

Consejería frente a embarazos no deseados

Disminuir las necesidades de las mujeres de recurrir al aborto por medio de la educación sexual, la información y la entrega de métodos anticonceptivos es necesario pero no suficiente. También es necesario proteger la salud de las mujeres con embarazos no deseados a partir de disminuir su exposición al aborto de riesgo.

EL OBJETIVO DEL ESPACIO DE CONSEJERÍA FRENTE A UN EMBARAZO NO DESEADO ES LA REFLEXIÓN CONJUNTA DE LA MUJER O LA PAREJA CON EL/LA CONSULTOR/A PARA QUE LA MUJER PUEDA TOMAR UNA DECISIÓN INFORMADA, CONSCIENTE Y RESPONSABLE ACERCA DE SU EMBARAZO.

La consejería integral orienta en opciones: se brinda asesoramiento sobre todas las alternativas posibles, que incluyen desde seguir adelante con el embarazo, considerar la adopción y las mediadas a tener en cuenta si la mujer decide interrumpir el embarazo.

Se reflexiona además sobre las posibles redes de apoyo que puedan existir para aquellas mujeres que decidan continuar con su embarazo. La experiencia demuestra que abrir este espacio de consejería fomenta la toma de decisiones autónomas, libres de las presiones externas que muchas veces inducen a la mujer a interrumpir el embarazo.

Para aquellas mujeres que manifiesten su deseo firme de interrumpir el embarazo el equipo de salud debe:

1. **Poner a disposición de la mujer un equipo interdisciplinario** que –sin juzgar- brinde apoyo médico, social y psicológico con el objetivo de profundizar la reflexión sobre:
 - Causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación.
 - Influencia de familiares o allegados que puedan coartar la autonomía de la mujer sobre su decisión.
 - Conveniencia de incluir a la pareja.
 - Toma de decisiones apresuradas
2. **Indagar acerca de la metodología** que la mujer piensa utilizar para llevar a cabo su decisión, a fin de desalentar eventuales prácticas de riesgo.
3. **Brindar orientación para evitar y/o minimizar los riesgos** o un posible daño. La tarea del equipo de salud se limita a ofrecer información y asesoramiento, sin indicar ningún método o maniobra.

4. Realizar los estudios necesarios. A partir de la decisión autónoma e informada de la mujer se evalúa cada caso de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en búsqueda de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que la usuaria recurra a una interrupción.
- Estudio ecográfico para diagnóstico de edad gestacional, normoimplantación y para descartar patología embriofetal (embarazo ectópico, huevo muerto, etc).
- Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.

MUCHAS MUJERES LLEGAN A LA CONSULTA PARA CONFIRMAR UNA GESTACIÓN NO ESPERADA O EN BUSCA DE CONSEJO U ORIENTACIÓN ANTE UN EMBARAZO YA CONFIRMADO.

EL EQUIPO DE SALUD, A TRAVÉS DE LA CONSEJERÍA, PUEDE EVITAR QUE ESAS MUJERES REALICEN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO. DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD SE DEBE DEJAR DE CONTEMPLAR PASIVAMENTE EL PROBLEMA DEL ABORTO DE RIESGO, PARA COMENZAR A SER PARTE DE LAS POSIBLES SOLUCIONES.

Este asesoramiento se enmarca en la ley vigente, dado que se limita a ofrecer la información científica disponible sin ningún otro tipo de intervención.

De esta forma, frente a la decisión de la mujer, se pretende transformar el aborto de riesgo en un aborto de menos riesgo, desarrollando *“estrategias de intervención integral que poniendo a la usuaria y sus necesidades en el centro de la atención de la relación sanitaria, disminuyan los riesgos y los daños del aborto inseguro”*³

Rol del/la consultor/a ante embarazos no deseados

Ante embarazos no deseados la tarea en la consejería integral apunta a:

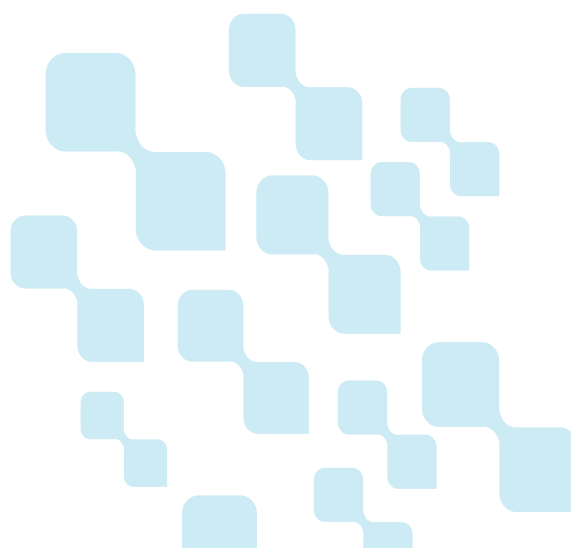
- Asesorar a las mujeres sobre los posibles caminos a seguir frente a un embarazo no buscado.

- Disminuir las complicaciones asociadas al aborto realizado en condiciones de riesgo.
- Reducir la mortalidad materna.
- Escuchar en forma activa para que la mujer puede canalizar sus dudas y sus miedos frente a un embarazo no deseado.
- Abrir un espacio de información para evitar nuevos embarazos no buscados.

