

PN-ABN-732  
15N 816886

**THE PROVISION OF TECHNICAL  
ASSISTANCE IN STRATEGIC PLANNING TO  
THE FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF  
URUGUAY**

**MARCH 17-23, 1991**

**Michael Hall**

**FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT**

**Project No.: 936-3055  
Contract No.: DPE-3055-C-00-0051-00  
Task Order No.: TAS-5-UR**

## **Contents**

I.	BACKGROUND . . . . .	3
II.	ADMINISTRATION . . . . .	5
III.	OBJECTIVES . . . . .	5
IV.	INTERVENTION PREPARATION . . . . .	5
V.	INTERVENTION CONTENT . . . . .	6
VI.	CONCLUSIONS . . . . .	8

Attachment A - Initial Steps of Strategic Planning Process Completed Prior to Intervention

Attachment B - List of Management Team Members

## **I. BACKGROUND**

The strategic planning intervention with the Family Planning Association of Uruguay (AUPFIRH) was the first in a series of such activities as identified in the institutional collaborative agreement between Management Sciences for Health's Family Planning Management Development Project (FPMD) and the Western Hemisphere Regional Office of the International Planned Parenthood Federation (IPPF/WHR). The Agency for International Development (AID) funded FPMD project has had considerable experience in utilizing strategic planning as a key element in the management development of family planning programs throughout the developing world. Simultaneously, IPPF-London had launched a strategic planning initiative, "Challenge for the 1990's", that was to introduce the technology in the planning processes of Family Planning Associations throughout the world, including its Western Hemisphere Region. Given the similarity of these initiatives, a series of meetings were held in the Fall of 1990 to identify ways in which the two institutions could collaborate in their strategic planning efforts. The result of those meetings was the development of a list of Family Planning Associations in Latin America to which FPMD would provide technical assistance in strategic planning and an agreement on the cost sharing for those activities.

Another area of agreement in this institutional collaboration was the personnel identified to provide the technical assistance. The Management Sciences for Health (MSH) staff person chosen for the assignment had extensive strategic planning experience with both FPMD and IPPF. In July and August of 1990 he provided strategic planning technical assistance to the first Family Planning Association of the WHR, in Paraguay, chosen to do strategic planning as part of the "Challenges of the 1990's" project. As a follow-up to those interventions, he also led a workshop in August 1990 for the Family Planning Associations of Uruguay and Honduras to prepare them to also undertake a strategic planning process. For both the technical assistance provided to the Family Planning Association of Paraguay and the workshop, the specific strategic planning model developed as part of the "Challenges of the 1990's" project was used.

Because of a number of changes occurring at AUPFIRH, it was identified by IPPF/WHR as being in a unique position to benefit from strategic planning. The long time Executive Director had recently been replaced by a dynamic member of the Board of Directors, Ms. Renee Pietracaprina, daughter of the founder of the Association. Along with the Executive Director, several key Senior Management and Board of Director changes had been made. In addition to and as part of these personnel changes, the Association as an institution was reassessing both its mission and its programs. On a programmatic level, the Association was experiencing a rather stagnant funding picture and was questioning how it could most effectively and efficiently utilize those funds in the Uruguayan family planning context. It was particularly interested in examining its rather expensive service delivery and educational activities in light of future funding and the country context. Cost recovery and local income generation had become increasing priorities for the Association as it looked at its sustainability over the next decade.

Uruguay is a highly literate country (96%) of three million inhabitants with over 45% living in the capital city of Montevideo. While the overall population growth rate is an impressively low .8% and over 75% of couples are familiar with modern contraceptive methods, only approximately 40% actually use them. Accessibility of rural and marginal populations to family planning services appears to be a major factor in a somewhat low rate of actual contraceptive use. Also of concern to the Association is the relatively high use of abortion, which is illegal in Uruguay, as a means to avoid unwanted births and the rising rate of adolescent pregnancy. Over 22% of the births at the largest hospital in Montevideo are to adolescent mothers. But in light of the low overall population density and growth rate, neither the Uruguayan government nor international donors have given much priority to family planning.

In addition to providing contraceptive services through clinics in both Montevideo and several rural communities and with a rural community based distribution program (CBD), AUPFIRH has historically maintained a large and diverse education program. It also provides considerable training, both clinical and educational, to employees of the government and to private groups and individuals. The Association has formed associated professional groups with private physicians, social workers, and teachers that allows them to have a continuing communications and training relationship with AUPFIRH. The Associated Doctors program, for example, has proven to be a particularly successful and cost effective means of reaching rural and margin populations with family planning services.

While AUPFIRH has enjoyed a quality reputation, the change of Executive Directors has been the catalyst for a re-examination of both the purpose and the programs of the Association. The new Executive Director is a dynamic and forceful leader whose long term association with the organization as a member of its Board of Directors gives her a unique prospective. She is also the manager/owner of a successful business and her extensive private sector experience has made her particularly interested in cost effective and efficient programs that promote the long term sustainability of the organization. As a skilled manager, she saw her assumption of the Executive Directorship as an opportunity to explore systematically a growing sense within the Association that business could no longer be "as usual". The static funding picture and the historic use of the Association funds on a very wide range of mostly educational and training activities meant that some prioritized, exclusionary choices needed to be made that ensured more long term financial stability that had a more focused effect.

The participation by AUPFIRH at the strategic planning workshop in August 1990 provided the Association with a specific methodology for examining its purpose and programs in the light of changing conditions and priorities. Participants left the workshop with an understanding of the strategic planning process and a timetable for completing the first steps including a review of the Association's mission statement, an environmental analysis (strengths, weaknesses, opportunities and threats) and the formulation of three or four strategic goals for the next five years. It was agreed that once this work was done, the FPMD consultant would spend a week with the Association to review those steps completed and to help them plan for and organize the remaining steps in the strategic planning process.

## **II. ADMINISTRATION**

The Director for Program Coordination at IPPF/WHR and the Chief of the Latin American Region of FPMD were responsible for coordinating the overall administrative details of the intervention. IPPF/WHR worked with AUPFIRH to identify appropriate dates and to ensure that AUPFIRH had completed the first steps in the strategic planning process, as previously agreed upon, in advance of the visit by the FPMD consultant. Based on this approach, a scope of work for the six day technical assistance intervention was developed that would assist the Association in completing the strategic planning process.

FPMD was responsible for the consultant's fees and for securing permission to travel as per the specific requirements operative during the Gulf War. IPPF/WHR was responsible for the consultant's travel costs and per diem. Particularly helpful in this latter effort were the Cognizant Technical Officer for FPMD in Washington, and USAID staff in Uruguay.

## **III. OBJECTIVES**

Under the supervision of the FPMD Chief, Latin America Division and in collaboration with IPPF/WHR, the consultant was to undertake the following tasks:

1. Prior to departure:
  - a. Familiarize himself with AUPFIRH by studying background documentation including its Three Year Plan and its Work Program Plan and Budget.
  - b. Consult with IPPF/WHR and its Director for Program Coordination.
2. In Uruguay:
  - a. Work with AUPFIRH to analyze the progress made on the strategic planning process to date, including consultations with AUPFIRH staff and Board members.
  - b. Assist in finalizing the strategic goals and projects.
  - c. Make appropriate recommendations as to follow-up activities, additional required resources to implement strategic plan and any changes in the organization's structure or programs.

#### **IV. INTERVENTION PREPARATION**

Under the auspice of IPPF/WHR, the consultant responsible for this intervention had facilitated a workshop on strategic planning in August 1990 attended by AUPFIRH. As a result of that workshop, the Association had been directed to begin the strategic planning process so that technical assistance could be provided on a limited basis at the mid-point of the process in order to maximize its benefits. Several weeks prior to this intervention the FPMD consultant received complete copies of the Association's Three Year Plan and its annual workplan and budget in order to familiarize himself in greater detail with the programs of AUPFIRH. One week prior to departure the consultant received a copy of the work that the Association had done to date as part of the strategic planning process. That information included a revised mission statement, an institutional analysis (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) and five defined and prioritized strategic goals (see Attachment A).

#### **V. INTERVENTION CONTENT**

As AUPFIRH had attended a workshop on strategic planning in August 1990 and had completed the first steps in the process, this one week technical assistance intervention was designed to review work done to date and to plan for and assist with the remaining steps. AUPFIRH had spent considerable time reworking its mission statement. It was used as a focal point for an organization-wide re-examination of its purpose and programs in light of changing external environmental conditions and key administrative personnel. As a result of an extensively reworked mission statement stressing the importance of promoting a healthy and responsible sexuality, AUPFIRH identified the orientation of all its staff in the new mission statement as its highest priority strategic goal. That orientation was to also stress the external funding realities facing the Association and its need to emphasize efficiency and cost recovery to ensure its long term sustainability. The Association ceased most of its regular activities during January 1991 in order to discuss these issues among staff and to complete the orientation.

