

Título: “Por servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes: un estudio cualitativo”.

Institución: Centro de Estudios de Estado y Sociedad - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Autora: Lic. Mercedes Colomar.

e-mail: mercedescolomar@gmail.com

Director de Tesis: Dr. Carlos Güida

e-mail: cdguida@gmail.com

Fecha de presentación: 27 de Octubre, 2011

Índice

Agradecimientos	4
Resumen.....	5
1. Marco teórico	6
1.1 Introducción	6
1.2 Adolescencia.....	8
1.3 Sexualidad	12
1.4 Género.....	15
1.5 Maternidad y paternidad adolescente.....	18
1.6 Servicios de salud diferenciados	23
2. Justificación.....	31
3. Objetivos.....	35
3.1 Meta	35
3.2 Objetivo general.....	35
3.3 Objetivos específicos.....	35
4. Metodología	37
4.1 Población del Estudio	37
4.2 Instituciones participantes	37
4.3 Tamaño de la muestra y técnicas de muestreo	38
4.4 Métodos de recolección de datos.....	39
5. Resultados	40
5.1 Características de los servicios disponibles.....	40
5.2 Abordaje de la sexualidad y anticoncepción	53
5.3 Abordaje de las enfermedades de transmisión sexual	59
5.4 Embarazo, parto y puerperio en la adolescencia	63
5.4.1 <i>La percepción de los adolescentes</i>	63
5.4.2 <i>La percepción de los profesionales</i>	65

5.4.3	<i>Captación y controles</i>	66
5.4.4	<i>Educación y preparación para el parto</i>	70
5.4.5	<i>Acompañamiento durante el embarazo y parto</i>	71
5.4.6	<i>Puerperio</i>	74
5.4.7	<i>Lactancia en madres adolescentes</i>	77
5.5	Evaluación de la conformidad del embarazo	77
5.6	Confidencialidad de la consulta	86
5.7	Los varones y la salud sexual y reproductiva	89
6.	Discusión y Recomendaciones	93
6.1	Características de los servicios para adolescentes.....	93
6.2	Abordaje de los temas de Sexualidad y Anticoncepción.....	96
6.3	Abordaje de las enfermedades de transmisión sexual	97
6.4	Embarazo, parto y puerperio	98
6.5	Evaluación de la conformidad del embarazo	99
6.6	Confidencialidad en la consulta	100
6.7	El varón y la Salud Sexual y Reproductiva	101
7.	Bibliografía.....	102

Agradecimientos

Como autora de este trabajo agradezco a quienes participaron y colaboraron con su tiempo, compromiso, aportes y sugerencias.

- A los y las participantes del estudio, adolescentes usuarios/as y profesionales de la salud.
- A Alicia Alemán, Valentina Perrota, María Jose Scaniello y Giselle Tomasso por su trabajo en el estudio.
- A Carlos Güida por su generosidad, sugerencias y aliento como director de esta tesis.
- Al Fondo de Población de Naciones Unidas y al Ministerio de Salud Pública de Uruguay que lo hicieron posible.

Resumen

La Salud Sexual y Reproductiva se define como “*un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias*” (Stampar, 1946).

Sobre las acciones hacia adolescentes, ha sido dilemático y conflictivo el trato en relación a la vivencia de la sexualidad y a los aspectos referidos a las decisiones de esta población. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de Naciones Unidas aborda las necesidades de la población adolescente, y recomienda la implementación de servicios específicos resaltando el derecho de los y las adolescentes “*a la intimidad, confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta y respetuosa de los valores culturales y las creencias religiosas*” (CIPD, 1994).

En marzo de 2005, se crea en Uruguay el Programa Nacional de Salud Adolescente, con el objetivo de construir una política nacional de salud integral para la adolescencia, basada en principios de universalidad, equidad, accesibilidad, territorialidad y respeto por la diversidad. En el marco de estas acciones, se crean luego los “espacios adolescentes” los cuales se presentan como un espacio diferencial de atención y promoción de la salud con especial énfasis en el enfoque de derecho y género.

Este estudio pretende evaluar el funcionamiento de una selección de espacios diferenciales destinados a adolescentes con el fin de contribuir a su desarrollo, expansión y fortalecimiento.

1. Marco teórico

1.1 Introducción

La palabra “adolescencia” deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez.

La preocupación científica por los problemas de la adolescencia, como periodo distintivo de desarrollo humano, se inició con la obra de Stanley Hall (1904) en los comienzos del siglo XX, quien tomó el concepto darwiniano de la evolución biológica y lo elaboró como una teoría psicológica de la recapitulación. Esta teoría proponía que el desarrollo y sus concomitancias de conducta se producen de acuerdo con pautas inevitables y universales, e independientes del ambiente socio-cultural. Para Hall, la adolescencia es “Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el/la joven se encuentra dividido/a entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de Rousseau) en la que el/la joven adquiere los caracteres humanos más elevados” (Delval, 1998:545).

En Uruguay, desde la década de los 90 existieron actividades programáticas en el Ministerio de Salud Pública (MSP) vinculadas a la salud en la adolescencia, impulsada por organismos del Sistema de Naciones Unidas (OPS, PNUD, UNFPA, UNICEF, BID). Se destacan avances en varios planos: creación de redes de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP), de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y de municipios, normatización ministerial, capacitación de profesionales en todo el país, y articulación con ONGs, entre otros.

En Noviembre de 1990, el Parlamento de la República Oriental del Uruguay ratifica la firma de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada por la

Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989 en la ciudad de Nueva York, y en el año 2004 se aprueba el nuevo código de infancia y adolescencia.

En marzo de 2005, la administración en el Ministerio de Salud Pública impulsó la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente, con el objetivo de construir una política nacional de salud integral para la adolescencia, basada en principios de universalidad, equidad, accesibilidad, territorialidad y respeto por la diversidad.

