



## PROTOCOLO PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

### **1 - Introducción**

El siguiente protocolo tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención de los usuarios adolescentes de 10 a 19 años y de homogeneizar la práctica clínica en los diferentes niveles de atención de ASSE en relación a la salud sexual y reproductiva.

#### **1.1- Problema identificado**

El informe epidemiológico (2016) sobre la salud de los y las adolescentes usuarios de ASSE, identifica el embarazo en la adolescencia como un problema. Existe una trayectoria de diversos programas y acciones desarrollados en el país con el objetivo de disminuir el número de adolescentes que se embarazan por primera o segunda vez. Parte del problema reside en que su disminución no depende solo de las acciones del sector salud sino de aquellos que derivan de la inequidad socio económico y de pautas culturales nuevas. Pero existen sin duda obstáculos en la atención de salud en esta etapa de la vida, relacionados con el respeto por sus derechos, poco acceso a información, educación sexual, acceso a métodos de anticoncepción y una insuficiente detección de problemas asociados (por ejemplo, violencia, abuso sexual, problemas de salud mental entre otros). Se pueden definir dos situaciones diferentes: el embarazo “no intencional” y el embarazo elegido, a menudo como proyecto de vida alternativo cuando fallan los soportes que deberían sostener el crecimiento, maduración y desarrollo en esta etapa de la vida. El abandono de la educación precede en aproximadamente dos años a la ocurrencia del embarazo, por lo cual se considera como uno de los factores de riesgo mas importantes y que requiere el esfuerzo conjunto de los sectores de la educación y la salud.

#### **1.2- Caracterización del Problema**

Según datos del sistema informático perinatal (SIP) del año 2014, el 16,4% de los nacimientos fueron en adolescentes. Esta cifra tiende a aumentar en los sectores más vulnerables de la sociedad. Según un estudio realizado por el programa de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, en el marco del proyecto de exploración de los datos censales (Atlas Sociodemográfico del Uruguay) la principal causa de embarazo adolescente, así como en la mayoría de los países, se encuentra en las desigualdades socio-económicas-culturales y de género. Entre las adolescentes uruguayas, con 2 o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), 1 de cada 5 son madres (22,4%), mientras que en adolescentes con necesidades básicas satisfechas el porcentaje es de 3,6%, según datos del censo de 2011.

Existen diferencias notorias en algunos departamentos como Artigas, Río Negro, con la mayor tasa de embarazo adolescente (14%) de los nacimientos del país. En el resto de los departamentos la tasa está alrededor del 10%, del total de los nacimientos del país.

Montevideo presenta una tasa 8,03% con variaciones según los barrios, con zonas donde la tasa es próxima a cero y otras donde está cercana al 17%. El departamento de Canelones presenta valores de 8,57%.

Del total de los nacimientos del país, existe una mayor prevalencia en ASSE (26.4%), que en el sector privado (9,4%.)

El 21 % de las madres adolescentes entre 15 y 19 años cursaron un segundo embarazo.

Se entiende que el embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública. Sin embargo, desde la subjetividad adolescente a menudo no lo es. Comprender estas diferencias puede ayudar a mejorar las intervenciones.

## **2- Marco conceptual para el abordaje**

La atención Integral de Adolescentes es un modelo que permite mejorar la atención de esta franja etaria. Este modelo privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia fortalezas y previene probables riesgos, involucra a la familia y el soporte social existente. Abarca más que el servicio de salud sino también a los ámbitos donde habitan, estudian, trabajan o se recrean los adolescentes. La atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas, construyendo un proceso de interdisciplina e intersectorialidad.

Se considera el embarazo en la adolescencia como un problema que revela la inequidad social educativa y socioeconómica. Como muestran los datos epidemiológicos la ocurrencia del embarazo en la adolescencia es diferente según los quintiles de ingresos, la zona de residencia, la educación y otros factores. El impacto del mismo en el presente y futuro de las adolescentes justifica la necesidad de atender su situación desde una perspectiva de derechos y de género considerando la atención de salud en todos sus niveles, fortaleciendo las articulaciones intersectoriales, los programas de cercanía y las redes territoriales.

Es necesario visualizar al embarazo en la adolescencia como un fenómeno complejo, en el cual se encuentran conjuntamente factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, de género y educacionales.

Desde los aspectos psicosociales, es necesario pensar en las adolescentes en diferentes momentos:

- En sintonía con informe de UNFPA, 2016 "Estado de la Población mundial" nos proponemos enfatizar el trabajo con las niñas de 10 años, "que representa el rostro del éxito o el fracaso del desarrollo inclusivo y equitativo"

- En la adolescencia temprana preocupa aquellas adolescentes que se encuentran con escaso o ausente apoyo familiar y/o social, viven situaciones de violencia intrafamiliar, no están insertas en espacios educativos, tienen adjudicado el rol de "cuidadoras" de los niños pequeños dentro del hogar, accediendo a la sexualidad precozmente, sin el acompañamiento y la información adecuada, sumándose a esto dificultades en su autoestima. Situaciones estas que pueden derivar en la búsqueda de un hijo como único proyecto.

- En las adolescentes embarazadas, a las dificultades expuestas anteriormente se suman sentimientos de inadecuación e inseguridad por la etapa que comienzan a transitar. A los cambios corporales y emocionales que viven por la propia adolescencia, se agregan cambios corporales, hormonales y emocionales debido al embarazo. Los aspectos psicológicos y sociales en esta etapa se vuelven tan relevantes como los biológicos por lo que la atención interdisciplinaria es indispensable.

Las adolescentes transitan buena parte del embarazo por instituciones marcadamente adultas, con reglas, lenguaje, códigos, etc. diferentes a los de su edad y cotidianidad. La atención desde la salud, debe lograr adaptarse a estas características, siendo la escucha, la comprensión y el vínculo aspectos fundamentales en la misma.

Desde el punto de vista biológico y especialmente en las menores de 15 años, la problemática más frecuente es:

- En el embarazo: anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto de pretérmino, enfermedad hipertensiva del embarazo.

- En el parto: distocias, hemorragias, desgarros.

- En el RN: mayor porcentaje de bajo peso, prematurez, mortalidad neonatal.

El plan de acción de ASSE incluye a la salud de los adolescentes y embarazo no intencional en adolescentes como objetivo prioritario.

Dada la complejidad de variables que atraviesan el embarazo adolescente desde el sector salud nos proponemos trabajar en intersectorialidad para mejorar esta situación país.

- Desde el punto de vista psicosocial en la adolescencia media y tardía se describe la existencia de mayores dificultades en la crianza del hijo, así como la pérdida de oportunidades de alcanzar mayores niveles de educación.

### **3- Objetivos**

#### **3.1 General**

Brindar atención integral en el área de la Sexualidad y Salud reproductiva de las adolescentes de 10 a 19 años, jerarquizando la prevención del embarazo en la adolescencia y la atención de adolescentes embarazadas y madres en los tres niveles de atención, desde una perspectiva de derecho, de género, diversidad y equidad, promoviendo la inclusión y construcción de proyectos de vida. El desarrollo de esta estrategia abarca el periodo 2017-2020.

#### **3.2 Específicos**

- Difundir e implementar el protocolo en el tiempo esperado para todas las sedes ASSE del país, en los tres niveles de atención, haciendo énfasis en acciones focalizadas y universales según nivel de riesgo.

- Reforzar el trabajo con el sector educación (formal y no formal) de manera de trabajar en acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva según nivel de riesgo especialmente en el escenario preconcepcional, para prevenir el embarazo adolescente.

- Mejorar la información otorgada a los y las adolescentes sobre derechos a la atención de salud, el conocimiento y accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

- Mejorar la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos en dependencias de ASSE (Puntos de atención, policlínicas, emergencias, Centros Hospitalarios, etc).
- Ofrecer información sobre Interrupción voluntaria del Embarazo, especialmente en casos de violencia, abusos y en otros casos que amerite.
- Fomentar el adecuado acompañamiento de la salud de la adolescente embarazada, con controles de embarazo de calidad, incluyendo los aspectos psicoemocionales y sociales y fomentando la presencia de la pareja en todas las instancias en la medida que sea posible y aceptado.
- Rescatar las mejores experiencias de ASSE para extenderlas a nivel nacional, en lo referente al puerperio y maternidad-paternidad adolescente.
- Fortalecer y asegurar la articulación entre los niveles de atención, contando con los Espacios adolescentes como nodos de gestión territorial en el servicio de salud.
- Mejorar la articulación del Espacio adolescente con los programas: Jóvenes en Red, UCC, ETAF, organizaciones de la sociedad civil, servicios de las Intendencias departamentales y otros comunitarios que intervienen en el territorio con la población adolescente.
- Diseñar estrategias para el personal de salud dirigidas a la apropiación y adhesión a este protocolo, su marco conceptual y las acciones propuestas.

#### **4- Población destinataria.**

Adolescentes de entre 10 a 19 años usuarios de ASSE. Se priorizará la población de mujeres. Se tomará en cuenta la familia y el entorno inmediato. Sin criterios de exclusión.

#### **5 - Alcances del Protocolo**

El presente protocolo se comenzará aplicar en forma paulatina en las sedes de todo el territorio de cobertura ASSE.

Su desarrollo será dinámico, de acuerdo a la singularidad de cada zona y cada nivel de atención fortaleciendo experiencias en alianzas público-público y público-privado.

Equipos de atención adolescentes: Médicos de Familia, Ginecólogos, Pediatras, Parteras, Enfermeras, Lic. en Enfermería, Lic. en Nutrición, Lic. Psicología del Espacio Adolescente, Lic. Trabajo Social, Odontólogo.

Personal administrativo, auxiliar de registros médicos, laboratorio y farmacia. (Equipos de Primer, Segundo y Tercer Nivel y Emergencias).