Working with the whole management team (see Attachment B) during the entire week of the intervention, the following activities were undertaken:

##### March 18

- Reviewed strategic planning philosophy and process with management team.
- Reviewed revised mission and its programmatic implications. Suggested mapping the points, persons and locations where an individual's sexuality is defined; with special emphasis on youth.
- Reviewed the strategic goals. Eliminated the first since it had been completed and combined two and three.

- Located existing projects under their appropriate strategic goal.
- Brainstormed new projects in training, information, and education.

#### March 19

- Interviewed the Association's accountant and several members of the Board of Directors.
- Prioritized strategic goals.
- Changed the fourth strategic goal to "Public Relations" and reprioritized all goals.
- Brainstormed more new projects for remaining strategic goals.

#### March 20

- Sorted out and assigned new (brainstormed) and existing projects for each of the reformulated strategic goals in preparation for further analysis and final selection.
- Identified issues of IPPF reporting format in structuring projects that needed clarification from IPPF/WHR. Spoke with that office to resolve those issues.
- Discussed and developed a plan for a first stage feasibility analysis of a social marketing program for AUPFIRH. Also discussed this concept with IPPF/WHR.
- Went through the same process with a new project for a Youth Center.
- Developed and weighed criteria for evaluating new and existing projects (viability 38%, impact 27%, cost/benefit 20%, possibility of financing 15%).
- Developed a matrix to apply weighed criteria to each project.
- Developed a common format for the description of each project to include: introduction, objective(s), activities, necessary resources, evaluation indicators and income from project.

#### March 21

- Reviewed identified criteria for prioritizing each project with special emphasis on cost/benefit analysis.
- Reviewed the application of the criteria to each project; did a sample application.

- Finalized the format for written description of projects.
- Assigned projects to management team members to prepare written descriptions using the agreed upon format.
- Agreed on process and timetable for circulating drafts of project write-ups and application of weighed criteria for prioritization.
- Discussed need to assign donors to prioritized projects and to identify new or existing ones to be marketed to specific donors. Also identified specific initiatives and projects to be submitted to IPPF-London for "Challenges of the 1990's" special funding.

### March 22

- Reviewed initial drafts of project descriptions and specific sections as they were being written by teams.
- Worked with project development teams to ensure consistency of format and that there were quantitative objectives established for each project.
- Toured AUPFIRH clinic with Medical Director.
- Met with USAID staff to debrief on visit.
- Debriefed with Executive Director of AUPFIRH.

## **VI. CONCLUSIONS**

### Process:

It is clear that the strategic planning process, given the many changes that had recently occurred at AUPFIRH, proved to be a structured methodology to systematically analyze the purpose and programs of the Association.

The timing and success of the process was due in large part to the successful management of it by the Executive Director. She allowed for ample participation by staff, was an active participator herself, but never dominated the process. Given the Association's recent history, she saw the need for a thorough re-examination and had the foresight to utilize the strategic planning process for that purpose. She also gave clear parameters of cost effectiveness and long term sustainability to any discussions of mission or programs.

Attending an initial workshop on strategic planning, starting the process and then receiving technical assistance at the mid-point proved to be most successful. It provided enough guidance for the Association to begin and therefore take ownership of the process. Having grappled with the process and successfully passed through the initial steps, management staff developed a critical awareness as to issues of both content and process.

Methodologies for analyzing new and existing projects in such areas as cost-benefit and cost-effectiveness are weak.

### Mission:

The choice of the Association to rework their mission statement to reflect an emphasis on promoting a healthy and responsible sexuality rather than, as they construed it, a negative approach of limiting family size, was a most unique approach. It opens up a much larger programmatic arena for second generation, non-governmental family planning programs.

There are few models, even in the developed world, that provide guidance as to how specifically such a mission can be realized at the program level. This is especially true if an organization is trying to target limited funds on the most effective and sustainable programs.

The emphasis on the role of the Association as a catalyst in mobilizing other resources and other organizations to take on the predominant service delivery role is most appropriate and somewhat overdue. Once again, there are few models in the developing world that have successfully realized that advocacy role. Converting that advocacy role into successful programs is a major challenge for many programs in advanced developing countries.

### Programs:

Even with a strong determination to make programs cost effective and sustainable, it proved difficult to completely address the Association's historic commitment to a large and diverse education department. This will necessarily have to be an area that is continuously revisited during successive annual operational planning processes.

The identification of Public Relations as a strategic goal is an essential ingredient in the realization of its advocacy role. The challenge will be in targeting selected programs in this area that will have an appreciable effect.

The elimination of the rural community based distribution program, while painful to the Association, is a clear demonstration of the political will to make difficult, exclusionary decisions that conform to a new mission and a changing set of environmental decisions. The concurrent greater emphasis on the Associated Doctors program is more in line with the new direction of AUPFIRH.

Social Marketing, while also more reflective of the new mission, will require a feasibility analysis before a full-blown program is developed. In addition to the standard market research and analysis that are part of such an analysis, questions such as source of contraceptives and the registering of new branches in Uruguay need to be thoroughly explored. Help should be provided by IPPF/WHO and might include study tours to successful programs in the Dominican Republic and/or Columbia.

The concept of a Youth Center appears sound with some potential to impact the considerable problem of adolescent pregnancy in the country. Questions of long term funding and measuring impact should be addressed before such a project is launched. To achieve maximum impact and to be consistent with its mission, the Association should view and structure such a project as an advocacy vehicle for raising the issue of adolescent pregnancy and not as primarily a service delivery project.

Given the changes in personnel and direction in the Association, and a new-found sense of cohesion, AUPFIRH needs to explore ways of housing the entire administrative staff at one location.

The Association needs to look at its projects as independent cost centers and management information systems should reflect that prospective. Cost effectiveness and income and expense, that includes its share of overhead, should be tracked for each program. Donors should be designated for each program and the Association should develop a prioritized list of programs to be submitted to IPPF/WHO and London to take advantage of "Challenges of the 1990's" funds. Such funds could be most useful to ensure the successful implementation of the strategic plan.

**ATTACHMENT A**

**Initial Steps of Strategic Planning Process Completed Prior to Intervention**

# **MISION Y METAS**

## **de la Asociación Uruguaya**

### **de Planificación Familiar**

#### **(A.U.P.F.I.R.H.)**

---

---

## **MISION**

"MOTIVAR A LAS PERSONAS, LAS COMUNIDADES Y EL GOBIERNO PARA PROMOVER UN CAMBIO DE IDEOLOGIA QUE HAGA POSIBLE:

- A) - QUE LAS PERSONAS (HOMBRES Y MUJERES) Y QUE LAS PAREJAS DECIDAN Y EJERZAN LIBREMENTE SU VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA;  
Y
- B) - QUE ESA LIBERTAD SE COMPATIBILICE CON LOS DEBERES Y RESPONSABILIDADES PROPIOS DE LA VIDA EN SOCIEDAD.

---

## METAS ESTRATEGICAS

---

1. Procurar, mediante tareas de capacitación interna, que todas las personas que integran la Asociación se identifiquen profundamente con la misión que la define.
2. Capacitar a los médicos, paramédicos, trabajadores sociales, educadores, líderes comunitarios, etc., para que actúen como agentes de cambio de las actitudes y conductas de la comunidad, hacia un ejercicio libre y responsable de la sexualidad y de la reproducción.
3. Realizar actividades de información y educación sexual y reproductiva e información sobre asistencia anticonceptiva para todos los niveles de la población uruguaya.
4. Motivar a los líderes de opinión, [a través de programas de información y comunicación] sobre la necesidad de incorporar efectivamente componentes de salud sexual y reproductiva a las estrategias de salud general, y a los programas educativos públicos y privados.
5. Brindar pocos pero buenos servicios anticonceptivos y capacitar capacitadores en materia de educación sexual y reproductiva, acordes con los recursos de que se disponga en cada momento y que, más que pretender cubrir las necesidades insatisfechas de la población, procuren servir como modelos de atención personalizada y de pedagogía sexual y reproductiva de alto nivel para los servicios tanto públicos como privados, hacia los que se debería ir intentando derivar los servicios concretos en forma progresiva.

---

---

## MISION DE A.U.P.F.I.R.H.

---

### Explicitación conceptual

---

Cuando se intenta definir la Planificación Familiar, se tropieza con una dificultad inicial, que requiere un análisis previo como forma de posibilitar una cabal comprensión de los postulados ideológicos en los que se fundamenta cualquier programa de planificación familiar, especialmente cuando tal programa es la concreción de la misión y metas de una Asociación de Planificación Familiar.

La denominación "Planificación Familiar" encontró una justificación histórica, en la época pionera de lucha por imponer la anticoncepción como medio legítimo para evitar los riesgos sanitarios y sociales de los embarazos indeseados y los abortos clandestinos. Subsiguientemente, esos beneficios se extendieron a condiciones tales como la reproducción en edades riesgosas, la gran multiparidad, los embarazos en condiciones de enfermedades de las mujeres, etc. En todos estos casos la reproducción constituía un problema al cual se quería dar solución. Se entendía, además, que la familia era el ámbito natural para la reproducción; de ahí que fuera necesario "planificar" para evitar riesgos. El nombre "planificación familiar" surgió entonces como la denominación adecuada para designar un medio con el cual lograr mejor salud familiar, materna e infantil a través de un acto de responsabilidad: la evitación de embarazos indeseados o inconvenientes.