Así se generó un conjunto de acciones y estrategias para involucrar a los y las adolescentes y fomentar hábitos saludables, contemplando el acceso a la escolaridad y a los espacios culturales, recreativos y deportivos. Uno de los objetivos específicos de este Programa fue construir los Servicios de Atención Integral de Salud que acompañen el proceso de crecimiento y desarrollo de los y las adolescentes, impulsando la promoción, prevención y atención de salud, que incluya la participación de los y las protagonistas.

En el marco de estas acciones, desde 2006 en todo el país, se han creado los “espacios adolescentes” en la red de primer nivel de atención de acuerdo a las guías normativas del Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP), los cuales se presentan como un espacio diferencial de atención y promoción de la salud, dotado para la asistencia integral a adolescentes varones y mujeres. Esto implica capacidades técnicas para brindar servicios de calidad para este grupo etario, con especial énfasis en el enfoque de derecho y género, apostando a la participación activa de las y los adolescentes.

Este estudio busca contribuir al desarrollo, expansión y fortalecimiento de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

1.2 Adolescencia

En tanto etapa de la vida, la adolescencia es una invención sociocultural moderna y occidental que José Pedro Barrán ubica en Uruguay a fines del 1800 (1999). En el marco de esta construcción no hay acuerdo sobre la edad de comienzo y finalización.

La Organización Mundial de la Salud en 1979, respondiendo a la *“necesidad de definir grupos de edad que permitan identificar los requisitos propios de toda investigación epidemiológica o de la programación de los servicios sociales y de salud”*, la define como el período que transcurre entre los 10 y 19 años y que se divide en: adolescencia primera o temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. Considerando la perspectiva de Stanley Hall (1904) de extensión de la adolescencia, valdría la pena agregar: la juventud, como la etapa comprendida entre los 18 y 21 años; y la edad adulta joven desde los 21 a los 24.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad, sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

En la actualidad, las teorías y concepciones sobre la adolescencia son diversas: las teorías de las crisis, las teorías del “tránsito” de una etapa a otra, la validación de la adolescencia como una etapa en sí misma, etc. Lewin (1946) fue uno de los precursores que incluía la idea de que la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo. Esta teoría es seguida y desarrollada por Roger Barker (1953), quien propone que el adolescente se encuentra en movimiento hacia el estatus social, la madurez física, la fuerza y el control motor del adulto. Se encuentra en una posición intermedia entre el adulto y el niño, es un periodo transitorio de cambios fisiológicos, endocrinos, y de surgimiento de nuevas situaciones psicológicas.

Para Erikson (1968), la adolescencia *“no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento”*. La tarea más importante del/a adolescente, según este autor, es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles. La difusión de la identidad puede llevar al aislamiento del/a joven, su incapacidad para planear el futuro, a una escasa concentración en el estudio, o a la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

Pero no todos los autores están de acuerdo en cuestión de vocabulario. De manera indistinta se emplean los términos: “pubertad”, “adolescencia” y “juventud”. Según Debesee (1962), cuando hablamos de “pubertad” pensamos sobre todo en la vertiente orgánica de la adolescencia y en particular en la aparición y consolidación de la función sexual. Para este autor, la juventud constituiría el aspecto social de la adolescencia, definiéndose por oposición a la generación que ha llegado a la plena madurez, es el momento del desarrollo en el que el ser, en posesión de todos sus medios, empuja con ímpetu entusiasta a todos sus predecesores para hacerse un lugar dentro de la sociedad. El define a la “adolescencia” como un concepto más amplio y general, significando corrientemente el conjunto de las transformaciones corporales y psicológicas que se producen entre la infancia y la edad adulta.

Por otro lado, Landis, (1952) emplea la palabra “juventud” para describir el último período de la adolescencia, mientras que Gesell (1956) utiliza este término para el lapso comprendido entre los diez y dieciséis años.

Sobre lo que no hay diferencias, tal como plantea Lutte (1988), es que en la adolescencia como en todas las demás fases de la vida, se produce una evolución que introduce diferencias, siendo los problemas que se plantean al comienzo de esta fase, diferentes de los que hay que resolver para acceder a la edad adulta.

Tal como señala Bordieu (2000), los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes: *“la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos”*. Como una concepción más compleja e integral, el concepto de adolescencia, en una perspectiva conceptual y aplicada, también incluye otras dimensiones de carácter cultural, posibles de evolucionar de acuerdo a los mismos cambios que experimentan las sociedades en cuanto a sus visiones sobre este conjunto social. Siguiendo esta idea, se han realizados abordajes sobre las nociones de adolescencia y juventud en las que surgía como necesidad el pluralizar, hablar y concebir diferentes “adolescencias” y “juventudes” en un sentido amplio de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre adolescentes y jóvenes. Esto cobra vigencia y sentido, al concebir las categorías de adolescencia y juventud como una construcción socio-histórica, cultural y relacional en las sociedades contemporáneas, que se constituyen en categorías fruto de construcciones y significaciones sociales en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanente cambio y resignificaciones.

Cómo es la juventud en una sociedad no puede definirse independientemente de cómo se configura la adultez en esa misma sociedad. En torno a cada una de estas edades “sociales” se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas, e instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar las desviaciones a las mismas. En el caso de los y las jóvenes estas instituciones suelen estar controladas por los adultos. Las identidades se producen en el marco de relaciones sociales y están cargadas de significaciones socioculturales: el género, las categorías de edad, la nacionalidad y la etnicidad, etc., se construyen, asumen o imponen en el marco de relaciones de poder, definiciones dominantes o hegemónicas sobre la manera adecuada de ‘ser’ y ‘actuar’

fijadas en estereotipos internalizados que contribuyen a cristalizar y reproducir las jerarquías sociales. A estos procesos de fijación de identidades y posiciones sociales contribuyen diversas instituciones: la escuela, el sistema penal, los sistemas médico-curativos –sean tradicionales o biomédicos–, etc. (Parsons, 1966; Freidson, 1978; Conrad, 1982; Menéndez, 1990; Conrad y Schneider, 1992; Goffman, 1992; Fabrega y Miller, 1995; Foucault, 1995 y 1996; Finn, 2001). Pero el proceso de definición de las identidades es, a su vez, un espacio de resistencia y confrontación, y las instituciones sociales contribuyen también a normalizar y reprimir aquello que ha sido definido como “desviaciones” por quienes detentan el poder. Dado que las condiciones materiales, las estructuras sociales y las relaciones de poder se modifican a lo largo del tiempo, estas identidades –ipso-identidades–, que son función de las primeras, también van cambiando.