Para su implementación se llevará a cabo el seguimiento y evaluación continua del mismo.

Dicho seguimiento estará a cargo del equipo designado para la realización del protocolo. Se definirán referentes regionales y territoriales de ASSE que coordinarán en el servicio de salud y con el territorio todas las acciones del presente protocolo. Dichos referentes serán las Psicólogas del Espacio

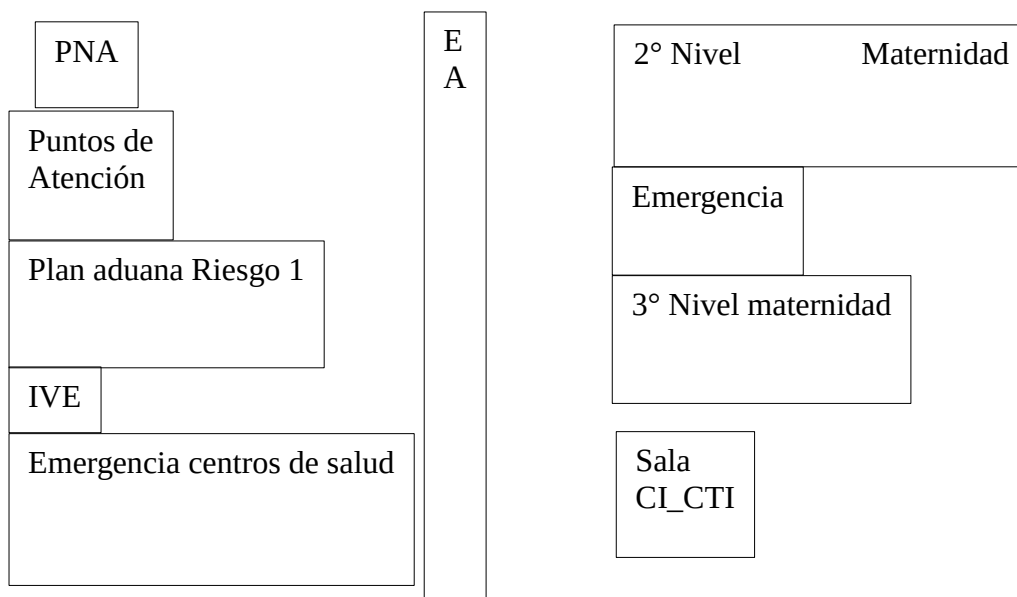
Adolescente, en los casos que no se cuente con el recurso se definirá un responsable.

## 6 - Procedimientos en los diferentes niveles de atención.

La atención debe estar basada en las buenas prácticas de atención adolescente y en el documento sobre los Espacios Adolescentes en el marco de los Objetivos Sanitarios (ver Anexo 5)

La mayoría de las acciones que se describen se realizan en el primer nivel de atención de salud.

### Espacios que intervienen en la prevención y atención del embarazo adolescente:



## 6.1 – Primer nivel de Atención:

Se requiere fortalecer:

- Difusión de la existencia y disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos (preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos de emergencia, ACO e inyectables, Implantes subdérmicos, DIU), mostrando los puntos de acceso en la zona de residencia o fuera de ella.
- Disponer de la información referente a los servicios de atención adolescente del territorio correspondiente, para una adecuada referencia y contra referencia, la misma deberán compartirla de forma actualizada con los referentes territoriales que trabajan con adolescentes (Programas de cercanía – MIDES, INAU, CAIF, Organizaciones de la sociedad civil, Educación, etc).
- La articulación con los distintos programas en territorio para planificar acciones conjuntas y complementarias evitando la superposición. Para ello se destinará tiempo y espacio de reunión entre los efectores. Se convocará desde el servicio de salud a los referentes de programas territoriales para reuniones mensuales.
- En la consulta en el primer nivel de atención, cuando los distintos profesionales realizan la entrevista con hoja SIA, sea por control o patología, es **OBLIGATORIO** completar el capítulo **sexualidad**.

En especial se sugiere preguntar en la variable necesidad de información, todo lo relativo a conocimiento del cuerpo desde la menstruación hasta como se hacen los bebés. Muchos adolescentes no tienen estos conocimientos. Obviamente las otras variables del capítulo también se deben completar. Y sin duda en lo referente al abuso sexual hay que insistir no solo preguntando si hay o no abuso, sino aprovechar la instancia para transmitir que si a ella o alguien conocido le sucediera, no es su culpa y debe comunicarlo a alguien.

- los adolescentes que se detecten (tanto en liceo, como UCC u otros de cercanía) sin carne de salud actualizado deben ser referidos a control de salud en el punto mas cercano. **Si se valora riesgo alto se agenda la consulta desde el domicilio o espacio de cercanía en el que haya sido detectada la situación. Cada espacio adolescente y puntos de atención deben asegurar una agenda con números semanales disponibles para la atención de estas situaciones (la cantidad de números se definirá en cada RAP).**

**Para las actividades de promoción/prevención universal se proponen tres acciones concretas:**

1 – JOCCAS – Jornadas comunitarias de afectividad y sexualidad. Se realizarán en conjunto con centros educativos, y organizaciones y programas del territorio. Se presentará la estrategia en todas las regiones, para definir en conjunto los referentes departamentales. Se espera realizar una jornada por departamento en el año.

2 - Formación de alumnos liceales de los últimos años para realizar actividades lúdico-educativas con escolares de la misma zona, en temas relativos a la afectividad y sexualidad.

3 - En cuanto a las actividades de Promoción de salud que se realizan por exigencia de Meta 2 en los centros educativos, planificar que se trabajen los

temas referidos a sexualidad y a proyecto de vida. Esto último en relación a deseos y expectativas de futuro incluyendo la temática de la paternidad, con enfoque de equidad de género, derechos, y fortaleciendo la difusión y comunicación de los puntos de acceso a consejería y métodos.

En todas las actividades se registrara por departamento y/o región país, el número de participantes, las instituciones involucradas, los temas abordados y la evaluación de los asistentes.

Las actividades descritas en el numeral 3 se informaran del modo ya establecido por el área Metas de ASSE.

Las actividades de los numerales 1 y 2 se registraran en planillas específicas a elaborar y se informara a las respectivas RAPS. Esta información podrá ser solicitada por el equipo de supervisión del presente Protocolo.

## **6.2 - Segundo Nivel Atención:**

Se requiere fortalecer:

- Recepción en puerta de emergencia coordinada con el PNA.
- Cada puerta de emergencia y sala de puérperas de las distintas unidades ejecutoras implementará el flujograma de actuación a seguir por la adolescente en el proceso asistencial.
- Disponibilidad en puertas de emergencia de métodos anticonceptivos, principalmente preservativos y anticonceptivos de emergencia
- Disponer de la información referente a los servicios de atención adolescente del territorio correspondiente para una adecuada referencia y contra referencia
- El seguimiento y aplicación de la Checklist (Ver anexo 1 Protocolo CHPR)
- Los mecanismos para la referencia y contrarreferencia con el PNA. Se deberá considerar especialmente las situaciones de alto riesgo obstétrico y psicosocial.

Las unidades de enlace serán de suma relevancia para garantizar el seguimiento en los diferentes niveles.

## **6.3 - Tercer Nivel de Atención:**

Se requiere:

- Definir un área destinada a la atención de madres adolescentes.
- Equipo sensibilizado con la atención de esta población.
- Coordinación con las unidades de enlace.
- Disponer de la información referente a los servicios de atención adolescente del territorio correspondiente para una adecuada referencia y contra referencia

## **7 - Guía para la implementación:**

### **7.1 Recomendaciones Generales:**

Se plantean las siguientes recomendaciones generales que transversalizan los distintos niveles de atención y los momentos vitales en los que el/la adolescente se encuentre transitando:

A-Acciones universales de prevención:

- Aumentar las actividades relacionadas con prevención y promoción de salud que ya se vienen realizando en el marco de la Meta 2. Incorporar a la misma, acciones con los últimos años de primaria.
- Confeccionar afiches para la comunicación en la comunidad de los puntos de atención para la salud adolescente, sus derechos y la importancia del uso de métodos. Contar con la participación juvenil para la difusión de los mismos, fomentando su participación directa.

A-Varones: si bien el presente protocolo focaliza gran parte de sus acciones en las adolescentes mujeres se incluye a los varones en todas las acciones de promoción y prevención.

B-Sensibilización y capacitación de los equipos: Se realizarán instancias de capacitación y sensibilización para actualizar conocimiento y favorecer la investigación – acción en el territorio como una estrategia de empoderamiento del protocolo. Se realizará un seminario al año del comienzo del protocolo para presentar trabajos de sistematización o investigación sobre la temática del protocolo.

C-Heterogeneidad de los servicios de ASSE en el país: si bien el protocolo busca homogeneizar las prácticas se espera que en un principio los desarrollos pueden ser variados. Para esto los equipos en territorio contarán con el apoyo del Grupo central de seguimiento, que trabajará en disminuir las brechas que se generen.

### **7.2 Escenarios**

Para operativizar el protocolo se plantea dividir las acciones según 4 escenarios vitales:

- Etapa preconcepcional
- Embarazo
- Puerperio
- Primer año de Maternidad-Paternidad

Dentro de estas etapas se definen situaciones de Bajo Riesgo y Alto Riesgo.

El Riesgo valorado en cada etapa definirá las acciones a seguir.

El riesgo es una condición que puede variar en el tiempo, por lo que es recomendable valorar la situación de la adolescente y su entorno en cada momento vital.



Para valorar una situación como de riesgo alto, no es necesario que estén presentes los items de todas las categorías. Cada situación requiere su consideración singular para orientar de esa forma las acciones.