Esta dimensión sanitaria de lo que llamamos "planificación familiar" contribuyó a crear la dificultad antes mencionada al enfocar la cuestión como si se tratara de un asunto médico. En realidad, si se piensa en "planificar la familia" el aspecto central es la familia. Evidentemente esto no es un asunto "médico". Se trata de una cuestión con aristas sociológicas, culturales, jurídicas, éticas, etc., posiblemente también médicas, pero en el sentido sanitario del término y no en el sentido asistencial.

La propia idea de constituir una familia implica planificar, estableciendo algunas reglas que armonicen el accionar de los integrantes del nuevo núcleo familiar a fin de lograr la satisfacción de los objetivos con que cada uno llega a la instancia. Evidentemente esta "planificación" no es la que se tiene en cuenta cuando se dice "planificación familiar".

Al utilizar ese nombre se está pensando en un aspecto particular de la interacción "familiar": el reproductivo.

Es usual decir que la planificación familiar, es el recurso para evitar tener embarazos (o hijos) cuando no se desea tenerlos o cuando existen razones médicas, sociales, etc., que hacen inconvenientes tenerlos. Sin embargo, también éste es un razonamiento falso. Para no tener un embarazo alcanzaría con no tener relaciones sexuales. Si realmente la cuestión fuera "planificar la reproducción" lo más adecuado sería tener relaciones sexuales solamente en los momentos más oportunos del ciclo menstrual de la mujer y abstenerse de relaciones durante años (tantos cuanto se quisiera espaciar los nacimientos) o definitivamente (una vez alcanzado el número deseado de hijos). Este razonamiento, casi absurdo, permite entender que no es la dinámica familiar ni la reproductiva, lo que se planifica, sino que la dimensión en juego es la sexualidad.

En verdad la razón para el uso de anticonceptivos, es el deseo de tener relaciones sexuales; es la opción por no desatender a la poderosa pulsión sexual, una función tan natural como la reproducción pero mucho más acuciante. Quizás debería hablarse de "planificación sexual". Si así se hiciera sería mucho más fácil entender porqué la "planificación familiar" sigue levantando resistencias: en realidad es la sexualidad la que las levanta.

---

La sexualidad es parte indisoluble de la condición de seres humanos. Como tal, es necesario una sexualidad sana, equilibrada, no problemática, para tener salud integral.

La Organización Mundial de la Salud, al definir "salud", admite que es un "estado de bienestar". El normal desarrollo de todas las funciones y potencialidades vitales es el que posibilita ese bienestar. Algunas funciones proporcionan una forma muy particular de bienestar: placer. La sexualidad es la función en la cual el placer se vuelve capital. Sin embargo, el placer es una dimensión que por múltiples razones los seres humanos manejamos muy mal. El placer sexual se asocia demasiado frecuentemente a la idea de "pecado", o a sentimientos de culpa, de vergüenza, y a temores y dudas tan importantes como para llegar a perturbar el normal ejercicio de la sexualidad.

Esto resulta particularmente cierto para el caso de la mujer. Si bien es verdad que el anatema contra la sexualidad es genérico, el peso del mismo recayó históricamente sobre las mujeres con un rigor enormemente mayor que sobre los hombres. La tolerancia con la que se ha juzgado la práctica sexual de los hombres contrasta marcadamente con la violenta severidad ejercida para señalar, juzgar y castigar la misma práctica en el caso de las mujeres. Este hecho ha sido el determinante de la existencia práctica de una doble norma sexual (el postulado de una misma regla ética, se transforma en la práctica en permisividad para el hombre y represión para la mujer).

La función sexual, biológicamente va unida a la función reproductiva. Esa dimensión reproductiva de la función sexual ha sido, durante siglos, una especie de validación de la sexualidad fundamentándose en una tradición ético-religiosa. La sexualidad ha sido entonces, subordinada a la reproducción. Esta última resultó santificada, mientras que la sexualidad fue condenada o tolerada a regañadientes.

Pero como el mayor peso de la función reproductiva (biológicamente) recae sobre la mujer, ello exageró las consecuencias prácticas de la doble norma, permitiendo establecer dos categorías de mujeres: las "buenas", que ejercitaban la sexualidad con finalidad reproductiva (y, por supuesto, dentro del matrimonio), y las "malas", que ejercitaban la sexualidad con finalidad no procreativa.

Sin embargo, en la práctica, los seres humanos han procurado siempre satisfacer el poderosísimo impulso sexual, aunque muy pocas veces queriendo que ello se acompañe de la posibilidad de un embarazo. Precisamente esta disociación de las dos funciones justifica la permanente búsqueda y desarrollo de anticonceptivos eficaces e inocuos.

Cuando los seres humanos desean tener relaciones sexuales, pero no desean tener hijos, recurren a anticonceptivos. Es necesario insistir en que la motivación esencial es la sexualidad, y no la reproducción. Es porque se desea tener relaciones sexuales sin consecuencias que se utilizan los anticonceptivos. Esta forma de entender la cuestión es diametralmente opuesta a la tradicional en la cual se sostenía que la razón para utilizar anticonceptivos era el evitar embarazos.

Cuando se enfoca así la cuestión, resulta claro, cuán inadecuada resulta la denominación "planificación familiar". Más inadecuada todavía en esta época, en la cual una enorme proporción de la actividad sexual se da fuera del contexto familiar o matrimonial, en parejas no estables, transitorias u ocasionales.

Las últimas décadas han visto modificarse algunos criterios tradicionales, con aceptación conceptual de la legitimidad de la sexualidad y hasta con admisión de su independencia funcional de la procreación. Pero estos cambios han sido, hasta el presente, sólo una formulación verbal para la mayor parte de las personas. Ello no se ha acompañado de cambios de actitudes que indiquen que verdaderamente la sexualidad ha pasado a ocupar un lugar positivo en la vida de los

---

seres humanos. Esto tiene clarísimas connotaciones en la vida cotidiana, determinando que reiteradamente se vean conflictos y consecuencias negativas originadas en la incapacidad práctica de admitir la legitimidad de la vida sexual y la pertinencia de independizarla de la procreación.

Esto mismo explica porqué el concepto de "planificación familiar" ha sido tan ampliamente aceptado en las últimas épocas, y sin embargo la anticoncepción (que es la instancia práctica para implementar la planificación familiar) despierta todavía tantas resistencias conscientes (críticas y ataques exagerados e infundados) e inconscientes (problemas emocionales o psicológicos desproporcionados e injustificados en personas que practican anticoncepción, con atribución de causalidad a los anticonceptivos). De igual manera, explica la llamada "brecha" entre conocimiento de métodos anticonceptivos y utilización de los mismos (porcentajes muy altos de personas que conocen la existencia de los anticonceptivos, y porcentajes comparativamente muy bajos de personas que los utilizan, especialmente en las poblaciones donde sería dable esperar mayores beneficios).

Esta contradicción entre la aceptación intelectual, por un lado, y las reservas y los rechazos prácticos, por otro, no pueden explicarse, si previamente no se entiende que el problema es ideológico. Vale decir: determinados sistemas de ideas y sistemas de valores (a los cuales en sentido amplio denominamos ideologías), condicionan las actitudes y las conductas de la gente. Todo intento de modificar las conductas debe tener en cuenta este hecho. Sólo si se logra cambiar la ideología subyacente, será posible obtener cambios de actitudes, y a través de esto, cambio de conductas.

De ahí que muchos programas de Planificación Familiar hayan fracasado, al cometer el error de pretender lograr metas y tareas concretas de planificación familiar sin antes haber conseguido que la gente haya aceptado ideológicamente el sentido positivo y valioso de la anticoncepción.

Y ese cambio ideológico, se inscribe en otro: la aceptación del sentido positivo y valioso de la sexualidad.

AUPFIRH entiende que su tarea primaria es la de promover y posibilitar el cambio ideológico que supone aceptar como una meta auténticamente positiva el libre y pleno ejercicio de la vida sexual y reproductiva. AUPFIRH suscribe sin reservas la definición de la O.M.S. de que *"la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor"*.

Más aún, AUPFIRH entiende que no alcanza con explicitar genéricamente lo que es "salud sexual", sino que además debe precisarse que esa concepción comprende por igual a hombres y mujeres. Durante tantos siglos se ha negado a las mujeres sus derechos sexuales, que ahora resulta imperioso particularizarlo para que no queden dudas de que se reconocen sus derechos y se está dispuesto a aceptarlos incondicionalmente.