El final de la adolescencia, está menos claramente marcado, puede considerarse como el llegar al cuerpo adulto, pero no existen fenómenos fisiológicos objetivos que puedan utilizarse para fijar su terminación. Son útiles en este respecto ciertos hechos sociales observables, tales como la independencia económica, o el trabajo. Pero estos hechos, no indican necesariamente independencia y madurez psicológica, y en segundo lugar, no hay acuerdo acerca de su importancia relativa.

Finalmente, la significación psicológica y sociológica, de estos fenómenos dependen y difieren según el ambiente socio-cultural: los criterios para fijar en qué momento se ha alcanzado la edad adulta, independencia, y autodeterminación, dependen de la definición que cada medio social dé a cada uno de esos términos. Es así como mientras para una sociedad primitiva, el periodo de la adolescencia puede ser muy breve y tocar fin con los rituales de iniciación después de los cuales el individuo obtiene el status de adulto; en las sociedades modernas, tal como expresó Stanley Hall en 1904, la adolescencia se extendería hasta los 24 o 25 años. Pero hablar del

final de la adolescencia en términos de edad es posible sólo si se hace referencia al ambiente socio-cultural.

A la par de las intensas transformaciones que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, participan de ese concepto elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro. Es a partir de las representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia, por tanto, que se definen las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos a las personas en esa franja etaria y el modo como tales derechos deben ser protegidos (Ação Educativa et al., 2002:7). A este respecto, Stanley Hall se refiere a “la construcción psicológica de la adolescencia”, donde la lucha entre la naturaleza del instinto y la cultura de la civilización es lo que caracteriza la turbulencia del adolescente. (Martín Criado, 1998:21-39)

1.3 Sexualidad

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: *"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales"* (OMS, 2006)

La sexualidad abarca y comprende el sexo pero lo trasciende. Presenta una dimensión personal a través de la cual el individuo se reconoce como varón o mujer. Tiene una

dimensión interpersonal que se manifiesta a través de la comunicación, esto es, con la manera que el individuo se relaciona con las demás personas.

El Consejo Directivo Central (CODICEN) de la Administración Nacional Educación Pública Uruguaya, en su acta de creación de la comisión de educación sexual definió a la sexualidad como "...una dimensión constitutiva de los seres humanos, integradora de la personalidad y en estrecha conexión con la vida afectiva, emocional y familiar de las personas que se proyecta y expresa en las relaciones sociales y en los diversos vínculos que establecen los integrantes de la sociedad en un momento histórico, económico, social y cultural determinado" (Acta No 35, Res. No 4 CODICEN, 2006)

El desarrollo conceptual que se ha venido produciendo en este sentido le adjudica relevancia al abordaje de la sexualidad pues lo ubica en el contexto de la calidad de vida de las personas, como un eje primordial del desarrollo de la niñez y la adolescencia, vinculada al proceso de formación de la identidad de las personas. A su vez, le asigna a la sexualidad la importancia de constituirse como un derecho humano inalienable.

En este sentido, mediante la creación de esta comisión, el sistema educativo da cuenta de la necesidad de abordar la educación sexual como parte de la formación integral de sus educandos a través de una intervención sistemática a nivel curricular con una propuesta específica y de formación del personal docente. En su acta de creación se expone que:

1. La sexualidad es una dimensión constitutiva de los seres humanos, integrante de la personalidad, en estrecha conexión con la vida afectiva, emocional y familiar de las personas, que se proyecta y expresa en las relaciones sociales y en los diversos vínculos que establecen los integrantes de la sociedad;
2. Que la educación sexual es ya una exigencia de la sociedad al sistema educativo público, manifestada por los padres, los educandos, los docentes a

través de las Asambleas Técnico Docentes, y por un conjunto significativo de actores del sistema político según se han expresado en las Comisiones de Educación y Cultura del Poder Legislativo;

3. Que la educación sexual debe integrarse al proceso educativo general del alumno debiendo ser enfocada con criterio formativo, de tal manera de respetar y promover la libertad de elección de conductas y valores del educando, en el marco más amplio de los derechos Humanos y de adhesión al principio de laicidad;
4. Que se debe cumplir con los compromisos asumidos por nuestro país al suscribir y ratificar la Carta Universal de los Derechos Humanos, la Convención de los derechos del Niño, la Convención contra toda forma de discriminación de la mujer, entre otros;
5. Que es voluntad del Consejo Directivo Central atender a la brevedad las demandas emanadas de la sociedad y cumplir con las obligaciones resultantes de los compromisos asumidos en convenios suscriptos por el estado uruguayo en el campo de la educación sexual;

En la adolescencia, la satisfacción sexual se orientará hacia el hallazgo de un objeto de amor. En la primera etapa de la adolescencia los rápidos cambios corporales exigen del/a adolescente un esfuerzo para apropiarse de su esquema e imagen corporal. Es por ello que muchas veces se repliega en sí mismo/a y, como acto sexual en sí, aparece la masturbación que le permite conocerse y aliviar tensiones. Los “mejores amigos” ayudan a transitar esta etapa y distanciarse de los padres infantiles.