**Se describe en la tabla siguiente algunos criterios para valorar el riesgo**

**Tabla de riesgo**

<b>Categorías</b>	<b>Bajo riesgo</b>	<b>Alto riesgo</b>
Número de Embarazos	No embarazada Cursando primer embarazo	No embarazada con embarazos previos, hijos menores de 2 años
Estudios	Estudia actualmente o no estudia, pero completo CB. No estudia formalmente, pero planifica hacerlo y participa de alguna actividad grupal, formal o no formal educativa, recreativa, cultural, artística social, deportiva u otras	Riesgo de abandono escolar. Abandono secundario. Primaria incompleta. Rezago. Dificultades de aprendizaje.
Familia, pareja, vínculos, referentes,	Vive con su familia con la que tiene buenos vínculos. Si es con pareja impresionada buen apoyo.	Cría hermanos menores. Sin sostén familiar. Múltiples cambios de hogar.
Problemas de salud mental	Sin problemas de salud mental, no consumo problemático, conflictos propios de la adolescencia	Retardo mental. Patología psiquiátrica. Consumo problemático de sustancias. Depresión por aplicación de escala de Edimburgo.
Situaciones traumáticas, violencias, abuso	Sin historia de abuso ni violencias, ni pérdidas recientes	Pérdidas significativas en el último año. Historia de abuso sexual. Violencias, sospecha de embarazo producto de abuso. Adolescentes privadas de libertad.
Edad	Mayor de 15 años	Menor de 15 años
Discapacidad	Ausente	Presente
Patología Obstétrica	Ausente	Presente

**Se destaca que en cuanto a la oferta, difusión, acceso y disponibilidad a Métodos se plantea en todos los escenarios:**

- Insistir en la importancia de conocer los derechos de los y las adolescentes al acceso privado y confidencial a los métodos anticonceptivos.
- Difusión dentro y fuera de los servicios de salud, sobre el acceso a los métodos. **En especial en los espacios de circulación propios de los jóvenes (centros educativos, recreativos, sociales, otros). Colocación de afiches y entrega periódica de folletería.**
- Todos los MAC se ofrecen por el equipo de salud a los/las adolescentes
- Los Anticonceptivos orales se entregan a través de cuponeras de retiro trimestral
- Asegurar a todas/os las/os adolescentes, el retiro de una cuponera de 12 vales por al menos 15 preservativos cada uno por mes, mediante la presentación de Cédula de identidad que habilite su condición de afiliado en la farmacia.
- Todas las puertas de emergencia, los consultorios de medicina, ginecología y Enfermerías ofertan el pack mínimo (preservativo, ACO de emergencia y folletería) según guías de ACO del MSP, 2014.
- Difundir el uso y disponer de los implantes sub dérmicos según pautas establecidas por MSP
- En la entrevista por control de salud o consulta por patología se debe incluir SIEMPRE el capítulo **Sexualidad** tanto a varones como mujeres.

### **7. 2.1 - Escenario preconcepcional**

Se destaca el presente escenario como primordial para la prevención del embarazo adolescente. La disminución del mismo se logrará en la medida que realicemos un adecuado abordaje intersectorial, fortaleciendo la inclusión socio educativa y recreativa, empoderando a las adolescentes en generar una vida con proyectos más allá de la maternidad/paternidad.

Para lograr un adecuado abordaje será necesario reforzar el trabajo con escuelas, educación media, centros juveniles centrándose en la promoción de salud; brindando información referente a sexualidad, diversidad sexual, acceso a métodos anticonceptivos; desde una perspectiva de género.

Se prestará especial atención a aquellas adolescentes mujeres que presenten riesgo de abandono educativo, o que estén fuera de la educación quienes serán captados por actores de la educación y quienes trabajan en programas de cercanía por ejemplo UCC y Jóvenes en Red. Para ellas se realizarán Grupos terapéuticos (modo 1) coordinadas por psicólogas del Espacio Adolescente.

<b>Riesgo</b>	<b>Acciones</b>	<b>Contenidos</b>
Bajo	<p>Abordaje interinstitucional (trabajo con escuelas educación media, centros juveniles) dirigido a la Promoción de salud</p> <p>Dispositivos grupales. (Modo 1)</p> <p>Acceso a métodos anticonceptivos</p> <p>3. Control de salud integral e interdisciplinario.</p>	<p>Acceso a la información sobre sexualidad, diversidad sexual, disfrute y conocimiento del cuerpo, desde una perspectiva de derechos y de género.</p> <p>Proyectos de vida fuera de la parentalidad</p>
Alto	<p>Recepción por referentes de la salud de los adolescentes en riesgo de abandono educativo y/u otras vulnerabilidades, captados por actores de la educación y comunitarios</p> <p>Grupos terapéuticos (Modo 2).</p> <p>Facilitar acceso a métodos anticonceptivos.</p> <p>Detectar violencia y abuso</p>	<p>Fortalecimiento de la autoestima, afectividad y relacionamiento interpersonal, noviazgo sin violencia, orientación educativa, resolución de conflictos, tiempo libre y disfrute.</p> <p>Proyectos de vida fuera de la parentalidad</p>

### **Desarrollo de las intervenciones:**

#### **Bajo riesgo**

- Fortalecer el trabajo de promoción en salud que se realiza en los diferentes centros educativos del territorio. (ejemplo territorios socioeducativos)
- Acceso a la información sobre sexualidad, diversidad sexual, enfatizando en el disfrute y el conocimiento del cuerpo desde una perspectiva de derecho y de género.
- Promover y facilitar el acceso a métodos anticonceptivos y el derecho a la atención de salud con privacidad y confidencialidad.
- Asegurar la oferta de pastillas de emergencia y preservativos en todas las policlínicas y servicios de emergencia entregadas por personal de salud, independientemente que sea o no integrante del EA.
- Los talleres (Modo 1) serán gestionados por Psicología del EA, siendo el equipo del Espacio Adolescente referencia y apoyo para los mismos. Coordinando con la UDELAR (estudiantes de pregrado, de las carreras

Enfermería, Medicina, T. Social, Psicología) para que las intervenciones comunitarias incluyan estas temáticas.

- Se destaca que las intervenciones están dirigidas a ambos sexos.

### **Alto riesgo**

- Fortalecer y sistematizar el trabajo intersectorial con el sector educación (formal y no formal), con la finalidad de conocer y captar las adolescentes en riesgo de abandono de la educación, para referirlas a la atención de salud, en especial a los abordajes grupales en salud mental y las propuestas de inclusión social, cultural, recreativa.
  
- Establecer vínculo permanente de intercambio y capacitación conjunta entre salud, educación y programas de cercanías, tránsito educativo, inclusión social (ETAF, SOCAT, club de niños, centro juvenil, CEDEL, CECAP, etc). Fortalecer el trabajo de los Nodos de educación y familia para planificar acciones priorizando los territorios socio-educativos definidos por ANEP y mejorar la inserción en la educación formal y otras alternativas para la construcción de una vida con proyectos. Para esto el Espacio adolescente coordinará en conjunto con las demás instituciones en territorio reuniones mensuales.
  
- Se instalará al menos en un servicio de salud por área o región el dispositivo grupal Modo 2 de las prestaciones de salud mental, para trabajar aspectos vinculados a la autoestima, afectividad y relacionamiento interpersonal, derechos, modelos de género (masculinidad y femineidad), violencia y abuso sexual, trabajando fuertemente la inserción en instituciones y programas educativos y de inclusión, tiempo libre y de recreación, proyectos de vida etc.
  
- Promover y facilitar el acceso a métodos anticonceptivos y el derecho a la atención de salud con privacidad y confidencialidad.
  
- Asegurar la oferta de pastillas de emergencia y preservativos en todas las policlínicas y servicios de emergencia entregadas por personal de salud, independientemente que sea o no integrante del EA.

### Descripción de Grupos Terapéuticos (Modo 2)

Se propone trabajar con grupos cerrados, realizando dos ciclos en el año.

Número de talleres por ciclo: 8 talleres

Duración: una hora y media

Frecuencia: semanal.

Número de participantes: de 8 a 15 jóvenes

Coordinación: dos integrantes: sector salud y otra institución de la comunidad

Equipo conformado por Psicóloga del EA y referente de educación primaria o secundaria (según el grupo)

Temas: autoestima, afectividad y relacionamiento interpersonal, noviazgo sin violencia, orientación educativa, resolución de conflictos, tiempo libre y disfrute, proyectos de vida

### 7. 2.2- Escenario del Embarazo:

Riesgo	Acciones	Contenido
Bajo	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Control de embarazo adecuado en calidad y cantidad, desde la co-consulta e interdisciplina.</li><li>2.Screening de Depresión: Escala de Edimburgo (EPDS)</li><li>3.Flujograma para la atención de la embarazada: Odontología, Nutrición, Psicología, Espacio Adolescente, Servicio Social.</li><li>4.Talleres de preparación para el nacimiento y crianza. Explorar situaciones de violencia doméstica, abuso sexual, maltrato.</li></ol>	<p>Acompañar a la adolescente embarazada y pareja desde una concepción de salud integral.</p> <p>Entendiendo esta etapa como un momento oportuno para la detección, atención y prevención de problemas.</p> <p>Facilitar el acceso al control de embarazo</p>
Alto	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Control en policlínica de alto riesgo obstétrico para adolescentes (según patología obstétrica). Explorar situaciones de violencia doméstica, abuso sexual, mattrato.</li><li>2.Screening de Depresión: Escala de Edimburgo (EDPS)</li><li>3.Abordaje interinstitucional, reunión de coordinación mensual con los equipos de cercanías (UCC, ETAF, Jóvenes en Red, etc), Casa Luna. Visita domiciliaria integral-Plan Aduana</li><li>4.Atención individual o con grupos terapéuticos (Modo 2)</li></ol>	<p>Atención adecuada del embarazo de alto riesgo obstétrico</p> <p>Prevención y atención de la depresión materna u otras dificultades socio-económicas y culturales inherentes al momento vital.</p>

### **Desarrollo de las intervenciones:**

En este escenario vital se proponen actividades universales e intervenciones focalizadas.