En función de lo antedicho, AUPFIRH define su misión de la siguiente manera:

**MOTIVAR A LAS PERSONAS, LAS COMUNIDADES Y AL GOBIERNO PARA PROMOVER UN CAMBIO DE IDEOLOGIA QUE HAGA POSIBLE:**

a) QUE LAS PERSONAS (HOMBRES Y MUJERES) Y LAS PAREJAS DECIDAN Y EJERZAN LIBREMENTE SU VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA; y

b) QUE ESA LIBERTAD SE COMPATIBILICE CON LOS DEBERES Y RESPONSABILIDADES PROPIOS DE LA VIDA EN SOCIEDAD.

La misión de AUPFIRH se centra en promover el cambio ideológico, que antes se señaló como imprescindible. La motivación para promover ese cambio se dirige

---

al nivel gubernamental y comunitario (especialmente a los líderes, formadores de opinión, y autoridades capaces de desarrollar y ejecutar programas extensivos), pero también se dirige al nivel individual (a las personas, cuyas actitudes y conductas sexuales y reproductivas positivas y sanas, serán la manifestación más cabal de una nueva ideología, también positiva y sana).

De ahí que el literal a) de la misión enfatice la capacidad de los individuos y las parejas para decidir y ejercer libremente su vida sexual y reproductiva. AUPFIRH entiende que debe superarse la meta "negativa" de entender la planificación familiar como simple evitación de los embarazos o como simple anticoncepción, y que debe sustituirse por la meta "positiva" de aceptar a los métodos anticonceptivos como los instrumentos para hacer efectivo y cierto el derecho de hombres y mujeres a una vida sexual sana y plena. En tal sentido, los anticonceptivos son un instrumento para posibilitar el derecho a la libertad en la vida sexual.

Pero a la vez, AUPFIRH entiende que no puede haber auténtica libertad sin su forzosa contrapartida de responsabilidad personal (por las consecuencias que los actos de cada persona puedan tener para sí mismo y para su pareja) y social (por la carga que la sexualidad irreflexiva e irresponsable signifique para la comunidad de la cual se es parte). De ahí que el literal b) de la misión enfatice la compatibilización de la libertad sexual y reproductiva individual, con los deberes y responsabilidades propios de la vida en sociedad.

---

---

---

## LA ESTRUCTURA DE METAS

---

---

Una vez bien definida y bien explicitada la misión de la Asociación, se impone establecer claramente los parámetros que se tendrán que tener en cuenta para poder llevarla a cabo. Todos sabemos que es cierto aquello de que "el camino del infierno está empedrado de buenas intenciones".

El peligro de todas las "misiones" es que se queden en meras "declaraciones de intención", en meras formulaciones verbales, más o menos retóricas, pero sin consecuencias prácticas concretas.

Es justamente para evitar esa posible esterilidad y para asegurarnos que las intenciones se cumplan para lo que se ha ideado lo que, en Planificación Estratégica, se llama "estructura de metas".

*Las metas serán, pues, las formas concretas en que la misión será cumplida.* En consecuencia, el primer requisito que tendrán que llenar las metas que nos proponemos es el de ser suficientemente *realistas*, es decir, el de tener en cuenta la realidad y la factibilidad de su cumplimiento en las condiciones concretas en que habrán de actualizarse.

En efecto: cuando las condiciones hagan viables las metas, nuestra tarea será ponerlas de inmediato en ejecución. Cuando las condiciones no estén cumplidas, nuestra tarea será ir creando las condiciones favorables para que las metas se puedan actualizar efectivamente en un futuro lo más próximo posible.

Las metas que hayamos elegido como prioritarias se concretarán, a su vez, a través de *programas*, que serán concebidos en términos básicamente operacionales.

Las metas y los programas se ordenarán jerárquicamente según su importancia, estableciendo un claro orden de prioridad entre los mismos.

La redefinición y la explicitación de la misión de AUPFIRH se ha permitido la formulación de *cinco metas principales*, que se han ordenado de acuerdo a la prioridad que representan respecto del cumplimiento de la misión de la Asociación. Estas cinco metas son las siguientes:

**META N° 1** - *"Procurar, mediante tareas de capacitación interna, que todas las personas que integran la Asociación se identifiquen profundamente con la misión que la define."*

Partimos de la premisa obvia, pero quizá por obvia permanentemente desatendida, de que "la unión hace la fuerza". Todos sabemos que cada dedo de la mano por sí mismo y aislado de los otros puede hacer muy pocas cosas o, simplemente, no puede hacer nada. Y todos sabemos, también, que los cinco dedos sinérgicamente relacionados pueden hacer todo o casi todo.

Esto mismo pasa con los sectores o con las personas que integran una institución. Cada uno por separado se vuelve impotente o casi impotente. Unidos o unidas en un equipo bien estructurado se potencian hasta el extremo de poder hacerlo todo o casi todo.

En efecto: el poder de una institución está en relación directa con su "espíritu de cuerpo"; sobre todo cuando la misión que se propone llevar adelante es una misión de servicio.

Por otra parte, y complementariamente, nadie puede resultar convincente si no empieza por estar él mismo convencido y por poder compartir esta convicción corporativamente. Lo que más debilita e incluso esteriliza el quehacer de una institución son sus contradicciones, sus reservas y sus incongruencias internas.

---

Ahora bien: este "espíritu de cuerpo" y esta unidad ideológica se traducen, cuando se logran alcanzar, en resultados prácticos que cabe medir en base a parámetros bien definidos:

- 1) - Eficacia, es decir, capacidad de alcanzar las metas y los objetivos propuestos;
- 2) - Eficiencia, es decir, capacidad de alcanzarlos en el menor tiempo y con la mayor economía posible de recursos humanos y financieros; y
- 3) - Efectividad, es decir, capacidad de lograr que las actividades desarrolladas generen, por sí mismas, motivaciones suficientes como para que los destinatarios de las mismas se conviertan en sus promotores y multiplicadores voluntarios.

Lo importante resulta comprender que esta identificación profunda con la misión de la Asociación no debe limitarse a hacerse efectiva en el voluntariado que integra su Consejo Directivo y en el staff que tiene a su cargo la ejecución de los programas, sino que debe alcanzar a todos los miembros de su personal, tanto profesional, como técnico, administrativo o de servicio. Porque, como ya lo hemos repetido en distintas oportunidades, "todos los programas terminan teniendo el significado y el alcance que les confieren las personas que los ejecutan."

**META Nº 2** - "Capacitar a los médicos, para-médicos, trabajadores sociales, educadores, líderes comunitarios, etc., para que actúen como agentes de cambio de las actitudes y conductas de la comunidad, hacia un ejercicio libre y responsable de la sexualidad y de la reproducción."

Uno de los aspectos más importantes de la nueva concepción de lo que deben ser las Asociaciones de Planificación Familiar (APF) y, en particular, de lo que debe ser AUPFIRH, radica en la convicción de que su misión fundamental no es la de prestar servicios, sino la de capacitar a otros para que los presten.

Y esto por varias razones muy concretas y muy decisivas:

- 1) Es pragmáticamente imposible que la Asociación, con su dimensión y con sus limitados recursos personales y financieros, pueda pretender cubrir satisfactoriamente las necesidades en anticoncepción y en educación sexual y reproductiva de la población uruguaya.
- 2) La Asociación puede, en cambio, cumplir una función efectiva y seguramente insustituible en la promoción de los cambios ideológicos imprescindibles de quienes sí pueden ser protagonistas ciertos de la prestación de servicios asistenciales y educativos a nivel de toda la comunidad (Trabajadores de la salud y de la educación, docentes, líderes comunitarios, etc.).
- 3) Para esta tarea de promoción y posibilitación de este cambio ideológico la Asociación está inmejorablemente preparada por lo que la misma debería constituirse en su aporte fundamental en el área de la salud sexual y reproductiva. Esta tarea se concreta prácticamente a través de un trabajo sistemático de capacitación, aprendizaje, adiestramiento, entrenamiento y consejería.
- 4) Los servicios asistenciales y educativos a la comunidad que la Asociación seguirá prestando directamente se limitarán a funcionar como "modelos" y "ensayos pilotos", cuyo principal rol será el de mostrar la factibilidad de realizar en nuestro medio, asistencia de alta calidad de atención y educación seria y profundamente formativa. Este significado de la prestación de servicios lo desarrollaremos más prolijamente al analizar la meta.
- 5) Dado que ni los aparatos nacionales de salud ni los de educación han integrado a sus programas ni la planificación familiar ni la educación sexual, instituciones como la nuestra se pueden sentir tentadas de pretender cubrir ese vacío. Sin embargo, una realista auto-conciencia de nuestros propios límites debe evitar

---

el idealismo de querer hacerlo todo. En ese sentido debemos cuidarnos de no caer en la megalomanía de las buenas intenciones.

Por el contrario, debemos ser capaces de cultivar lo que cabría llamar "la limitación fecunda", dedicándonos concienzudamente a hacer bien aquello que podemos hacer y no empecinándonos en querer hacer de cualquier manera aquello que desborda nuestras posibilidades prácticas.

Nuestra tarea prioritaria será, pues, la de *capacitar capacitadores* y la de *capacitar ejecutores* que se encarguen de multiplicar las acciones de modo de poder satisfacer efectivamente las necesidades de la población en materia de anti-concepción y de educación sexual y reproductiva.