En la adolescencia media, las “barras” dan lugar de pertenencia y facilitan las primeras salidas con el sexo opuesto y la iniciación sexual. En la adolescencia tardía, va creciendo el pensamiento crítico y, al final de la adolescencia, adquiere la capacidad

de intimar. Se afianza el proyecto de futuro en cuanto a vocación, trabajo, pareja y familia.

El contacto con nuevas situaciones va creando interrogantes, incrementando conocimientos y facilitando nuevas experiencias e identificaciones –afianzando la «identidad de género» que abarca rol y aspectos sociales de lo femenino/masculino.

La escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los grupos de pares pueden influir positiva o negativamente. Pero uno de los factores protectores más importantes es la comunicación en el hogar. La educación en sexualidad forma parte de la educación general, en el seno del hogar comienza aún antes del nacimiento. (Pasqualini et al, 2010)

1.4 Género

Teóricamente resulta necesario recurrir a concepciones acerca de lo que puede implicar la sexualidad en la adolescencia y además considerar las conceptualizaciones de género como una perspectiva fundamental para el análisis.

Una de los conceptos sobre género más difundido es el elaborado por la antropóloga mexicana Marta Lamas, entendido como la construcción sociocultural de la diferencia sexual (Lamas, 1996). Es decir que se entiende por género a la construcción social que se realiza sobre el sexo. El hablar de “lo femenino” y “lo masculino” se refiere a características asignadas por la cultura (Güida, 1996). La sociedad impone roles estereotipados tanto para varones como para mujeres que se manifiestan hasta en los discursos, que caracterizan muchas de las prácticas, vínculos y comportamientos en la adolescencia, al tiempo que dificultan a quienes no viven o no sienten tal como algunos estereotipos sociales establecen, dificultando más aún en esta etapa que referíamos como de formación de la identidad, que es de vital importancia en cuanto a la estructuración de la personalidad del adolescente. Entendemos por identidad: “...la

capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en el tiempo y en el espacio, la toma de conciencia de su "mismidad" que implica poseer una imagen corporal, la posibilidad de recordarse en el pasado y proyectarse en el futuro, y el vínculo de integración social inicialmente con las figuras parentales y posteriormente con otros" (Perdomo, R., 1991).

A partir del "género" aparecen los estereotipos, que son el conjunto de creencias existentes sobre las características que se consideran apropiadas para hombres y para mujeres. Estos serían la feminidad para las mujeres y la masculinidad para los hombres. Estos estereotipos a su vez crean los roles, es decir, es la forma en la que se comportan y realizan su vida cotidiana hombres y mujeres según lo que se considera apropiado para cada uno. Los estereotipos de género son un subtipo de estereotipos sociales en general. Podemos definirlos como "creencias consensuadas sobre las diferentes características de los hombres y mujeres en nuestra sociedad (Gabaldón, 1999). Las diferencias y estereotipos de género se encuentran presentes en la manera en que se relacionan con otras y otros adolescentes. En los valores, en la forma en que les van permitiendo tomar decisiones, la manera cómo eligen poner en prácticas esas decisiones, en la vivencia de la sexualidad y en los proyectos de vida que se van planteando.

Entonces, mientras el sexo biológico está determinado por características genéticas y anatómicas, el género es una identidad adquirida y aprendida que varía ampliamente intra e interculturalmente.

El género, en tanto enfoque y categoría de análisis es fundamental para la comprensión de los procesos y fenómenos sociales y de salud. Las políticas sanitarias y las reformas de la salud, afectan de distinta manera a mujeres y hombres. Son constatables las desigualdades entre unas y otros respecto al acceso a los servicios, a la calidad de la atención, a la participación y a la toma de decisiones.

Transversalizar las prácticas en salud con esta perspectiva se torna ineludible para la promoción de equidad, autonomía y convivencia democrática. La equidad de género en el ámbito de la salud significa “la ausencia de disparidades remediables e injustas entre las mujeres y los hombres, que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en el contexto socioeconómico. (...) La referencia al ámbito de la salud envuelve varias dimensiones: el estado de la salud, la atención de la salud - uno de los múltiples determinantes de la salud-, y los procesos de gestión de la salud (OPS, 2004)

En la adolescencia es fundamental destacar las diferencias debidas a la construcción social de género, las mismas se ponen de manifiesto en forma acentuada, cobrando gran impacto en la salud de las y los adolescentes. A modo de ejemplo, desde los estereotipos culturales a menudo se busca un ideal estético que puede provocar sufrimiento (psíquico y físico), afectando mayormente a las adolescentes. Los varones desde un lugar de supuesta superioridad y masculinidad, pueden caer en conductas peligrosas; mueren muchos más adolescentes y jóvenes varones que mujeres por causas externas (accidentes, suicidios, homicidios) (Programa Nacional de Salud Adolescente, 2009)

La posibilidad de develar y entender, en el caso de la experiencia sexual adolescente, cómo operan los estereotipos genéricos, y qué prácticas y comportamientos de los y las jóvenes llevan a reforzar las formas tradicionales o a vulnerarlas, constituye la línea prioritaria en que la perspectiva de género puede contribuir a aportar conocimientos nuevos acerca de la dinámica y lógica de las prácticas sexuales adolescentes, reelaborando al hacerlo las posturas biomédicas, psicológicas, y de control social que han prevalecido en este campo.

1. 5 Maternidad y paternidad adolescente

Tradicionalmente, el discurso acerca del “embarazo adolescente” ha sido que el mismo debe prevenirse considerando que su ocurrencia colabora en la perpetuación de la pobreza. La construcción retórica del embarazo como problema de salud estaría sustentada por diversas posturas. Como la postura feminista, que pretendería evitar que el futuro de las adolescentes se vea confinado a la maternidad, o la postura conservadora que considera que la sexualidad se ha escapado de control por estar feminizada y juvenilizada (Pantelides, 2004; Furstenberg, 2003).