- Es importante contar con equipos especializados para la atención del embarazo en las adolescentes (Policlínica de adolescencia y embarazo) en puntos de atención, servicios territoriales y el hospital.
- Controles obstétricos según pauta nacional (con accesibilidad, agilidad en los servicios, minimizar tiempos de espera, operativizar las consultas y gestiones). (Ver Anexo 3)
- Flujograma de la embarazada incluirá: odontología, nutrición, servicio social y psicología de EA. La cantidad de consultas con Psicología de EA dependerá del riesgo de cada adolescente, así como la inclusión en grupo terapéutico Modo 2.
- Aplicación de escala de Edimburgo (ver Anexo 2)
- Promover la participación en grupos de embarazadas (salas de encuentro, grupos de crianza, preparación para el nacimiento y parto, etc)
- Coordinación con los técnicos de Plan Aduana y UCC para el seguimiento en domicilio y el apoyo nutricional. Trabajo coordinado con Licenciados en Psicología de los Espacios Adolescentes.
- Activar sistema de alerta en historia clínica electrónica o con dispositivo de tarjeta rosada para el seguimiento de la embarazada y llamado telefónico si no concurre al control
- Coordinación fluida con las unidades de enlace, entre el centro de control de embarazo y las maternidades. Ficha del alta.

### 7. 2.3- Escenario del puerperio:

Riesgo	Acciones	Contenidos
Bajo	1.Promover el control puerperal integral y universal (Ginecológico- Psicosocial). 2.Consejería en anticoncepción. 3.Screening de Depresión materna: Escala de Edimburgo (EPDS) 4.Espacios grupales para la crianza. (interinstitucional).	Abordar la integralidad de la familia (madre- bebé- padre- otros familiares). Inclusión de la pareja (si está disponible) Trabajar con el contexto familiar para el apoyo de la maternidad y crianza Entendiendo al Puerperio como un momento de gran sensibilidad y oportunidad para el vínculo con el RN. Promover el Apego Apoyo en la lactancia. Cuidado y sostén del servicio de salud hacia la puérpera
Alto	1.Atención de complicaciones puerperales según pautas nacionales 2.Coordinación con Plan aduana y UCC, Casa Lunas. 3.Abordaje individual o en Grupos terapéuticos (Modo 2)	Prevención y atención de la depresión materna y/u otras dificultades inherentes al momento vital. Promover el vínculo madre-bebé y el Apego seguro. Trabajar con el contexto familiar para el apoyo de la maternidad y crianza

### Desarrollo de las intervenciones:

- Control puerperal obligatorio antes de los 10 días del puerperio acción coordinada con el equipo de plan aduana en cada territorio agendado a la adolescente para el control según flujograma. Aprovechar la instancia de consulta en el control pediátrico para asegurar el control puerperal.
- Sensibilizar a los equipos de salud sobre la importancia de un abordaje integral de las familias. Promover en los equipos que atienden al RN (pediatras, médicos de familia, etc) que visualicen no solo al bebé sino a la familia.
- Incluir la información y el acceso a elegir un método anticonceptivo en forma oportuna.
- Detección de depresión materna, aplicación escala Edimburgo en el momento del 3° control del RN, la auxiliar de enfermería o Lic. Enfermería le entrega la escala que será auto administrada con N° de cedula, luego es

recogida en una carpeta. Dicha información será relevada por Psicología del EA quien se encargará de realizar el seguimiento.

- Propiciar la coordinación con UCC para el apoyo en la lactancia y apoyo nutricional
- Fomentar el trabajo con el contexto familiar. Incluir a la pareja si está disponible
- Control post evento obstétrico, refiriendo a la adolescente desde las maternidades o grupo de IVE al espacio adolescente (ver anexo 1)

#### 7.2.4- Escenario del primer año de Maternidad:

Riesgo	Acciones	Contenidos
Bajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acompañamiento en la crianza, retomar los estudios</li> <li>● Grupos de Crianza (interinstitucionales)</li> <li>● Entrevista Psicológica universal</li> <li>● Prevención de embarazos consecutivos en periodos intergenésicos breves</li> </ul>	<p>Promover la participación en dispositivos comunitarios (CAIF, UCC, etc).</p> <p>Activar redes de sostén familiar y social.</p>
Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajo en coordinación con los equipos en territorio. Visita domiciliaria integral-Plan Aduana</li> <li>● Espacio psicoterapéutico grupal y/o individual (Modo 2)</li> <li>● Intervención de trabajo social.</li> <li>● Conexión con sistema de cuidados</li> </ul>	<p>Articular con jóvenes en red para el seguimiento y reinserción social, UCC y ETAF (según situación)</p> <p>Intervenciones terapéuticas en Vínculo temprano</p>

#### Desarrollo de las intervenciones:

- Promover actividades con CAIF (u otros programas socioeducativos disponibles) con los grupos de estimulación oportuna, donde se promueva la reflexión sobre los aspectos vinculados a la crianza y a la generación de otros proyectos de vida, que acompañen ese momento vital. Acción universal.
- Coordinación con los programas de Jóvenes en red, para facilitar el retomar los estudios y el apoyo en el ingreso a guarderías.



- Garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos de elección de la adolescente
- En las situaciones donde se detectan factores de riesgo en el vínculo y la crianza realizar captación e intervención oportuna - dispositivo focalizado, con modalidad grupal e individual/ intervención mixta.

## **8 - Estrategia de difusión**

Este protocolo tendrá una versión en papel y una versión digital.

La difusión se realizará en los meses de marzo, abril y mayo 2017.

La difusión se realizará en los diferentes niveles de gestión comenzando con las direcciones regionales (este, oeste, norte y sur) y luego a los diferentes coordinadores territoriales. Planificando con ellos la implementación, formando parte de las reuniones programáticas.

Se realizarán jornadas de difusión e intercambio (según cronograma) en cada subregión con los técnicos responsables de la atención del adolescente y operadores de otras instituciones que estén en el territorio, así como la comunidad adolescente.

Una vez culminada la etapa de difusión en todas las subregiones, se incorporara en el escritorio clínico el protocolo con los anexos, de manera que cada técnico cuente con la información.

Se diseñara una guía de bolsillo para el uso de los profesionales de salud y la comunidad

## **9 – Requerimientos Materiales y Recursos Humanos**

En cuanto a los recursos humanos se espera contar con la regularización del trabajo de las psicólogas de adolescentes (ex agentes socioeducativas) que en forma espontánea pero no debidamente planificada, atienden la salud mental de adolescentes en el primer nivel de atención.

En cuanto a recursos materiales se requiere la impresión del protocolo en papel, así como incluirlo en página web para el acceso electrónico.

Impresión de afiches para la comunicación en la comunidad de los puntos de atención para la salud adolescente, sus derechos y la importancia del uso de métodos.

## **10 – Capacitación**

Como parte de la implementación, serán necesarias actividades de capacitación que actualicen conocimientos y fortalezcan el compromiso y la adhesión a la estrategia. Las mismas generaran insumos territoriales para facilitar la aplicabilidad del protocolo.

La capacitación se realizará de forma regional con participación intersectorial de los programas involucrados en el trabajo con adolescentes.

Los temas a jerarquizar refieren a:

- cumplimiento de normativas sobre derechos a la atención de salud en la adolescencia
- atención de la salud sexual y salud reproductiva, género y modelos de atención
- características del embarazo en la adolescencia con énfasis en la dimensión psicosocial
- recomendaciones principales sobre anticoncepción

## **11 - Indicadores de evaluación.**

### **11.1- En la implementación**

-N° de profesionales participantes en la difusión del protocolo por región/ N° de profesionales que atienden adolescentes

### **11.2 - Sobre los resultados**

-N° de técnicos que modifican su práctica aplicando el protocolo a 6 meses de aplicación/ N° total de técnicos que participaron de la difusión-capacitación

### **11.3- En el proceso**

-N° embarazadas con Historia SIA realizada por región/ N° total de adolescentes embarazadas por región

-N° de actividades de capacitación desarrolladas/ N° de actividades de capacitación planificadas

-Cantidad de controles de embarazo adolescente/N° embarazadas adolescentes

-N° de puestos de dispensación de métodos anticonceptivos de cada región/ N° total de servicios de salud de cada región

-N° de Farmacias que implementan la dispensación de cuponera por región/ N° total de farmacias por región

-N° de adolescentes que solicitaron y recibieron métodos anticonceptivos en el centro de salud por mes/N° de consultas de adolescentes en el centro de salud por mes\*

-N° de adolescentes que solicitaron y recibieron metodos anticonceptivos en el centro de salud por mes/N° de usuarios de todas las edades que solicitaron y recibieron métodos anticonceptivos por mes\*

-N° de implantes subdermicos colocados a adolescentes a los 6 meses y al año de la implementación del Protocolo

-N° dispositivos grupales ejecutados Modo1 por región/ N° dispositivos grupales Modo 1 planificados

-N° dispositivos grupales ejecutados Modo 2 por región/ N° dispositivos grupales Modo 2 planificados

-N° de adolescentes puérperas con control a los 10 días por región/ N° total de nacimientos por región

-N° adolescentes en la que se aplicó la escala de Edimburgo/ N° adolescentes embarazadas y puérperas usuarias de ASSE por región

**\*refiere a la suma de todos los metodos y a cada uno por separado**

### **Equipo de trabajo:**

Dra: Natalia Pérez (Asistente de la Presidenta del Directorio de ASSE)

Dra: Susana Grumbaum (responsable Adolescencia ASSE)

Dra: Stella Sollier (RAP Metropolitana, Espacio Adolescente RAP- APEX)

Dra: Silvia Texeira (RAP Canelones, Espacio Adolescente Las Piedras)

Lic.Ps. Magdalena Alvarez (Ps. Espacio Adolescente RAP Metropolitana)

Lic.Ps. Fabiana Rahi (Ps. Espacio Adolescente RAP Metropolitana)

Colaboradoras: Dra: Arianel Bruno (Región Sur) Dra. Monica Gorgoroso (Asesora en Salud Sexual y Reproductiva en la Dirección de Calidad y Riesgo)

### **Equipo Revisor:**

Se agradece a la Dra. Alicia Canetti, Prof. Agda. Salud Mental en la Comunidad por sus observaciones y sugerencias al presente protocolo.