**META N° 3** - *Realizar actividades de información y educación sexual y reproductiva e información sobre asistencia anticonceptiva para todos los niveles de la población uruguaya.*"

Esta meta se refiere, básicamente, a la continuación, sistematización y mejoramiento del trabajo del Departamento de Información y Educación, trabajo que se viene realizando desde hace 15 años con indudable éxito.

Abarca los más diversos destinatarios, hoy más preocupados y más demandantes que nunca de esta clase de información y de educación ante la agudización de los problemas que plantean la sexualidad juvenil, el embarazo precoz, la emergencia y extensión del SIDA y la proliferación de crisis matrimoniales y de pareja por motivos de desajustes y disfunciones sexuales.

También se refiere a la información y la orientación brindadas a través de los medios de comunicación masiva (diarios, semanarios, radio y televisión) y a la difusión de materiales bibliográficos didácticos y accesibles que se publican por la Asociación.

Se trata, pues, de que, a través del cumplimiento de esta meta, se logre consolidar el lugar de privilegio que la Asociación ha ganado como principal órgano de la información, la educación y la orientación en materia sexual y anticonceptiva en el país y como institución de referencia obligada de los centros de educación pública y privada, de los grupos de padres y docentes, de las entidades sociales, deportivas y culturales, de las minorías étnicas y de los grupos religiosos que procuran asesoramiento en salud sexual y reproductiva.

Es importante hacer referencia, a este respecto, a la concepción radicalmente alternativa que caracteriza la orientación que la Asociación da a su trabajo de educación sexual y anticonceptiva y que, sin dudas, la singulariza con relación a otras Asociaciones u otras instituciones afines de la Región.

La educación sexual y el uso de anticonceptivos que propiciamos son decididamente liberadores, cuestionadores de los seculares prejuicios, mitos y tabúes que han alienado la vida sexual de la gente y polémicamente reivindicadores del derecho a la información sexual y al placer sexual, en los mismos términos en que lo hace la Organización Mundial de la Salud en sus estrategias para una salud sexual al servicio de la salud personal, familiar y social.

Esto supone, consecuentemente, cuestionar la tradicional orientación estrechamente "familiarista" de la clásica Planificación Familiar y postularla, con un criterio mucho más amplio, como principal defensora de los derechos sexuales y reproductivos de la persona humana.

Es en este contexto, que el encuadre de la Asociación se instala polémicamente en el centro de la problemática vinculada a la condición de la mujer, a su discriminación como "segundo sexo" por razones exclusivamente de género, a la educación de niñas y varones para roles contrapuestos y jerárquicamente no

---

equivalentes y a la organización patriarcalista de la familia y de la sociedad, defendiendo posiciones radicalmente alternativas.

Y es este encuadre el que explica que se procure, a través del cumplimiento de esta meta, lograr la sistematización de la lucha por mejorar la condición de la mujer, optimizando el apoyo a la prensa escrita, radial y televisiva y a los grupos organizados de mujeres que trabajan en nuestro medio y que ya nos tienen como sus asesores naturales.

Esta meta se afirma en la necesidad, hoy enfatizada claramente por los programas de la llamada "atención primaria en salud", de que la comunidad despierte a la conciencia de que tiene que asumir un papel protagónico en la protección de su salud sexual y reproductiva. Es decir: esta meta cuestiona la actitud puramente "asistencialista" de los gobiernos y de las instituciones, que convierte a la gente en destinataria pasiva de los servicios, y propicia, por el contrario, la idea de que se debe "ayudar a la gente a que se ayude".

Para lograr este objetivo es evidente que hace falta informar y educar a la comunidad para que pueda comprender la naturaleza de los problemas a que está enfrentada, los derechos que la asisten y las propias responsabilidades en la tarea de encontrar soluciones y de ponerlas en ejecución.

La labor será, pues, la de seguir actuando pioneramente, como lo han hecho tradicionalmente las APF, motivando, promoviendo y liderando; mostrando "qué se puede hacer" y "cómo se puede hacer", pero sólo "haciendo" como testimonio y como incentivo para que otros hagan.

De este modo quizá se pueda terminar con la comodidad, pero también con la frustración, de esperar que las autoridades o las instituciones les den a las comunidades todos los servicios "hechos", y se promueve la imprescindible "auto-gestión" y "co-gestión" de la propia comunidad en la solución de sus problemas. Un ejemplo más de aquella gran verdad que nos dice que importa más enseñar a pescar que dar el pescado.

**META N° 4** - *Motivar a los líderes de opinión, a través de programas de información y comunicación, sobre la necesidad de incorporar efectivamente componentes de salud sexual y reproductiva a las estrategias de salud general y a los programas educativos públicos y privados.*

Mediante el cumplimiento de esta meta se procurará influir positivamente en la opinión pública a través de los "formadores de opinión".

Se trata de una tarea reservada principalmente a un equipo selecto de voluntarios asesorados por especialistas en el marco de las relaciones públicas y con el respaldo técnico del staff de la Asociación.

La motivación de los líderes de opinión y su adhesión a la ideología que defiende la Asociación en materia de derechos sexuales y reproductivos como derechos inalienables de la persona humana se considera el camino a la larga más efectivo (aunque quizá el más lento y el más salpicado de obstáculos) para alcanzar el cambio de ideología pública (personas, comunidades, gobiernos) que constituyen la misión básica de la Asociación.

También se entiende que el gran respaldo para que este trabajo de motivación y de búsqueda de la adhesión de los líderes de opinión pueda resultar exitoso lo constituyen, fundamentalmente, la eficacia, la eficiencia y la efectividad de lo realizado por la Asociación en la implementación concreta de las tres metas anteriores que, por eso mismo, se consideran prioritarias.

Es decir, también en este terreno, la Asociación tiene que reconocer, humildemente, sus propias limitaciones e intentar convencer a los líderes de opinión

---

para que se conviertan en sus aliados. Las posibilidades de las APF en esta materia son también obviamente restringidas, tanto en su capacidad de llegar a incidir en la opinión como en la más modesta aspiración a hacerse simplemente oír.

Hoy todos sabemos que los medios de comunicación han adquirido un poder extraordinario, pero, también, que el control de los mismos está en manos de los líderes políticos, sociales, religiosos o meramente económicos y financieros. Sin el apoyo de esos liderazgos es prácticamente imposible que la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos sea escuchada y se pueda alcanzar efectivamente.

Ellos tendrán que ser, pues, los destinatarios directos de nuestro influjo pedagógico, para que se puedan convertir en los mediadores a través de los cuales la opinión pública vaya tomando conciencia de sus derechos y de sus responsabilidades en relación a su salud sexual y reproductiva y reclame y procure respuestas efectivas para los problemas a que se enfrenta.

**META N° 5** - *"Brindar pocos pero buenos servicios anticonceptivos y capacitar capacitadores en materia de educación sexual y reproductiva, acordes con la disponibilidad de recursos de que se disponga en cada momento y que, más que pretender cubrir las necesidades insatisfechas de la población, procuren servir como modelos de atención personalizada y de pedagogía sexual de alto nivel para los servicios tanto públicos como privados, hacia los que se debería ir intentando derivar los servicios concretos en forma progresiva."*

La aspiración bien intencionada de abarcar cada vez más servicios para cubrir las necesidades de un mayor número de usuarias, así como las necesidades cada vez más imperiosas en materia de educación sexual y asesoramiento reproductivo, se nos ha mostrado como claramente contraproducente. La ampliación indefinida de los servicios, motivada por las exigencias puramente cuantitativas de una mayor cobertura, se ha demostrado como una concepción equivocada que termina, irremediablemente, en un deterioro ostensible de la calidad de atención y en una burocratización creciente del aparato institucional. Aparte de que, dadas nuestras limitaciones intrínsecas, se convierte en una meta ilusoria e ilusionante, carente de todo sentido en la realidad.

La capacitación de multiplicadores de la acción anticonceptiva y educacional y la promoción de la formación de centros de derivación, así como el logro de que las instituciones de salud y de educación también acepten que se capacite a sus cuadros, nos permitirá ir delegando en ellos las tareas prácticas respectivas de modo tal que se logre ampliar significativamente y, de ser posible, universalizar la prestación de los servicios.

# PLANIFICACION ESTRÁTEGICA



ASOCIACION URUGUAYA DE PLANIFICACION FAMILIAR  
E INVESTIGACIONES SOBRE REPRODUCCION HUMANA

HOSPITAL PEREIRA ROSSEL: Br Artigas 1550- Tel. 78 53 28 Montevideo- Uruguay  
Dir. Telefónica: AUPFIR  
Dir. Postal Casilla de Correos: 10634; Distrito :

ANALISIS DE VARIABLES DEL AMBIENTE EXTERNO

IMPACTO ECONOMICO EXTERNO.