Otros autores, destacan la necesidad de atender a la diversidad de experiencias que pueden darse también al interior de un mismo conjunto social. Nauar Pantoja (2003), quien analiza la situación de adolescentes brasileñas embarazadas escolarizadas, destaca la heterogeneidad de las vivencias. Para muchas jóvenes –afirma– la maternidad es un medio para reafirmar su deseo de salir adelante, continuar estudiando, o una marca de transición hacia otro estatus. Aquino et al. (2003), a su vez, apuntan que *“en contextos fuertemente marcados por desigualdades de género y clase, la maternidad se presenta no sólo como ‘destino’ sino más bien como fuente de reconocimiento social para las jóvenes mujeres desprovistas de proyectos educativos y profesionales”* (Le Van, 1998).

Análisis llevados a cabo en América Latina, coinciden en demostrar que el factor relevante en los comportamientos reproductivos es la educación de la madre (CEPAL, 2004), revelando una correlación entre educación, edad de comienzo del ciclo reproductivo y cantidad de hijos. A mayor educación, menor es la cantidad de hijos, y los mismos nacen en edades más tardías de sus progenitoras. Estudios realizados en Uruguay (Cabella, 2006), aportan evidencia en este sentido: las edades de inicio del ciclo reproductivo son menores cuando el nivel educativo es menor.

Si bien en conjunto, los resultados de investigaciones denotan un desplazamiento hacia una visión que señala que los problemas sanitarios están originados en la inequidad social más que en la edad de los jóvenes (Lawlor y Shaw, 2002; Scally, 2002; Rich-Edwards, 2002; Smith, 2002), el discurso “contra-hegemónico” no ha logrado generar una corriente de opinión en el público en general, ni ganado demasiado espacio entre los profesionales de salud. Por esto es importante considerar que existe una diversidad de estructuras de desigualdad y vulnerabilidad que afectan a algunos conjuntos sociales de adolescentes, dando lugar a grupos de jóvenes con experiencias, significaciones, y prácticas diferentes en relación con la maternidad y paternidad (Gogna, 2005).

Procuramos aproximarnos al fenómeno del embarazo en la adolescencia, desde una perspectiva desde la cual pueda aprehenderse la complejidad y diversidad de situaciones en las cuales los y las adolescentes se encuentran inmersos/as. Tal como señala Weller, *“la posibilidad de generar herramientas de intervención dirigidas a fomentar la equidad deben partir de cómo son las cosas y no de cómo deberían ser”* (Weller, 2000:35)

Durante el año 2009, se llevaron adelante en Uruguay cinco Mesas de Diálogo, organizadas por el Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), el Proyecto Desarrolla de PNUD, y la ONG Casa Lunas, las mesas tuvieron como eje de discusión *“La paternidad y maternidad en la adolescencia”* y apuntaron a generar reflexiones que aporten al diseño e implementación de las políticas públicas en general, y en particular a aquéllas dirigidas a adolescentes y jóvenes en Uruguay. Los documentos y debates trabajados en las Mesas de Discusión reflejan, desde el punto de vista cualitativo, situaciones que deben ser abordadas por los prestadores de servicios públicos y que requieren de abordajes integrales. En los casos analizados se encontraron al menos cinco aspectos de interés:

I. La mayoría de los embarazos ocurren después de la desvinculación de las jóvenes con el sistema educativo. Este hecho nos presenta al menos dos tipos de dificultades: por un lado, un problema de carácter general, la retención de las adolescentes en la educación formal; y por otra parte, a nivel más particular, las dificultades de inserción posterior a la educación una vez que ya existe el embarazo o son madres.

II. La necesidad de desmitificar la creencia de inexistencia del rol paterno en la relación con la madre adolescente. Del estudio cualitativo a madres adolescentes que fueron acompañadas por las agentes socioeducativas y de las madres que participan de las actividades de Casa Lunas, surge que la mayoría tiene pareja estable.

III. Se confirman los comportamientos reproductivos que tienden a una disminución de la cantidad de hijos por mujer, lo que se observa también en las adolescentes.

IV. Las experiencias de trabajo con adolescentes madres y padres muestran signos de proyección personal especialmente centrada en sus hijos.

V. Se percibe una cierta tensión entre la necesidad de fortalecer las políticas universales, pero a la vez atender en forma especial a un foco de población (adolescentes padres y madres), para los cuales lo universal no siempre contempla sus posibilidades de potenciar su inclusión y protección social. (Corbo et al, 2009)

Uno de los estudios cualitativos contenido en el proyecto “Género y Generaciones Reproducción biológica y social de la población uruguaya” realizado durante el año 2006 (López Gómez et al, 2006), exploró los significados asociados a la paternidad y maternidad en adolescentes de niveles educativos bajos y medios en Montevideo.

Según este estudio, la paternidad -cuando asumida- es vinculada a renuncias, pérdidas, sacrificios y responsabilidades. La paternidad “bien entendida” conlleva un signo de carga y esfuerzo que implicaría un cambio sustancial del padre en cuestión, ligado a mayor madurez y compromiso. Todos los adolescentes varones coincidieron en afirmar que ser padre es un acontecimiento que transforma la vida de la persona.

Algunos de los adolescentes entrevistados -sobre todo quienes estaban en situación de relativo desamparo y vulnerabilidad social- hicieron énfasis en las transformaciones positivas que les produjo la paternidad. Se observó cómo el nuevo rol les aportaba una “coartada” para poder articular un proyecto de vida menos vacío y angustiante. Los que ya habían sido padres, luego de haber mencionado las renunciadas, exigencias, restricciones y responsabilidades que implicó la paternidad, pudieron hacer referencia a algunas cuestiones emocionales novedosas y positivas que les aportó la paternidad. En cambio, todos los adolescentes varones sin hijos entrevistados mencionaron no estar preparados para ser padres ni deseárselo, haciendo especial referencia a la incompatibilidad entre tener un hijo y su edad, momento y proyectos de vida. Consideraron que el momento más propicio es cuando ya se cuenta con la necesaria madurez y las posibilidades adecuadas para ejercer la paternidad.