En espera de devolución de la lectura por parte de: SUGIA, SUMEFAC.

## BIBLIOGRAFÍA

\*UNFPA. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo adolescente. Estado de la población mundial 2013. [citado octubre 2014]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.uy>

\*UNFPA. <http://www.unfpa.org.uy/informacion/embarazo-adolescente:-otra-cara-de-la-inequidad-en-uruguay.html>

\*Equipos.com [página de internet]. Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Uruguay: equipos mori; 2010 [actualizado 2011; citado en octubre 2013]. Disponible en: <http://www.equipos.com.uy/media/apps/articles/embarazo-adolescente-en-montevideo/documents/InformeEmbarazoAdolescente.pdf>.

\*Salvatierra L, Aracena M, Ramirez P, et al. Autoconcepto y proyecto de vida: percepción de adolescentes embarazadas en un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. Rev psicología [Internet]. 2005 [citado setiembre 2014]; XIV (1); 141-152. Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=26414111](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26414111).

\*Suntax, I. Conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos de planificación familiar, en adolescentes del barrio Chillo Jijon de la parroquia de Amaguaña durante 3 meses del año 2014. (Tesis doctoral). Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2014.

UNFPA – Estado de la población mundial 2016 - "El futuro depende de las niñas de 10 años"

\*OMS. [Página de internet]. BSR. La biblioteca de salud reproductiva de la OMS. [citado en octubre 2014]. Disponible en: <http://app.who.int/rhl/es/>

## **ANEXO 1**

### **Estrategia de atención a mujeres adolescentes, adolescentes embarazadas y post evento obstétrico.**

#### **Centro Hospitalario Pereira Rossell.**

##### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años la incidencia del embarazo en mujeres adolescentes en el país presenta niveles estables, representando entre el 16 a 17% del total de embarazos. Sin embargo, en el subsector público, las cifras vienen aumentando en los últimos años. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) los nacimientos asistidos de mujeres adolescentes en los últimos 5 años han oscilado entre el 25 al 29%. Específicamente en el 2015 los nacimientos de madres adolescentes representaron el 27,8% del total de nacimientos del CHPR.

La mayoría de estos embarazos no son planificados (58% en 2015), y aproximadamente un 30 % de estos nacimientos se dan en mujeres que ya han tenido embarazos previos. Desde el año 2015 se han desarrollado varias acciones en diferentes niveles para cumplir con los objetivos propuestos, que involucran trabajo en el CHPR, y trabajo conjunto entre RAP Metropolitana y el CHPR para dar continuidad en la atención a mujeres adolescentes post evento obstétrico.

##### **JUSTIFICACIÓN**

Actualmente contamos con un servicio de atención a mujeres adolescentes con un sector de asistencia ambulatoria donde se asisten pacientes obstétricas, se realiza abordaje integral y se asisten pacientes con afectaciones ginecológicas.

En los sectores de internación, las mujeres adolescentes que ingresan en sectores de ginecología o de obstetricia son asistidas por los responsables asistenciales de cada sector, quienes intercambian, de ser necesario, con el equipo del Servicio.

Por otro lado, se destaca el sector de internación de madres adolescentes (sala 4 de maternidad), donde se intenta brindar un abordaje integral del binomio. Hasta la realización del diagnóstico de situación del Hospital de la Mujer en este sector no contábamos con ginecólogo del Servicio, lo cual va en contra de una estrategia de calidad en la atención de adolescentes puérperas y de la facilitación del asesoramiento y provisión de las medidas de anticoncepción adecuadas.

Parte de la población que se asiste en el CHPR presenta importantes vulnerabilidades, y la estadía hospitalaria de las mujeres adolescentes es una oportunidad de abordaje de las necesidades, así como de empoderarlas con la información y favoreciendo el acceso a métodos anticonceptivos.

En particular, como vimos, el MSP plantea como meta sanitaria la reducción del porcentaje de un ulterior embarazo en madres adolescentes, y se toma como recomendación el alcance de una disminución de 33% de cada uno de los valores medios de las tasas actuales.

## OBJETIVOS

En la línea de los objetivos estratégicos marcados por el MSP, y de acuerdo al diagnóstico de situación del Hospital de la Mujer, la Dirección ha desarrollado una estrategia que tiene estos objetivos:

1. Mejorar la calidad de atención en mujeres adolescentes en el proceso de embarazo, nacimiento y puerperio,
2. Reforzar la anticoncepción post-evento obstétrico de las adolescentes
3. Mejorar la contra referencia de las mujeres adolescentes al alta del tercer nivel post evento obstétrico
4. Contactar a adolescentes al alta con los equipos de salud de base territorial
5. Disminuir el segundo embarazo no deseado en adolescentes

## ACCIONES PROPUESTAS

Desde el año 2015 se han desarrollado varias acciones en diferentes niveles para cumplir con los objetivos propuestos:

1. Fortalecer la Sala 4 de puérperas adolescentes. Incorporación de un coordinador médico en sala de adolescentes de la maternidad del HM, implementar la rotación de un residente de ginecología y rotación de practicantes internos de Medicina.
2. Reforzar la anticoncepción post-evento. Asegurar la disponibilidad y la provisión de Método Anticonceptivo (MAC) para el alta: Diu post-parto/cesárea, implante subcutáneo previo al alta o método elegido.
3. Control en salud de las adolescentes, trabajo con la Unidad de Atención a adolescentes (pacientes o cuidadoras) hospitalizadas en el HP/CHPR. Inicialmente a demanda según los casos particulares, hasta alcanzar una visita sistemática del equipo del HP en la Maternidad.
4. Confección de un formulario de contrareferencia para el alta de las mujeres adolescentes post-evento obstétrico, con sistema check-list.
5. Articulación con la Unidad de Derivación y Enlace del CHPR. Articular el trabajo con el primer nivel de atención, a través de la UDE aportando desde el trabajo conjunto y coordinado entre niveles a la atención a adolescentes usuarias de ASSE, para garantizar el derecho a una salud sexual y salud reproductiva de calidad.

## ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS AL DIA DE HOY

En base al diagnóstico de situación y los objetivos definidos por la Dirección del HM y los Objetivos Estratégicos del MSP, y luego de las acciones propuestas, al día de hoy estas son las estrategias implementadas en el CHPR relacionadas con la atención de adolescentes y la disminución del embarazo no intencional en esta población.

1. Fortalecimiento de la Sala 4 de puérperas adolescentes
2. Implementación de un formulario de contrareferencia post-evento obstétrico
3. Articulación con la Unidad de Derivación y Enlace (UDE) del CHPR:
4. Unidad de Atención a adolescentes (pacientes o cuidadoras) hospitalizadas en el HP/CHPR.
5. Servicio de Atención de Niñas y Adolescentes con patología ginecológica. Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes.

#### 1. Fortalecimiento de la Sala 4 de puérperas adolescentes

Desde Julio del 2015 se ha incorporado un coordinador médico en sala de adolescentes de la maternidad del HM (Sala 4). Una ginecóloga de referencia del equipo asistencial del Servicio de Adolescentes se incorpora a la sala de internación de adolescentes que cursan su puerperio mediato. Esta coordinadora articula al con equipo interdisciplinario integrado por Servicio Social, Salud Mental, Pediatría, Enfermería, Obstetricia, Neonatología y la Unidad de Derivación y Enlace del Hospital.

Con esta medida se intenta mejorar el abordaje de la mujer en el inicio de su maternidad, mejorar y facilitar el acceso a métodos anticonceptivos, facilitar la conexión con diferentes redes sociales, así como la contrareferencia con el primer nivel de atención.

Por otro lado, la organización de este sector asistencial permite la posibilidad de potenciar los procesos formativos en el abordaje de madres y padres adolescentes, de residentes de ginecología que dentro de su currícula han incorporado la rotación por el Servicio.

Las actividades específicas a desarrollar son:

- Asistenciales: atención en salud de mujeres adolescentes puérperas. Anticoncepción post-evento obstétrico, con el objetivo de que el 100% de las mujeres abandonen el HM con MAC elegido.
- Educativas: desarrollo de actividades informativas sobre cuidados, anticoncepción, posibilidades formativas, etc.
- Docentes: actividades docentes con pregrados de medicina cursando el ciclo del internado, residentes de ginecología, medicina familiar y comunitaria, y neonatología.

#### 2. Implementación de un formulario de contrareferencia post-evento obstétrico

En noviembre de 2015 se inició la implementación de un formulario de contrareferencia del puerperio, a modo de piloto, en adolescentes (anexo 1), el cual se discutió luego en conjunto con el equipo de gestión de la RAP Metropolitana, realizándose ajustes al mismo y definiendo un procedimiento de recolección y envío al primer nivel y evaluación. El mismo permite una información sistematizada para el profesional que continua el proceso asistencial en su lugar de referencia y por otro lado sistematizar la asistencia brindada dentro del Hospital. El sistema de checklist asegura que la paciente ha recibido todas las prestaciones en Salud y sociales correspondiente.