- Inflación.- Resulta normalmente superior a las estimaciones del equipo económico del gobierno y a las expectativas de los agentes financieros, por lo cual se hace dificultoso confeccionar, con cierto grado de exactitud, los presupuestos de la Asociación. Por otra parte, en los últimos años, se comprueba estadísticamente que el comportamiento de la inflación supera a la variación de la tasa de cambio del dólar y en consecuencia los costos internos suben en una proporción mayor que el dólar. Amenaza grado 3.
- Tasas de Interés Pasivas.- Las tasas pasivas en moneda nacional han aumentado considerablemente para atraer a los inversores, no ha sucedido lo mismo con las tasas en dólares que en los últimos meses han resultado negativas frente a las otras. Amenaza grado 1.
- Producto Interno Bruto.- El PIB es bajo, lo cual dificulta la obtención de recursos locales. Amenaza grado 3.
- Presión Impositiva.- La Asociación está por el momento exenta de impuestos nacionales y de aportes patronales al BPS. Oportunidad grado 3.

- Política Monetaria.- No nos favorece pues mantiene sobrevaluado el N\$ frente al dólar, lo que significa que la suba en la cotización del dólar no cubre totalmente a la suba de precios por la inflación. Amenaza grado 2.

- Disponibilidad de Recursos Monetarios.- De acuerdo a la política monetaria aplicada actualmente por el gobierno, los recursos disponibles son reducidos y el nivel de la economía bastante recesiva. Amenaza grado 2.

- Número y Distribución de Competidores.- La única competencia es el sector comercial, cuyos precios son caros para el común de la gente cuyos ingresos son bajos. Oportunidad grado 3.

- Diferencia de Servicios de la Competencia.- No existe competencia. Oportunidad grado 3.

### IMPACTO DEL AMBITO POLITICO-LEGAL.

- Convenio y Relaciones Internacionales.- Existe importante apoyo de los sectores externos correspondientes, con el mejoramiento de las relaciones internacionales a nivel de gobierno. Oportunidad grado 2.
- Transferencia Internacional de Fondos.- No existen trabas legales. Oportunidad grado 3.
- Legislación Laboral.- En gran parte se cumple con los convenios internacionales, existiendo algunas dificultades de aplicación. Oportunidad grado 1.
- Partidos Políticos.- El triunfo del Partido Nacional supuso un tono más tradicionalista en relación con las políticas familiares. Sin embargo, no cabe prever incidencia importante en relación con la P.F. y se está dando una apertura y reconocimiento de que hay que integrar la Educación Sexual a los distintos niveles de la enseñanza. Oportunidad grado 1.
- Gobierno.- Mantiene su prescindencia y su no compromiso formal y explícito con la P.F.. Sin embargo no obstaculiza su realización informal, aún dentro del ámbito oficial y de hecho reconoce y acepta la gestión de la Asociación. Oportunidad grado 2.
- Legislación sanitaria.- No integra expresamente la P.F. a los programas de salud de la mujer y a los programas materno infantiles. Sin embargo, no se opone a ella a nivel privado y, habilita incluso márgenes amplios de integración informal con los propios servicios oficiales (ejemplo: funcionamiento de la Clínica Central en el Hospital Pereira Rossell. Oportunidad grado 2.

### IMPACTO DE LA TECNOLOGIA.

- Disponibilidad de Tecnología.- La tecnología de que disponemos es fundamentalmente del exterior y por lo tanto no nos llega siempre con la prontitud que desearíamos. Amenaza grado 2.
- Acceso a Tecnología.- En general se accede con dificultad a la tecnología moderna. Amenaza grado 2.
- Tecnología Sustitutiva.- La tecnología se va sustituyendo y modernizando aunque en forma lenta por causa de las limitaciones económicas y de mercado. Amenaza grado 1.
- Tecnología Especializada.- Existen dificultades en acceder a nuevas tecnologías. Amenaza grado 2.

27

### IMPACTO SOCIO-CULTURAL.

- Estilo de vida.- Las características socio-culturales nos convierten en el país sudamericano, de mayor afinidad con los países europeos industrializados. Oportunidad grado 2.
- Nivel de Educación de la población.- El nivel educativo nacional, es ejemplar para Sudamérica, situándose en un 96% el índice de alfabetización. Oportunidad grado 3.
- Diversidad de ocupación de la población.- El índice de desocupación a nivel nacional es del 9%. Debemos diferenciar la ocupación que predomina en el interior del país, que es eminentemente agropecuaria. En capitales predomina la ocupación estatal que alcanza el 34%. Oportunidad grado 1.
- Rol de la Mujer.- Somos pioneros en los trabajos de "condición de la mujer". Oportunidad grado 2.
- Porcentaje Población alto/medio/bajo. (Nivel económico).- Predominantemente ha prevalecido en el país la clase media; en los últimos años se nota un proceso de deterioro de dicha mayoría, aumentando el porcentaje de las clases pobres. Oportunidad grado 1.

**AMBITO DEMOGRAFICO.**

- Crecimiento de la población.- Lento 0,6%. Uno de los más bajos de América Latina que es 1,9% anual acumulativo. Genera una constante demanda de Planificación Familiar. Oportunidad grado 2.
- Distribución por edad.- Población envejecida, dificulta los cambios de valores y actitudes, lo que es una amenaza para promover la modernización de nuestra sociedad. Amenaza grado 1.
- Densidad de población.- Es baja en su conjunto, pero alta en los sectores de pobreza. Amenaza grado 2.
- Distribución geográfica.- Sumamente urbanizada, lo que constituye una oportunidad para la provisión de servicios. Oportunidad grado 2.
- Estructura familiar. Responde en su mayoría, al tipo de familia nuclear salvo en los medios bajos, donde predomina la familia no estructurada con gran cantidad de hijos. Amenaza grado 2.
- Tasa de natalidad.- Es baja medida en su totalidad pero con valores superiores al promedio en las zonas marginales. Amenaza grado 2.
- Tasa de mortalidad general.- Es baja. Se está tratando de bajar la tasa de mortalidad materna e infantil, lo que constituye una oportunidad para justificar programas de Planificación Familiar como un componente de la atención de la salud, sobre todo en los barrios de bajo poder adquisitivo. Amenaza grado 2.

ASOCIACION URUGUAYA DE PLANIFICACION FAMILIAR E

INVESTIGACIONES SOBRE REPRODUCCION HUMANA

PERFIL DEL ANALISIS EXTERNO

DIMENSIONES	FACTORES	Amenazas			Oport.		
		3	2	1	1	2	3
Económico	Inflación	■					
	Tasas de interés pasivas			■			
	Producto interno bruto	■					
	Presión impositiva						■
	Política monetaria		■				
	Disponibilidad de recursos monetarios						
	N° y distribución de competidores						■
Político-Legal	Diferencia de serv.de la competencia						
	Convenios y relaciones internacionales					■	
	Transferencia internacional de fondos						■
	Legislación laboral				■		
	Partidos políticos					■	
Tecnología	Gobierno					■	
	Legislación sanitaria						
	Disponibilidad de tecnología		■				
	Acceso a tecnología			■			
Socio-Cultural	Tecnología sustitutiva		■				
	Tecnología especializada						
	Estilo de vida					■	
	Nivel de educación de la población						■
	Diversidad ocupacional de la población				■		
Ambito Demográfico	Rol de la mujer				■		
	% de Pobl. A/M/B nivel económico					■	
	Crecimiento de la población						■
	Distribución por edad						
	Densidad de la población		■				
	Distribución geográfica						■
	Estructura familiar		■				
Tasa de natalidad							
Tasa de mortalidad general							



ASOCIACION URUGUAYA DE PLANIFICACION FAMILIAR  
E INVESTIGACION SOBRE REPRODUCCION HUMANA  
(A. U. P. F. I. R. H.)

HOSPITAL PEREIRA ROSSELL DE CLINICAS Y CONSULTORIOS SUPLENTE PEREIRA ROSSELL (MONTAVideo)  
DIRECCION: Pte. El Castillo de Corrientes, 10641 DEL E. - CODIGO TELEFONICO: 1190 - FAX: 1190

ANALISIS DE VARIABLES INTERNAS

FACTORES FISICOS.

- Localización, Oficinas y Consultorios.- Las oficinas, consultorio y depósito de suministros no están localizados en un mismo lugar. Esto constituye una deficiencia en cuanto al funcionamiento de la Asociación pues provoca constantes traslados, no sólo de personal sino también de documentación.

El que una de las Sedes esté localizada en el Hospital Pereira Rossell, tiene la ventaja de estar al alcance de las usuarias que concurren a dicho hospital; además, nos exime del pago de alquiler, electricidad y agua. Sin embargo, desde el punto de vista institucional ésto nos perjudica, pues no se nos identifica como una institución privada, sino como pertenecientes al MSP y se considera los servicios que prestamos como propios del Hospital Pereira Rossell. Debilidad grado 1.

- Instalaciones.- Las instalaciones tanto de la clínica como de las oficinas, son buenas. Fortaleza grado 2.

- Inventario - Equipamiento.- Poseemos un equipamiento bueno y por lo general no se tienen problemas con el abastecimiento de suministros. Fortaleza Grado 2.