Para algunos varones, la condición de padres implicó una pérdida de pertenencias grupales donde se refuerzan y recrean estereotipos de masculinidad, que atentaría contra una de las tantas formas en las que los varones se confirman permanentemente entre sí mediante demostraciones perceptibles de conductas connotadas socialmente como viriles. Se desprende de algunos testimonios la existencia de un cambio en la condición masculina subjetiva antes y después de ser padre. En este sentido, un varón sin hijos poseería un estatuto de masculinidad diferente al de un varón padre.

Cabe señalar que el estereotipo tradicional del rol del varón, coloca al padre adolescente en una serie de situaciones que tensan su posibilidad de vivir su paternidad en forma plena y responsable: por un lado, debido a la carga imperante del rol de proveedor, ya que si bien debemos contar con mayor información, no es aventurado suponer que se contraponen con las situaciones estructurales de vida de estos padres. Por otro, porque ubica a la mujer madre en una situación de poder frente a éste, que la sitúa en un papel habilitador o inhabilitador de esa paternidad (Güida et

al; 2007). A su vez, las políticas públicas, pueden contribuir a desplazar el rol paterno al diseñar e implementar acciones que subordinan a las mujeres al rol materno y los padres son liberados de responsabilidades o subsumidos al rol de proveedor.

Por otro lado, para las adolescentes de sectores sociales medios o altos, con mejores condiciones de negociar al momento de las relaciones sexuales que sus pares de sectores pobres, si bien también pasan por situaciones de embarazos no deseados o por relaciones sexuales forzadas, sus discursos muestran es que cuentan con otros mecanismos que les posibilita enfrentar las desigualdades con los varones, y que tienen otros proyectos de vida que les habilita a reflexionar y evaluar lo sucedido una vez que se presenta el embarazo y allí decidir o no la posibilidad de la maternidad. Estos mecanismos, aun sin ser consientes, les permiten un mayor grado de autonomía respecto a los deseos de sus parejas o de sus entornos familiares. Los cambios sociales y culturales que han tenido lugar en las últimas décadas han dado lugar a distintas significaciones en torno a la maternidad. Sin embargo, en las adolescentes estas modificaciones no son sustantivas y persiste en su subjetividad el modelo tradicional que identifica a la mujer con la maternidad. La reducción de la figura de la mujer a la madre, restringe y escinde la sexualidad de las mujeres, oponiendo el erotismo a los aspectos reproductivos de la sexualidad. (Amorín, 2006)

Las adolescentes de sectores medios son conscientes del cambio que la nueva condición de ser madres implicaría en su desarrollo personal y por lo tanto, el hijo es significado como una "pérdida". Por el contrario, para los sectores bajos la maternidad se vivencia como una "ganancia", al sentir que obtienen mayor reconocimiento de su entorno, ya que en el hijo o en la conformación de una familia se depositan las esperanzas de restitución de vacíos afectivos. La maternidad les proporciona un status en su medio social, es la manera de encontrar un "lugar en el mundo". Si bien por un lado, las posiciona mejor frente a su entorno social, por el otro las segrega de la sociedad en su conjunto. El hijo las desplaza de los ámbitos de socialización más

amplios, limita sus posibilidades de desarrollo personal, formación e inserción en el ámbito educativo y en el mercado laboral. (López Gómez A, 2005)

1.6 Servicios de salud diferenciados

En Alma-Ata, 1978, se ratificó el concepto de salud planteado por Andrija Stampar en 1946 *“Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”*. *“Es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo”*

La salud integral del/a adolescente comprende, según la OMS, el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y el desarrollo de su máxima potencialidad.

Los siguientes diez enunciados sobre Servicios Amigos del Adolescente fueron presentados por la OMS en Marzo de 2001:

1. La salud y el desarrollo del/a adolescente requieren una visión compartida y acciones complementarias de diferentes actores. Acciones interdisciplinarias y la participación del adolescente y su comunidad contribuyen a la salud y al bienestar.
2. Los y las adolescentes tienen que poder acceder a servicios de salud donde se brinde prevención, promoción y asistencia relevante para su estado madurativo y sus circunstancias vitales. Es importante incluir la perspectiva de su inserción social.
3. Por una variedad de razones, los/as adolescentes, en muchos lugares, no pueden obtener los servicios de salud que necesitan.
4. Los y las adolescentes tienen muchas ideas acerca de cómo debería ser un servicio amigo o amigable; en general, ellos tienen en cuenta el genio o carácter de los servicios más que sus cualidades técnicas.

5. El hecho de ser un servicio amigo, no necesariamente, asegura su utilización por el/la adolescente.

6. Hay muchas formas de abordaje para incrementar la utilización del servicio por adolescentes en los lugares donde existe un servicio amigo.

7. Para complementar y extender la cobertura de salud dada en servicios dependientes de una institución gubernamental, otros caminos deben estar disponibles; los y las adolescentes tendrían más oportunidad de obtener el servicio que necesitan si los recursos existentes estuvieran conectados en red.

8. Sería útil definir algunos elementos de un paquete esencial y cómo desarrollarlo e implementarlo por los gobiernos individuales. Es fundamental que a las familias de los adolescentes se les ofrezca el sostén necesario para que adquieran el sentido de pertenencia a la comunidad y puedan apropiarse de sus derechos y, así, ayudar a crecer a sus hijos.

9. Los profesionales de los servicios deben tener capacitación adecuada (competencia técnica) y cualidades humanas relevantes para el cuidado de la salud de los y las adolescentes.

10. Debe garantizarse calidad (atractivos y beneficios del tratamiento) en los servicios de salud para los y las adolescentes. Desde el diseño del programa y sus actividades, debe estar contemplada su evaluación para un accionar más efectivo, y reorientar, rápidamente, de ser necesario.