Consejería y atención post aborto

Desde el año 2006, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Post Aborto cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la repitencia de un embarazo no deseado, mediante tecnologías beneficiosas y costo-efectivas desde un abordaje preventivo centrado en la mujer.

Las acciones realizadas en el marco de este programa incluyen la capacitación a los equipos de salud sobre el **Modelo Integral de Atención Post Aborto** que comprende atención humanizada, rápida, efectiva y de calidad, con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos. Este modelo incorpora la *Aspiración Manual Endouterina (AMEU)* como una alternativa al legrado tradicional. La *“Guía de Mejoramiento de la Atención Post Aborto”* elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación (aprobada por resolución ministerial N° 989/2005) protocoliza este modelo para su aplicación en los servicios de salud.



³Briozzo L. (comp.) “El aborto en condiciones de riesgo en Uruguay” Iniciativas sanitarias. Editorial Dedos, Montevideo 2008.

Las intervenciones médicas a realizar en la atención postaborto son las siguientes (varían de acuerdo al cuadro que presenta la mujer).

1. En caso de aborto incompleto:

- Seguimiento ambulatorio hasta la evacuación completa o internación según el caso.
- Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o legrado evacuador o en caso de ser necesario.
- Grupo sanguíneo y factor Rh (Inmunización en caso de ser negativa).
- Protección antibiótica, según corresponda.
- Control ginecológico previo al alta médica.
- Asesoramiento inmediato sobre anticoncepción, entrega de método anticonceptivo e incorporación al Programa de Salud Reproductiva
- Acompañamiento psicológico por profesionales especializadas según necesidad.

2. En caso de expulsión completa:

- Ecografía de control.
- Determinación de factor Rh (inmunización en caso de ser negativa).
- Asesoramiento inmediato sobre anticoncepción, entrega de método anticonceptivo e incorporación al Programa de Salud Reproductiva.
- Acompañamiento psicológico por profesionales especializadas según necesidad.

UNO DE LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE LA ATENCIÓN POSTABORTO ES ASEGURAR LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA INMEDIATA Y LA INCORPORACIÓN A LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA PARA EVITAR UN NUEVO EMBARAZO NO DESEADO.

Confidencialidad y secreto médico

Desde los antiguos tiempos de Hipócrates, la confidencialidad médica o secreto profesional quedaba protegido mediante la obligación de juramento.

El viejo juramento hipocrático puede ser considerado como el primer código de ética médica e impuso durante siglos la práctica del secreto médico con su máxima “todo lo que oiga y vea durante el ejercicio o fuera del ejercicio de mi profesión y que no deba ser divulgado lo mantendré en secreto como algo sagrado” (Hipócrates).

LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL SE BASAN EN LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS A LA PRIVACIDAD Y A LA INTIMIDAD. EN EL MARCO DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN DE LA SALUD, EL PACIENTE BRINDA INFORMACIÓN MUCHAS VECES PERSONALÍSIMA QUE REVELA ASPECTOS DE SU VIDA ÍNTIMA PRIVADA. DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN ES POR LO TANTO VIOLAR EL DERECHO A LA PRIVACIDAD.⁴

El Estado y la legislación moderna han reconocido estos principios en sus instituciones y cuerpos normativos. En nuestro país, la Constitución Nacional establece en los artículos 18 y 19 las nociones fundamentales del derecho a la privacidad y la intimidad de los que gozamos todos/as los/as ciudadanos/as.

Asimismo, el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 12 de la Convención Americana de Derechos Humanos extrapolan estos conceptos en el derecho internacional de los derechos humanos.

Dentro del marco normativo local el derecho de las personas a su intimidad también se encuentra amparado por el Código Penal (CP), que reconoce la conducta contraria a esto como un delito susceptible de sanción.

⁴Cavallo M. (2009) “Derechos y deberes de confidencialidad: desafíos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica”. Universidad T. Di Tella. Escuela de Derecho. Rev. Arg. de Teoría Jurídica N° 13 – Junio 2009. (Publicación electrónica)

Efectivamente, en el artículo 156 del CP se establece que *“será reprimido con multa de \$ 1.500 a \$ 90.000 e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticias, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa”*.

La ley 17.132 del arte de curar sancionada en 1967, establece que *“todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal”*.

Además del juramento hipocrático, en el Código Internacional de Ética Médica y específicamente en nuestro país, en el Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina en su artículo 66, se sostiene que el secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión y refiere: *“Los profesionales del arte de curar tienen el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión, por el hecho de su ministerio, y que no debe ser divulgado”*.

Una de las legislaciones más novedosas en la materia específica -la Ley 26.529 sobre **Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud**, aprobada en noviembre de 2009, en su artículo 2 establece, entre otros, los siguientes derechos del paciente:

Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.

Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

LA CONFIDENCIALIDAD SOBRE EL ACTO MÉDICO ES UN DERECHO DE LAS PERSONAS. MANTENER EL SECRETO MÉDICO ES UN DEBER DE TODO EL EQUIPO DE SALUD.