Población Objetivo:

A- Mujeres adolescentes hasta 19 años (inclusive) de alta puerperal de RNV.

B- Mujeres adolescentes hasta 19 años (inclusive) de alta post aborto espontáneo o IVE.

C- Mujeres adolescentes hasta 19 años (inclusive) de alta post nacimiento de óbito o muerte neonatal.

Acciones:

- Referenciar a las mujeres adolescentes desde el CHPR a la RAP Metropolitana al alta post evento obstétrico, para mujeres en grupo A y C mediante formulario elaborado a tal fin, y para mujeres en grupo B mediante referencia de resumen de alta. Las usuarias se referenciarán según criterios de responsabilidad territorial del Centro de Salud, independientemente de donde controlaron el embarazo y donde refieren que continuarán su atención (iguales criterios que Plan Aduana).
- Informar a Equipo de salud de referencia de la usuaria que está de alta.
- Desarrollar las acciones desde los equipos territoriales que se consideren necesarias según situación de la usuaria
- Registrar cada referenciación.
- Registrar las acciones que se llevan a cabo ante cada situación

Para aquellas usuarias que se asistirán en otros servicios diferentes a los pertenecientes al Centro de Salud, asegurar que la información llegue al prestador o servicio donde se asistirá la usuaria.

Procedimiento:

Mujeres dentro del Grupo A y C:

- Técnico/a que asiste el nacimiento completa formulario, con copia, al alta.
- Formulario copia 1 se le entrega a la usuaria.
- Formulario copia 2 queda en carpeta de referenciación de cada sala (salas de púérperas o salas de gine en caso de óbito o muerte neonatal).
- Programa Aduana del HM envía el formulario vía Web a Programa Aduana de los centros de salud (junto con datos de los nacimientos), a la dirección de cada centro de salud y al Equipo Coordinador Referente (ECR) en SSySR de la RAP Metropolitana.
- Los centros de salud informan al ECR que llegó la referenciación.
- Los centros de salud informan al ECR con nombre y CI de la usuaria vía web cuando la usuaria fue vista, según la modalidad que se considere necesaria (consulta espontánea por la usuaria, visita programada a equipo de salud, visita domiciliaria).

Mujeres en grupo B (aún en proceso de ajustar implementación):

- Técnico/a responsable de alta de sala entrega copia de resumen de alta a la dirección del HM.
- Resumen de alta se envía a las direcciones de los Centros de Salud y al Equipo Coordinador Referente (ECR) en SSySR de la RAP Metropolitana.
- Los centros de salud informan al ECR con nombre y CI de la usuaria vía web cuando la usuaria fue vista, según la modalidad que se considere necesaria (consulta espontánea por la usuaria, visita programada a equipo de salud, visita domiciliaria).

Responsabilidades:

- CHPR-HM referenciar adecuadamente, con formulario completo y en tiempo las altas.
- Direcciones de los centros de salud: acusar recibo de la referenciación.
- Direcciones de los centros realizar las acciones consideradas necesarias según lo requiera la situación de la usuaria.
- Direcciones de los centros informar dentro del mes del alta seguimiento realizado.
- ECR llevar registro de mujeres referenciadas y cotejar con informe desde los centros de salud el seguimiento realizado.



### 1. Articulación con la Unidad de Derivación y Enlace (UDE) del CHPR:

Con el objetivo de no perder oportunidades de abordaje integral en salud se definieron los procedimientos a seguir para satisfacer la demanda asistencial de mujeres internadas en diferentes sectores del HM o concurrendo al HP por cuidado de niños internados. Destacando las vías específicas para la resolución de mujeres en edad adolescente.

#### Consultas inmediatas en SSYR:

Para dar cabida a estas necesidades se habilitaron en el Policlínico del HM dos consultas inmediatas en salud sexual y reproductiva para mujeres adultas, así como incorporación en la agenda del Servicio de Adolescentes del servicio de anticoncepción para adolescentes puérperas no ingresadas, así como para cuidadoras (madres, hermanas, tías) de niños ingresados en el CHPR, que presenten necesidades asistenciales en salud sexual y reproductiva.

#### Cuidemos a las cuidadoras:

En el CHPR-HP el tiempo de estadía de internación de los niños muchas veces es prolongado. La mayoría de las veces son MUJERES las que cuidan a los niños, siendo las madres adolescentes un alto porcentaje.

La internación es una excelente oportunidad que tiene el Sistema de Salud para acercar a estas cuidadoras y brindarles las prestaciones básicas que hoy se han convertido en derechos.

Este modelo de intervención interdisciplinario e intersectorial constituye una oportunidad para acercar a estas adolescentes que toman contacto circunstancial con el sistema de salud a través de sus hijos para realizar promoción de salud y prevención de enfermedad, así como brindarles apoyo integral.

Se realiza la captación, detección e identificación con enfoque de riesgo de las madres adolescentes de los niños hospitalizados, se planifican intervenciones breves y se realiza la coordinación pertinente para asegurar la continuidad asistencial en el primer nivel de atención.

### 2. Unidad de Atención a adolescentes (pacientes o cuidadoras) hospitalizadas en el HP/CHPR.

Surge en el año 2014 como respuesta a la necesidad de institucionalizar y expandir los servicios de Atención a adolescentes internados en el CHPR (Hospital Pediátrico y Hospital de la Mujer). Está conformada por pediatras del HP, ginecólogos del HM y trabaja en estrecha relación con la UDE.

Los objetivos generales de la Unidad son:

1. contribuir a mejorar la calidad de la asistencia de adolescentes hospitalizados en el Departamento de Pediatría del C.H.P.R, y adolescentes internadas en el Hospital de la mujer. Captar a las madres adolescentes y/o cuidadoras de los niños internados que no estén controladas en salud.
2. Identificación de problemas biopsico sociales del paciente y la familia
3. contribuir a la formación de recursos humanos del equipo de salud en cuanto a las competencias básicas específicas para el abordaje integral de estos pacientes.

Actividades:

Atención durante la internación en CHPR

- inclusión de adolescentes hospitalizados captados por búsqueda activa (pase de guardia, ingreso desde la emergencia, etc.) o a solicitud de los equipos tratantes del Departamento de Pediatría, Departamento de Emergencia Pediátrica, Cirugía pediátrica, Hospital de la Mujer, Servicio de Atención a niñas y adolescentes con problemas ginecológicos, policlínica de asistencia de salud mental a adolescentes, policlínica de referencia del HP-CHPR.
- Valoración de las adolescentes puérperas previo al alta hospitalaria, asegurando la atención integral en salud.
- Inclusión de madres y/o cuidadoras adolescentes de los niños internados que no se controlen en salud, captarlas y lograr brindar las prestaciones básicas en salud.

Consulta externa

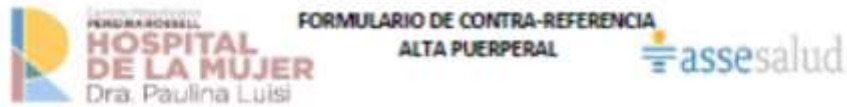
- consultas programadas de adolescentes dados de alta o en régimen ambulatorio, en condiciones de ser trasladados, a solicitud y previa comunicación con pediatra o médico tratante para consultas específicas

1. Servicio de Atención de Niñas y Adolescentes con patología ginecológica. Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes.

Está conformado por ginecólogas especialistas en atención de niñas y adolescentes, pediatras y equipo de salud mental. Funciona de lunes a viernes en el policlínico del HM. Las actividades que realiza son:

1. Atención de niñas y adolescentes con patología ginecológica
2. Control de embarazo de adolescentes con problemas médicos y/o psicosociales, en general referenciadas desde el primer nivel de atención.
3. Atención en Salud Sexual y Reproductiva.

Anexo 1: Formulario de contrareferencia



DEBE REALIZARSE JUNTO CON EL LLENADO DEL CARNET DEL SIP

Nombre y apellido:	Ci:
Edad:	Domicilio:
Teléfono 1:	Teléfono 2:
En seguimiento por equipos de cercanías (UCC, ETAF, etc.): SI NO Cuál?	

Datos nacimiento

Fecha nacimiento:	Vía de parto:
Embarazo controlado: SI NO	
Fecha de alta:	Referido a:

Checklist previo al alta

	SI	NO	Observaciones
Patología durante el embarazo?			Anemia?
Patología durante el parto?			Anemia?
Enfermedades crónicas?			HTA
			Diabetes
			Epilepsia
			Otras
Fármacos?			Cuáles?
Hábitos tóxicos?			Tobaco
			Alcohol
			Drogas
Consulta odontológica puerperio?			
Derivación/interconsultas:			Asist Social
			Salud mental
			Judicialización
Pesquisa de VD?			Si +: referencia?
Consejería anticoncepción?			
DIU postevento			
DIU de intervalo			
Implante colocado			
Implante a colocar			
Minipíldora entregada			
Preservativo			
Vacuna Tos Convulsa			Cuando?: EMBARAZO PUERPERIO
Lugar de control elegido?			Dónde:
Fecha de control asignada?			Fecha:

Otra información a destacar:

Dr. Arayas 1980 / Tel. 27087089 - Fax: 27086934 / direccionmujer.pensabrazos@ase.com.uy

ANEXO 2

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg

[EPDS, por sus siglas en inglés] Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky La Escala de

Depresión de Post-Parto de Edinburg se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburg. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

#### **Instrucciones de uso:**

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

#### **Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.

Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan. Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 1/07 Cuestionario Sobre

Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono:  
 \_\_\_\_\_ Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas  
 Tanto como siempre    No tanto ahora    Mucho menos    No, no he podido
  
2. He mirado el futuro con placer  
 Tanto como siempre    Algo menos de lo que solía hacer    Definitivamente menos    No, nada
  
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien  
 Sí, la mayoría de las veces    Sí, algunas veces    No muy a menudo    No, nunca
  
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo  
 No, para nada    Casi nada    Sí, a veces    Sí, a menudo
  
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno  
 Sí, bastante    Sí, a veces    No, no mucho    No, nada
  
6. Las cosas me oprimen o agobian  
 Sí, la mayor parte de las veces    Sí, a veces    No, casi nunca    No, nada
  
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir  
 Sí, la mayoría de las veces    Sí, a veces    No muy a menudo    No, nada
  
8. Me he sentido triste y desgraciada  
 Sí, casi siempre    Sí, bastante a menudo    No muy a menudo    No, nada
  
9. He sido tan infeliz que he estado llorando  
 Sí, casi siempre    Sí, bastante a menudo    Sólo en ocasiones    No, nunca
  
10. He pensado en hacerme daño a mí misma  
 Sí, bastante a menudo    A veces    Casi nunca    No, nunca

### Anexo 3

” Guía para la atención de la mujer en el proceso del embarazo, parto y puerperio  
 “ MS 2014.