El concepto Salud Sexual y Reproductiva se define como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”* (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), 1994). En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no

hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos, así como una sexualidad satisfactoria.

De manera de lograr el cumplimiento eficaz de las metas planteadas, es importante incorporar el concepto de “buenas prácticas” en la atención en SSR las cuales hacen al logro de una buena calidad de atención. Las Buenas Prácticas entonces pueden entenderse como un medio para alcanzar niveles crecientes de SSR, a partir de que: Promueven procesos de cambio, mediante enfoques de innovación; son sostenibles en el tiempo, tanto desde el punto de vista económico como en lo organizativo; son capaces de dar respuestas concretas a problemas concretos; están basadas en evidencias; son susceptibles de medición evaluación cuantitativa y/o cualitativa en procedimientos y en actitudes; producen impactos positivos con efectos multiplicadores; son replicables a gran escala; producen relevancia y poseen un enfoque de integralidad.

Las buenas prácticas en SSR resultan una modalidad que permite dar respuestas a las necesidades e intereses diversos en mujeres y varones. Se sustentan en una mirada holística sobre los procesos de salud - enfermedad e integradora de las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, de la educación y de las ciencias sociales, para dar respuesta a problemáticas, en ocasiones nada sencillas (Güida et al, 2010)

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de Naciones Unidas aborda las necesidades de la población adolescente, y recomienda la implementación de servicios específicos resaltando el derecho de los y las adolescentes “a la intimidad,

confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta y respetuosa de los valores culturales y las creencias religiosas” (CIPD, 1994).

Cuando nos referimos a la atención integral de adolescentes hablamos de aquella que garantiza las condiciones necesarias para el ejercicio pleno, libre y equitativo de sus derechos. Sobre las acciones hacia adolescentes, tanto a nivel nacional como internacional, ha sido dilemático y conflictivo el trato en relación a la vivencia de la sexualidad y a los aspectos referidos a las decisiones y vivencias reproductivas de esta población. Es decir, que hasta hoy en día existen obstáculos a las acciones que buscan empoderar a los adolescentes, visto que interpretan que de esta manera se incentiva a iniciar o mantener una vida sexual activa.

En el libro “Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos” (Brindis et al, 2001) se enumeran recomendaciones para la prestación de servicios destinados a adolescentes. Entre ellas destacamos el poder identificar adolescentes expuestos al riesgo y en situación de vulnerabilidad, llegar a la población adolescente antes del inicio de las relaciones sexuales, realizar actividades de promoción de salud en la comunidad y zona de influencia del centro y contar con un horario flexible (consultas sin previa cita para atender necesidades inmediatas). A su vez, menciona la necesidad de capacitar al personal para una atención diferenciada a adolescentes, establecer lazos de confianza y sin prejuicios desde el personal a los destinatarios, adaptar los programas a su cultura, etapa evolutiva, y necesidades especiales y establecer redes interinstitucionales a nivel local. Deben primar los criterios de accesibilidad económica y territorial del servicio y se debe ofrecer una amplia gama de métodos y servicios anticonceptivos, determinar si existen antecedentes o situaciones de violencia y la orientación correspondiente, prestar servicios diferenciales a varones y mujeres, incorporar espacios, personal y servicios “amigos de los adolescentes”.

El Programa Nacional de Adolescencia del MSP se posiciona respecto a la temática y aporta nuevas estrategias desde los servicios de atención:

“Los equipos de salud, cuando se plantean que el trabajo está fundamentalmente en la salud sexual y reproductiva, vinculan a ginecólogos, y está bien, pero los servicios para adolescentes donde hay ginecólogos, no son para varones. Por lo tanto, es interesante plantear que, si se quiere trabajar con varones y si es que tiene que haber un profesional de la medicina, los servicios tienen que ser más enfocados a la salud integral, a poder trabajar la salud mental, la salud bucal, etcétera. Desde esas perspectivas hay que profundizar y mirar más a fondo. Porque ahí había odontólogos que trabajaban sobre género con los varones, en una policlínica donde, justamente, la médica era ginecóloga y era muy difícil hacer que los chicos, los varones, acompañaran a las muchachas.”

Las buenas prácticas de atención en SSR buscan fortalecer y estar en consonancia con lo promulgado en la Ley 18.211 que crea el “Sistema Nacional Integrado de Salud”. De la exposición de motivos de la ley mencionada se destaca el siguiente párrafo:

“La reforma de salud que instrumenta la presente Ley se inspira en las definiciones programáticas del Gobierno Nacional en la materia, profundizadas en el curso de un proceso de discusión amplio entre el Ministerio de Salud Pública y los actores involucrados, en el seno del Consejo Consultivo para el Cambio en la Salud. Su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación. Para alcanzar ese objetivo, contempla cambios en tres niveles:

a) en el modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención.

b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.

c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.

.... Al efecto el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestaciones integrales, dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados...”

Al considerar las acciones políticas tendientes a garantizar los derechos de los adolescentes, cabe destacar que las mismas deben atender a una realidad diversa. Tal como se ha planteado, se podría decir que existen, al menos, dos tipos de adolescencias con comportamientos reproductivos y emancipatorios diferentes. Una, que posee temprana desvinculación con el sistema educativo, vive en situaciones de pobreza, asume roles de transición a la vida adulta en forma más rápida, y se reproduce más temprano, y otra, que invierte más en educación, retrasa las decisiones de transición hacia los roles adultos y se reproduce más tarde.

Por este motivo, es delicado hasta dónde se interviene bajo la premisa de garantizar los derechos de los y las adolescentes. Como hemos visto, suele verse como un problema los y las adolescentes que se reproducen en forma temprana. Pero, ¿por qué es un problema? Y, ¿para quién es un problema?