- Tecnología Utilizada.- La tecnología utilizada tanto en las clínicas como en la Administración, es buena y a muy corto plazo se verá mejorada pues contaremos con 3 computado

ras sistemas TECAPRO, lo cual nos colocará en inmejorables condiciones para mantener la información al día. Fortaleza grado 1.

- Red de Distribución de Servicios.- En Capital e Interior, se desarrolla un sistema de servicios integral de P.F., que opera a través de consultorios médico-social en coordinación con trabajo de campo, se implementaron nuevas políticas de acción y se ha reestructurado totalmente el funcionamiento anterior. Fortaleza grado 1.

### FACTORES ADMINISTRATIVOS.

- Estructura Organizacional.- La Asociación está culminando un proceso de grandes cambios en su estructura organizacional. La política participativa adoptada permite una comunicación directa y fluida tanto con la Dirección Ejecutiva como entre los Directores de Departamentos y ha conseguido que todos ellos se sientan plenamente identificados con la nueva misión. Fortaleza grado 2.
- Distribución de Funciones.- La distribución de funciones no era la mas adecuada ni eficaz, por lo tanto se llevan a cabo trabajos de reestructuración de cometidos y funciones de diversas áreas. Debilidad grado 2.
- Procedimientos y Métodos.- Se está trabajando en la implementación de un Manual de Procedimientos. Debilidad grado 2.
- Contabilidad.- La contabilidad ha experimentado una gran mejoría, pero aún tiene sus deficiencias que serán superadas a muy corto plazo con la incorporación de sistema TECAPRD en diversas áreas. Debilidad grado 1.
- Administración del Personal.- La administración del personal tiene políticas definidas y la distribución no concuerda con las nuevas metas, debiéndose incorporar personal calificado en algunos sectores, para el mejor logro de los objetivos de la Asociación. Debilidad grado 1.
- Capacitación del Personal.- Es muy poco lo que se ha hecho en este sentido; prácticamente todo el personal realiza tareas específicas. Se está trabajando en un proyecto general de capacitación interna. Debilidad grado 2.

- Centralización/descentralización.- Con la transformación de la política centralista de la Administración se ha comenzado a transitar por un camino de trabajo en equipo que permite el intercambio de ideas y de información . Fortaleza grado 3.

- Cultura Organizacional.- La cultura organizacional es pobre y se carece de experiencia; debe ser mejorada para poder llevar adelante un coordinado trabajo de equipo entre todos los Departamentos. Debilidad grado 1.

**FACTORES-CONSEJO DIRECTIVO.**

- Funciones.- Debidamente definidas por Estatuto (Art. 23). Fortaleza grado 2.
- Procedimientos.- El Consejo Directivo está correctamente informado de la marcha de la Institución mediante: Citaciones de Empleados, Actas de Reuniones, Presentación de informes de Comisiones, y comunicación permanente con el Director Ejecutivo. Fortaleza grado 2.
- Frecuencia.- Se realizan en forma ordinaria, reuniones mensuales y anualmente se realiza Asamblea General. Fortaleza grado 3.
- Asuntos sometidos a consideración.- Todos los asuntos de la institución a través de la información necesaria. Actúa directamente en casos especiales. Fortaleza grado 2.
- Sistema de Información / Comunicación.- Se utilizan diversos mecanismos: informes, memorandums, proyectos, correspondencia externa, etc. Fortaleza grado 3.
- Asistencia.- Un promedio del 50% de los Miembros a las reuniones. Debilidad grado 1.
- Control de Resoluciones.- Se efectúan semestralmente. Fortaleza grado 2.
- Miembros.- El número de integrantes de 7 titulares e igual número de suplentes, se considera apropiado para el país. Fortaleza grado 2.

35

**COMISIONES COLABORADORAS.**

- Funciones.- Debidamente reglamentadas en el Acta 119 del Consejo Directivo. Fortaleza grado 1.
- Procedimientos.- No existe una clara definición de los cometidos de la Comisión del Interior. Se trabaja para su regularización. Debilidad grado 2.
- Asistencia.- No supera la asistencia al 60% de sus integrantes a las reuniones, dificultando la coordinación. Debilidad grado 1.
- Sistema de Información / Comunicación.- Se recibe la documentación específica, la comisión envía informes de propuestas y resoluciones a los interesados. Fortaleza grado 2.
- Control de Resoluciones.- No sigue una rutina establecida, obteniéndose resultados variados en sus aplicaciones según los casos. Debilidad grado 2.

### DIRECTOR EJECUTIVO.

- Funciones, deberes y facultades.- La actual Dirección Ejecutiva ha sido, sin lugar a dudas, la principal promotora de los profundos cambios que está experimentando la filosofía y la estructura organizacional de la Asociación. La definición precisa de las funciones, deberes y obligaciones de la misma, así como de sus facultades, son parte decisiva de este proceso de renovación.

Es importante destacar que son rasgos muy característicos de la nueva Dirección, que el staff respalda unánime y entusiastamente, su capacidad de liderazgo, su asertividad y su carisma personal. Los riesgos que a veces se anotan como implicados en estas características, están, en este caso, ampliamente neutralizados por su espíritu participativo, su flexibilidad y su vocación para compartir las decisiones importantes. Fortaleza grado 3.

- Sistema de información/comunicación.- Aparte de las instancias formales, que se cumplen satisfactoriamente, se alienta un sistema de comunicación no formal fluido y flexible que favorece el "esprit de corp" con el que se está trabajando en la nueva administración.

Las relaciones de información/comunicación de la Directora Ejecutiva con el personal son bidireccionales y se cumplen tanto desde y hacia el Consejo Directivo como desde y hacia el staff y el resto del personal de la Institución. Fortaleza 2.

- Contenido de la información.- La nueva orientación de la Institución alienta decididamente que la información y la comunicación sean directas, frontales y transparentes, alcanzando a todos los involucrados, en la mayor medida posi

ble, sin perjuicio de salvaguardar la confiabilidad en aquellas circunstancias en que la misma resulte necesaria y oportuna. Fortaleza grado 2.

- Control de las decisiones.- La tónica participativa de la nueva Dirección a que aludíamos se está sistematizando en procedimientos regulares, lo que asegura el máximo de garantías y de control crítico de las decisiones. Fortaleza grado 2.

**DIRECTORES DEPARTAMENTALES.**

- Funciones, deberes y facultades.- Se está en un proceso dialéctico y muy creativo de re-definirlos con total precisión y en concordancia con la redefinición de la Misión y de las Metas de la Asociación. Se fomenta decididamente el trabajo en equipo como contraposición a la tradición de compartimentación estanca de los Departamentos. Fortaleza grado 2.

- Sistema de información y comunicación.- La comunicación y el flujo de información entre los Directores de los Departamentos es fluida y se promueve activamente.

Se lucha contra la dificultad de la falta de un banco de datos informativo confiable. Debilidad grado 2.

- Flujo de la información.- Aunque aún no se logra la optimización de la información, se están haciendo esfuerzos para su logro, ya sea a nivel horizontal como vertical. Debilidad grado 2.

- Control de decisiones.- Es un punto en vías de solución. Debilidad grado 1.

## SISTEMA DE EVALUACION.

- Disponibilidad de datos e información.- La información tiende a ser suficiente y de buena calidad, proyectándose encuestas, estadísticas y cuadros comparativos.

La confiabilidad de los datos históricos, es uno de los puntos a resolverse. Debilidad grado 2.

- Análisis de la información.- Se planifican reuniones de coordinación entre los diferentes sectores.

Se cuenta con equipos de computación aptos para el análisis de la información.

Se está trabajando en el área como punto básico para el desarrollo de los programas. Debilidad grado 2.

- Impacto sobre toma de decisiones.- La información, no está aún en el tiempo necesario para la toma de decisiones inmediatas, sí como base para la formulación de estrategias. Debilidad grado 2.

- Seguimiento de la evaluación.- Se carece de planes de seguimiento mecanizados de los programas, la evaluación se realiza periódicamente y se le están efectuando los ajustes necesarios. Debilidad grado 1.

## RECURSOS HUMANOS.

- Cantidad.- La reorganización estructural de la Asociación está procurando la reducción del personal, asegurándose menos pero mejores "cuadros". Se está logrando que todo el personal tenga dedicación total o casi total, lo que reduce su número y aumenta su efectividad. El nuevo énfasis en la educación y la capacitación enfrenta la dificultad de no contar con suficiente personal bien entrenado. Será necesario incorporar personal ya formado mediante una exigente selección e ir formando, rápida pero seriamente, un mayor plantel de capacitadores. Debilidad grado 1.

- Calidad.- En el correr de 1990, se ha saneado profundamente la calidad del personal en todos los niveles. Podemos considerar casi culminado ese proceso e iniciado el de capacitación interna con un plantel homogéneo y fuertemente identificado con la nueva misión de la Asociación.