<http://www.sguruquay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-proceso-parto-puerperio.pdf>

## **Anexo 4**

“Guía para la implementación de la atención de la Salud sexual y reproductiva en las Instituciones prestadoras de Salud “ MS 2014.  
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia%20Implementar%20Servicios%20SSYSR%20MSP\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia%20Implementar%20Servicios%20SSYSR%20MSP_1.pdf)

## **Anexo 5**

### **ESPACIOS ADOLESCENTES EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES**

#### **ANTECEDENTES**

La inversión en salud, en crecimiento y desarrollo integral de los y las adolescentes y jóvenes es un derecho reconocido en la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente y en la Convención Iberoamericana de la Juventud; es una condición necesaria para el desarrollo productivo, justo y solidario del país.

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública asumió un rol fundamental en este sentido al crear en el año 2007 el Programa Nacional de Salud de Adolescencia (PNA)<sup>[1]</sup> El mismo trazó las líneas programáticas y acciones necesarias con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población. Desde entonces hubo logros y persisten desafíos en lo que respecta a la atención de salud a las adolescencias desde los servicios de salud.

Entre ellos y uno de los más relevantes, lograr disminuir la brecha existente entre los estándares de calidad propuestos y los alcanzados para implementar servicios integrados y centrados en las personas, en todo el territorio nacional.

Si bien desde el PNA se colaboró en la creación de los “Espacios Adolescentes”, según las recomendaciones de la OMS<sup>[2]</sup> llegando a ser 108 en todo el país, su constitución y desempeño ha sido heterogéneo.

Esto podría explicarse por la escasa normativa que induzca a los prestadores del Sistema Integrado de Salud (SNIS), a contar con servicios de atención que cumplan con los estándares de calidad propuestos

Se debe tener en cuenta también que la descripción de cargos funcionales de los integrantes del equipo de salud, no siempre se adecua a la tarea que necesariamente deben realizar (coordinación, gestión y seguimiento de casos, tareas de promoción y articulación intersectorial), quedando librado al esfuerzo personal de cada integrante del equipo, generar los cambios necesarios en el modelo de atención.

## CONTEXTO ACTUAL

En mayo de 2016 la 69ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó con el apoyo de una mayoría abrumadora, la resolución WHA 69.24[3] sobre "fortalecimiento de servicios integrales de salud centrado en las personas"

Este documento propone la existencia de sólidos servicios de atención primaria para poder atender al conjunto de la población y garantizar un acceso universal a los servicios. Ello pasa por obtener financiación suficiente, dispensar formación adecuada y forjar vínculos con otros servicios y sectores. Este enfoque promueve la coordinación y continuidad en el tiempo de la atención dispensada a personas que sufren problemas de salud complejos, lo que facilita una acción sanitaria intersectorial y a la vez exige equipos interprofesionales para asegurar la prestación a todas las personas de servicios integrales. Priman así modelos asistenciales en clave comunitaria y familiar como fundamento de una praxis centrada en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.[4]

Es necesario también coordinar la atención sanitaria al servicio del individuo. La idea de coordinar la atención no remite a una única actividad, sino más bien a un conjunto de procedimientos que ayuden a mejorar la continuidad asistencial y las vivencias del paciente a su paso por los servicios, especialmente en las fases de transición de un servicio a otro. El principal aspecto que hay que mejorar es la atención dispensada al individuo, con servicios que se coordinen en torno a las necesidades del paciente y su familia. Para ello también se requiere una mejor circulación de la información y una relación de confianza estable y duradera entre el paciente y los proveedores de servicios asistenciales

Es en este marco que los servicios de atención diferenciados para adolescentes cobran fuerza, haciéndose necesario crearlos dónde no existan y fortalecer los Espacios Adolescentes creados en 2007 y que se han debilitado en su integración o funcionamiento. Cabe destacar que no se plantea incremento de recursos para lograrlo, sino una readecuación y reorganización del trabajo con los recursos disponibles.

Es así que estos renovados Espacios Adolescentes formarán parte de la red de atención de las adolescencias y tendrán claramente dos roles: (En anexo se describen las funciones específicas)

- 1) Rol de atención a la salud de las y los adolescentes y jóvenes** basada en la atención en equipo, que logre la visión integrada necesaria, para una mejor respuesta a los principales problemas emergentes como embarazo adolescente, violencia en todos sus tipos, ITS-HIV, siniestralidad, discapacidad, trastornos emocionales, intentos de autoeliminación, consumos problemáticos, entre tantos, así como el acompañamiento a la maternidad y paternidad,
- 2) Rol de gestión y unidad de enlace entre los diferentes niveles de atención**, se debe considerar a los Espacios de Atención de Adolescentes y jóvenes, cómo situados en un nivel de atención **"uno y medio"** dado que se espera que el equipo que en él se desempeña, cumpla funciones de referencia y contrarreferencia, gestión de casos con mejora y seguimiento en la transición de un nivel al otro. Es esperable también que planifique las actividades de promoción y apunte a consolidar espacios de participación adolescente y juvenil, trabajando intersectorialmente con otros operadores en territorio

## **IMPLEMENTACION DE LOS ESPACIOS ADOLESCENTES EN LA INSTITUCION**

### **1. UBICACIÓN**

- 1.1. La población adolescente de Uruguay asciende a 518.243 y se distribuye en los diferentes departamentos, entre un 16 a 20 %. La concentración demográfica varía entre las zonas densamente pobladas y otras con población dispersa. Esta realidad complejiza la decisión de la ubicación de los espacios adolescentes y obliga a integrar la dimensión de territorialidad a las otras dimensiones.
- 1.2. Cada prestador contará con al menos un espacio adolescente por Departamento.
- 1.3. En relación a los niveles de complejidad, estos servicios se ubicarán en el primer nivel de atención pudiendo estar en la sede central, sucursales o sedes secundarias. De acuerdo al diagnóstico de la población adolescente<sup>[5]</sup> se decidirá la centralidad o descentralización de los mismos de forma de facilitar la accesibilidad en base a patrones culturales y a la capacidad de tránsito en el departamento. o alrededores.
- 1.4. Se recomienda ahunar esfuerzos a nivel departamental y local para complementar servicios entre prestadores integrales y no integrales, públicos, privados.

### **2. FUNCIONES DE LOS ESPACIOS ADOLESCENTES**

- 2.1. Articular conjuntamente con la Dirección Técnica de la Institución y el referente del Área Adolescencia en los casos en esté designado.
- 2.2. Conocer la población usuaria adolescente y las variables socio epidemiológicas básicas identificando sus necesidades y problemas de salud.
- 2.3. Atender el proceso salud-enfermedad de los adolescentes (10 años a 19 años 364 días) de la institución en forma integral, habilitando la continuidad de la atención hasta los 24 años cuando lo requiera la situación o el vínculo de las personas con el equipo de salud.



- 2.4. Colaborar con el Dirección Técnica en la planificación, desarrollo y evaluación anual de actividades .
- 2.5. Contribuir en la capacitacion y actualizacion de los técnicos de la institución en el marco de las Buenas Prácticas de Atencion a la adolescencia.
- 2.6. Coordinar las actividades intersectoriales en conjunto con otros actores del territorio.

### **3. RECURSOS HUMANOS**

- 3.1. La institución deberá prever que el equipo de técnicos y profesionales que integran los espacios adolescentes tengan asignada una carga horaria que permita dar cumplimiento a las funciones arriba descritas según su disciplina y responsabilidad en el equipo.
- 3.2. El equipo será multiprofesional contando con las siguientes disciplinas: medicina general y/o familiar y comunitaria y/o pediatría; enfermería (licenciada o auxiliar); ginecología y/o obstetra partera; nutrición; higienista dental y/o odontología; psicología y/o psiquiatría; trabajado social; administrativo.
- 3.3. En el momento de incorporar un profesional a un espacio adolescente, se valorará la sensibilidad, formación y experticia para la tarea.
- 3.4. A efectos de asegurar un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva los profesionales de esta área no podrán ser objetores de conciencia para el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- 3.5. De acuerdo a la realidad cultural y sociodemográfica de la población usuaria se promoverá la incorporación de otros técnicos como médicos deportólogos, educadores sociales, psicopedagogos, endocrinólogos.
- 3.6. Se actualizará anualmente vía email a [saludado@msp.gub.uy](mailto:saludado@msp.gub.uy) , el listado de técnicos de espacio adolescente o cuando hubieran cambios a comunicar.

#### **4. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA del EQUIPO del ESPACIO ADOLESCENTE**

- 4.1. Para facilitar el trabajo en equipo, es recomendable que existe un rol de referente o coordinador del Espacio y que puede ser rotativo cada dos años.
- 4.2. El referente o coordinador será el nexo con la Dirección Técnica Institucional.

#### **5. PLANTA FISICA Y RECURSOS MATERIALES**

- 5.1. Si se va a instalar un espacio se recomienda destinar parte de un ala de la planta física que permita un ambiente común o en un local específico donde se agrupen servicios diferenciados, a días y horas alternos, con tiempos comunes, contemplando la privacidad y confidencialidad que colaboran en la más alta calidad de atención. En ambas opciones se tendrá en cuenta como referencia el decreto 13/07 de habilitación de servicios de salud

- 5.2. Se recomienda la siguiente **infraestructura**:

**Área de recepción:** con condiciones mínimas de privacidad y entrenamiento del personal administrativo a tal fin.

**Sala de espera:** con mobiliario adecuado (mesas, sillas, cartelera, folletería). Las salas de espera de los consultorios pueden equiparse con materiales de apoyo a metodologías para la educación en salud tales como TV, DVD, equipo de música.

**Consultorios:** para la atención individual de los pacientes que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Es deseable contar con espacio suficiente para permitir la participación de familiares o acompañantes y de aquellos adolescentes que concurren en silla de ruedas. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada contando con por lo menos tres consultorios: dos consultorios médicos (uno de ellos adaptado para la atención gineco obstétrica) y el otro psicosocial. La sala de enfermería habilitará la consulta de enfermería dentro de la atención integral a la salud adolescente. **Sala polifuncional:** para el equipo interdisciplinario y las coordinaciones, así como las actividades de educación para la salud.

**Sanitarios:** cercanos, accesibles.

## 6. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

6.1. La institución gestionará el espacio adolescente en el marco de la ley de SNIS y los **PRINCIPIOS RECTORES** entre los cuales destacamos:

- La **promoción de la salud** con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población
- La **intersectorialidad** de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La cobertura universal, la **accesibilidad** y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- La equidad, **continuidad y oportunidad** de las prestaciones.
- La **orientación preventiva**, integral y de contenido humanista.
- La **calidad integral** de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

6.2. En este marco el equipo del espacio adolescente colaborará con la Dirección Técnica en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a la salud de adolescentes para lo cual será necesario:

6.2.1. Realizar un **diagnóstico de la población adolescente** identificando **las necesidades y los problemas de salud** de dicha población.

6.2.2. Tener un **plan** con metas a alcanzar, cumpliendo con las **pautas y directivas** que establece el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud de MSP.

6.2.3. Contar con **normas escritas** y disponibles en los medios de comunicación interna de la institución, en relación a promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las situaciones de salud-enfermedad prevalentes.

6.2.4. Implementar en conjunto con la Dirección Técnica el **registro** interdisciplinario de la consulta y de actividades de atención a la salud (promoción, coordinación, reunión de equipo y otras actividades) de acuerdo a las pautas de MSP.

6.2.5. Participar de la **capacitación específica y continua en adolescencia** al resto de los técnicos de la institución.

6.2.6. Diseñar y coordinar las **actividades de educación para la salud destinado a los/ las adolescentes, sus familias y la comunidad.**

6.2.7. Programar, gerenciar y acompañar **el conjunto de actividades con los sectores institucionales y de los territorios involucrados.**

6.2.8. **Promover y participar en actividades comunitarias** en la zona de influencia.

6.2.9. Promover la **participación de los/las adolescentes** en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud

estimulando la formación de adolescentes como **promotores de salud**

6.2.10. **Atender** la salud y sus determinantes sociales en forma integral

6.2.11. El espacio adolescente colaborará con el área Técnica de Adolescencia en la **articulación de la asistencia en los 3 niveles de atención** implementando una red de atención para facilitar el acceso, la discusión de casos en forma integral, asegurando la continuidad de atención de adolescentes

6.3. Cada institución realizará los flujogramas correspondientes en coordinación entre los integrantes del Espacio Adolescente y con los referentes de las diferentes áreas de emergencia, internación y CTI, salud bucal, ocular, dermatología, salud sexual y reproductiva, salud mental y equipos de violencia, equipos de adicción, para que cumpliendo con las normas de procedimientos ya establecidos por MSP, las y los adolescentes sean atendidos en forma integral. Asimismo se trabajará en diferentes modalidades de coordinación con los equipos básicos en el territorio.

6.4. En aquellas instituciones en que los equipos integran al espacio adolescente cuando abordan situaciones o problemas tales como interrupción voluntaria del embarazo, atención de una situación de violencia o intento de autoeliminación, se recomienda coordinar su atención de manera tal de asegurar la atención integral del adolescente, así como las intervenciones necesarias para la resolución del problema y la prevención de su reiteración.

6.5. Se priorizará el abordaje integrado junto con los equipos referentes de cada temática, de las siguientes problemáticas o condiciones de salud.

- Captación y seguimiento de situaciones de sobrepeso obesidad
- Embarazo
- Maternidad y paternidad en la adolescencia
- Cualquier situación que derive de consumo de alcohol y por consumo problemático de sustancias.
- Intento de autoeliminación.
- Interrupción voluntaria de embarazo
- Formas de maltrato y abuso sexual incluida la explotación sexual comercial

6.6. Se propiciará que toda la población adolescente de los programas de territorio que trabajan con familias o adolescentes con vulnerabilidades tenga contacto por lo menos una vez con el espacio adolescente

6.7. **Se garantizará la red de derivaciones.** En la emergencia y

en las salas de internación existe disponible un sistema de comunicación para referenciar urgencias y o situaciones de riesgo de adolescentes a otros espacios de atención sanitarios o de la comunidad. La derivación a especialistas, centros de mayor complejidad, o cualquier otra prestación por fuera del centro, unidad o consulta, deberá realizarse en forma escrita y con turno asignado.

6.8. **Se organizará un sistema de seguimiento de casos de riesgo (gestión de casos)** que permita el acompañamiento de situaciones de vulnerabilidad.

## 7. CARGA HORARIA ASIGNADA A LOS INTEGRANTES Y AL EQUIPO

- 7.1. Los profesionales integrantes del o los espacios adolescentes trabajaran en **equipo**.
- 7.2. El servicio tendrá asignado tiempo para actividades asistenciales y no asistenciales de acuerdo a lo previsto en la ley 18.211 del SNIS y expuestas up supra. Las tareas descritas serán integradas de acuerdo al perfil y necesidad con cargos u horas asignadas de/los profesionales, en orden a dar cumplimiento a esta ordenanza.
- 7.3. El espacio adolescente estará disponible diariamente.
- 7.4. El servicio integrado por las disciplinas anteriormente citadas atenderá consultas compartiendo espacio físico y tiempo por lo menos 2 veces por semana en 2 turnos diferentes.
- 7.5. Los restantes días de la semana los integrantes del equipo brindarán atención según la carga horaria asignada para cubrir la demanda y o facilitar el acceso del usuario a diferentes técnicos y o servicios.
- 7.6. Los horarios y turnos, se organizarán facilitando la accesibilidad de adolescentes que trabajan y /o estudian promoviendo horarios en dos turnos e incluyendo el vespertino y atención los días sábados
- 7.7. Las actividades no asistenciales comprenden:
  - 7.7.1. Capacitación, promoción de salud, intersectorialidad y participación adolescente y reunión de equipo.
  - 7.7.2. Cada funcionario del equipo contará con 30 % de su carga mensual para estas actividades
  - 7.7.3. De acuerdo a la necesidad y perfil de cada persona estas horas serán distribuidas para cada una de las tareas mencionadas, respetando la disponibilidad de un horario intermedio que habilite la reflexión interdisciplinaria la planificación y evaluación de los procesos de atención, de al menos dos horas de duración, con una frecuencia mensual pudiendo aumentarla en caso de necesidad, y previendo la asistencia de todo el equipo.

## 8. AGENDA y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

- 8.1. A la agenda para los servicios diferenciados adolescentes se tendrá acceso desde la emergencia, piso y las sedes central y secundarias incluidos los médicos de referencia; se usará con criterios de georeferencia y disponibilidad.
- 8.2. Es deseable que este mecanismo se establezca en red y permita el acceso de los técnicos a la agenda desde sus lugares de trabajo.
- 8.3. La agenda se gestionará en función de los problemas priorizados estableciéndose una lista de espera.
- 8.4. Se priorizará y mantendrá un número por semana y por técnico para: Control de salud primera vez; Atención de adolescentes captados por emergencia e internación que según diagnóstico necesiten continuar atendiéndose en el espacio adolescente; Adolescentes atendidos en cualquier nivel de atención que por su complejidad amerite seguimiento en las áreas médicas, de la salud mental o social en forma integrada.
- 8.5. La agenda deberá ser en un 80 % de citas programadas y en un 20 % de cupos para demanda espontánea o consulta del día. De esta manera, se facilita la consulta del día, y se organizan las consultas de seguimiento, así como las de derivación.
- 8.6. El tiempo de la consulta será de 30 minutos primera vez y 20 minutos ulteriores.

[1] Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud

<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/programa-nacional-de-salud-de-adolescencia-y-juventud-2007>

[2] Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. World Health Organization, 2009. [www.who.int/publications/2009/9789241598859\\_eng.pdf](http://www.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf)

[3] [www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/#](http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/#)

[4] El texto íntegro del proyecto de marco y el documento acompañante con la «visión general de las evidencias» se pueden consultar en el sitio web de la OMS <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> (consultado el 4 de abril de 2016).

[5] Numero, geografía, condi socioec, problemas de salud detectados ..... Esta decisión será documentada a partir de elementos demográficos, geográficos, variables epidemiológicas y necesidades detectadas.