Queda una importante y no fácil tarea a realizar con el personal médico y paramédico del Interior, que actúan como profesionales asociados a AUPF:RH pero que no son funcionarios de la Institución. Sin embargo, ya se ha iniciado el diseño de una nueva estrategia al respecto, orientada a exigir y a lograr una mayor identificación de los mismos con la ideología de la Asociación.

Queda, también, por diseñar y desarrollar las estrategias para la formación de educadores y capacitadores que rea

licen su tarea en el Interior de la República y la de aumentar el número y la calidad de los que trabajan o pueden trabajar como multiplicadores en la Capital. Debilidad grado 1.

- Adaptabilidad para cambios.- Se ha ido depurando el plantel de personal, desprendiéndose la Asociación, en forma progresiva, de los que aparecían como totalmente refractarios al cambio. Los aires de renovación y la disponibilidad para seguir cambiando se han instalado como parte del clima que impera en la Asociación. Se espera que el trabajo de capacitación interna permita consolidar los cambios en un ambiente de confianza, entusiasmo y solidaridad. Fortaleza grado 2.

- Compromiso e identificación.- Se considera culminado el proceso de compromiso e identificación ideológica a nivel del Consejo Directivo y del staff. Está bastante adelantado con los cuadros intermedios y constituye la meta prioritaria de la Asociación extenderlos a todo el personal. Fortaleza grado 3.

- Distribución.- Se reconoce que el proceso de adecuación a las nuevas metas resulta imprescindible, pero también que debe realizarse sin precipitaciones, evitando actuar atropelladamente. La distribución más equilibrada llevará su tiempo y será parte importante de la tarea que enfrenta la Asociación para el próximo trienio. Debilidad grado 1.

- Motivación del personal.- El personal se encuentra altamente motivado e integrado a las metas de la Asociación.

Se trabaja en equipo y se llevan a cabo reuniones periódicas con la Dirección Ejecutiva y todos los sectores funcionales. Fortaleza grado 3.

40

### RECURSOS FINANCIEROS.

- Ingresos Internacionales.- La perspectiva es que estos no tiendan a ser cada vez más limitados y tiendan a ser considerados más prioritarios en la región y en nuestro país. Debilidad grado 2.
- Ingresos Locales.- Los ingresos locales han aumentado pero están muy lejos de cubrir una mínima parte del presupuesto. Debilidad grado 3.
- Oportunidad.- Los cambios experimentados así como la voluntad demostrada de mejorar el sistema funcional ha menorado la posición de la Asociación para obtener recursos internacionales. Fortaleza grado 2.
- Costos.- Los costos siempre han sido cubiertos de acuerdo a nuestro presupuesto aprobado. Fortaleza grado 1.
- Desarrollo de Recursos Locales.- Es muy dificultosa la obtención de recursos locales. Debido a diversos factores sociales. Debilidad grado 3.
- Plazos.- El flujo de dinero del exterior no siempre llega en las fechas establecidas. Debilidad grado 1.

44

**GESTION GERENCIAL.**

- Capitalización.- La Asociación sólo se capitaliza con la compra de vehículos , inmuebles, o por la donación de equipos, no existe una política en ese sentido. Debilidad grado 1.
- Ahorro.- La política de la IPPF no nos permite hacer ahorros dado que los presupuestos deben de ser cumplidos sin arrojar superavits.
- Deudas.- No existen deudas salvo las de corto plazo generadas por el funcionamiento normal de la Asociación. Fortaleza grado 2.
- Pérdidas.- No existen pérdidas. Todos los bienes y suministros se hayan cubiertos por seguros actualizados. Fortaleza grado 1.
- Cumplimiento Presupuestario.- El presupuesto de gastos siempre se ha cumplido. Fortaleza grado 3.
- Nivel de Suficiencia.- Se está tratando de que algunos servicios clínicos logren su autosuficiencia pero estamos lejos de conseguirlo en el mediano plazo. Debilidad grado 3.
- Conocimiento de la demanda de servicios.- No se poseen datos suficientes como para emitir una opinión certera sobre la situación actual. Se realiza en base a informes trimestrales. Debilidad grado 3.
- Crecimiento de Usuarías.- Basándonos en datos actualizados, podemos decir que el crecimiento de usuarias ha aumentado significativamente, en el Centro Prof. Hermógenes Alvarez, perteneciente al Programa de Médicos Asociados y el de la Clínica Modelo del Hospital Pereira Rossell. Se carece aún

de información general altamente confiable. Debilidad grado 2.

- Deserción de Usuarías.- No se poseen datos certeros sobre la realidad actual. Debilidad grado 3.
- Detección de Nuevos Servicios.- La priorización de los programas de educación y capacitación, demuestra que se está en condiciones de detectar la eficacia de los servicios existentes e implementar nuevos. Fortaleza Grado 2.
- Atención de Usuarías.- Ha mejorado la calidad de atención con la apertura de la nueva Clínica Central y el sistema de Médicos Asociados. Fortaleza Grado 2.
- Rápidez.- No se busca rapidez sino brindar un servicio personalizado y de buena calidad. Fortaleza grado 3.
- Flexibilidad.- La Asociación no es una institución rígida sino que se adapta a las nuevas problemáticas y es capaz de cambiar cuantas veces lo considere necesario para cumplir sus metas y ser coherente con su misión. Fortaleza grado 2.
- Creatividad/Innovación.- Como resultado de los cambios experimentados en su staff superior, la Asociación ha dejado atrás la política de estancamiento que la dominaba, pasando a ejercer un verdadero liderazgo en creatividad e innovación. Fortaleza grado 3.

**PRESENCIA EN LA COMUNIDAD.**

- Relacionamiento con otros organismos.- Buen relacionamiento con el Sector Público, Comisiones de los Derechos de la Mujer, con la Facultad de Medicina, etc. Fortaleza grado 3.
- Relación con Líderes Comunitarios.- A nivel del trabajo comunitario, existe una buena relación con los líderes comunitarios pero la misma debe ser mejorada. Fortaleza grado 1.
- Transferencia de experiencia.- Se cuenta con una rica experiencia. AUPFIRH es la única organización del país que tiene un programa fuerte de Planificación Familiar. Transferir sus experiencias a otras instituciones es prioridad de la nueva estrategia funcional. Fortaleza 2.
- Participación de la comunidad.- La participación activa de la comunidad ha sido hasta ahora sólo relativa. Actualmente se está impulsando su activa participación. Fortaleza grado 1.-

ASOCIACION URUGUAYA DE PLANIFICACION FAMILIAR F  
 INVESTIGACIONES SOBRE REPRODUCCION HUMANA

PERFIL DEL ANALISIS INTERNO

DIMENSIONES	FACTORES	Fortales			
		3	2	1	0
Físicos	Localización. Oficinas y Consultorios Instalaciones Inventario Tecnología utilizada Red de distribución de servicios				
Administrativos	Estructura organizacional Distribución de funciones Procedimientos y métodos Contabilidad Administración del personal Capacitación del personal Centralización/descentralización Cultura organizacional				
Consejo Directivo	Funciones Procedimientos Frecuencia Asuntos sometidos a consideración Sistema de Información / Comunicación Asistencia Control de resoluciones Miembros				
Comisiones Colaborad.	Funciones Procedimientos Asistencia Sistema de Información / Comunicación Control de Resoluciones				
Director Ejecutivo	Funciones, deberes y facultades Sistema de información / comunicación Contenido de la información Control de las decisiones				

48

DIMENSIONES	FACTORES	Fortalecedores			Débiles	
		3	2	1	1	2
Directores Deptales.	Funciones, deberes y facultades Sistema de información y comunicación Flujo de la información Control de decisiones					
Sistema de Evaluación	Disponibilidad de datos de información Análisis de la información Impacto sobre toma de decisiones Seguimiento de la evaluación					
Recursos Humanos	Cantidad Calidad Adaptabilidad para cambios Compromiso e identificación Distribución Motivación del personal					
Recursos Financieros	Ingresos internacionales Ingresos locales Oportunidad Costos Desarrollo de recursos locales Plazos					
Gestión Gerencial	Capitalización Ahorro Deudas Pérdidas Cumplimiento presupuestario Nivel de suficiencia Conocimiento de la demanda de servicios Crecimiento de usuarias Deserción de usuarias Detección de nuevos servicios Atención de usuarias Rápidez Flexibilidad Creatividad/Innovación					
Presencia en la Comunidad	Relacionamiento con otros organismos Relación con líderes comunitarios Transferencia de experiencia Participación de la comunidad					

## **ATTACHMENT B**

### **Members of the Management Team**

Ms. Renee Pietracaprina - Executive Director

Dr. Enrique Pons - Medical Director

Mr. Arnaldo Gomensoro - Director of Education and Information

Mr. Horacio Alfaro - Director of Evaluation

Dr. Margarita Serra - Director of Clinical Services

Ms. Susana Garcia Conde - Director of Administration

Mr. Juan Carlos Alvarez - Coordinator of Programs of the Interior

Dr. Ricardo Testorelli - Coordinator of Community Programs

Ms. Magdalena Gerona - Coordinator of Community Programs

Mr. Luis Cristar - Administrative Technical Assistant

SC