Si bien la vida reproductiva de las personas constituye una dimensión de la intimidad y de la esfera de lo privado, la protección de los comportamientos reproductivos de las sociedades debería formar parte de las políticas públicas, en tanto garante de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Las decisiones en el ámbito de lo privado están conjugadas con las decisiones en el campo de lo público y de lo político: el acceso a la anticoncepción y el cuidado del embarazo son algunos ejemplos de ello.

La perspectiva que ha aportado en 1994 la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de Cairo, tiene enorme validez para continuar y profundizar los cambios con relación a la salud reproductiva

Pero, ¿en qué medida las políticas públicas deben intervenir sobre los comportamientos reproductivos de las personas y en especial sobre las decisiones de los y las adolescentes?

Por tanto, si es obligación de los estados garantizar el derecho de las personas a tener los hijos que deseen, pero no regular sobre la natalidad, ¿por qué la maternidad en la adolescencia suele verse como un problema? ¿Cuáles son los derechos vulnerados?

Una de las posibles respuestas a estas preguntas podría estar en el hecho de que lo que es un problema para los Estados y el bienestar público, no necesariamente es un problema para los individuos. Pero, ¿por qué la maternidad y la paternidad temprana pueden ser un problema para el bienestar público?

Si pensamos a la maternidad y la paternidad en la adolescencia desde una concepción de garantía de derechos, de acuerdo a la información analizada, podemos identificar al menos dos momentos en donde los derechos se vulneran:

1. Dado que buena parte de las decisiones reproductivas de los adolescentes, muestra una fuerte asociación con el abandono del sistema educativo, nos pone frente a, al menos, dos problemas: ineficiencia e inequidad. Ineficiencia porque hay un número muy importante de jóvenes que no permanecen en el sistema educativo, inequidad porque estos jóvenes son en su mayoría pertenecientes a sectores con menores recursos y mayores desventajas sociales.

2. Una vez que la maternidad y paternidad se produce, la realidad social de estas madres y padres hace que el ejercicio pleno de sus derechos sea altamente vulnerado.

Por tanto, el hecho de que un segmento de la adolescencia no pueda contar con las posibilidades de permanencia en la educación, y que al mismo tiempo opte por reproducirse en forma temprana, en su mayoría bajo condiciones socioeconómicas que ponen el riesgo su bienestar y el del niño/a, es un problema que debe ser atendido por las políticas públicas (Corbo et al, 2009)

2. Justificación

Reconocemos que el país ha avanzado en los últimos años en la aprobación de normativas sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva que brindan mejores garantías en la atención de la salud y en este sentido, también se constatan avances en el área de la salud de los y las adolescentes. De todas maneras, queda aún un vasto camino por recorrer con la población adolescente que tiene que ver con la instrumentación e implementación efectiva de los mismos.

Se constatan barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, la oferta diferencial de estos servicios es limitada y el proceso de apropiación y ejercicio de los derechos en las y los adolescentes no está plenamente garantizado. Aún no existen en las generaciones jóvenes todas las condiciones para que se independice la vida sexual de la reproductiva, lo cual resulta en una importante cifra de embarazos no planeados, que muchas veces ocasionan maternidades y paternidades forzadas, que afectan sobretodo a los y las adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad. El embarazo en mujeres adolescentes es significativamente más frecuente en el interior del país que en la capital. La cantidad y calidad de información sobre métodos anticonceptivos se vincula directamente con el nivel educativo y con la inserción en el sistema educativo formal, lo que explica que los sectores más bajos tengan menos herramientas sobre métodos de prevención.

Es importante que las acciones para promover los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente no se sustenten, exclusivamente, en estrategias de reducción de factores de riesgo, sino en promoción de sexualidades satisfactorias que aporten a la calidad de vida de esta población. La Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) en su Programa de Acción -capítulo VII, sobre Derechos reproductivos y salud reproductiva, Literal E- señala el valor de la información y los servicios para adolescentes como vía de garantía para comprender su sexualidad y que permita el ejercicio libre y placentero. Desde allí es que se podrá trabajar en la

prevención y atención de embarazos no planeados y de enfermedades de transmisión sexual. Para lograrlo es ineludible comprender las diferentes necesidades que se presentan en cada adolescente. Por esta razón preferimos hablar de adolescencias y juventudes, considerándolas desde sus diferencias y no pensadas como un conjunto homogéneo. Diversidad cultural, política, territorial, económica, de género, de etnias, de creencias y también respecto a las edades que se enmarcan en esta amplia franja, la que valoramos, además, como aspecto positivo, constitutivo no sólo de la adolescencia sino de todas las personas. Identificar, reconocer y respetar esta diversidad abonará a atender las necesidades de las diferentes adolescencias.

En síntesis, entendemos que se debe partir de adolescentes sujetos de derechos para definir las acciones que promuevan la autonomía, específicamente en el campo de la sexualidad y las decisiones vinculadas a la reproducción. De esta forma se estaría contribuyendo al empoderamiento ciudadano de los y las adolescentes. Del mismo modo los servicios que se brinden deberían potenciar la visión de la sexualidad como gratificación, satisfacción, libertad, salud y ejercicio de derechos, considerando los aspectos recreativos y placenteros que intervienen en esta dimensión de la vida de los y las adolescentes, fomentando una conducta reproductiva y sexual sana y placentera. Es importante que estos servicios promuevan mensajes para que las relaciones entre pares y las inter-generacionales estén basadas en el respeto mutuo y en la igualdad de derechos entre varones y mujeres, desarraigando los estereotipos sexuales basados en género.

Paralelamente, los equipos de trabajo de los servicios de salud adolescente deben prepararse para procesar también el cambio en el modelo de atención, hacia uno integral en salud sexual y reproductiva, que potencie el trabajo que se vienen realizando, lo que implica la educación permanente en salud, para eliminar las barreras que existen para el acceso de adolescentes a los servicios.

En Uruguay, en los últimos años se observan avances en las políticas en salud sexual y reproductiva (SSR) y en el reconocimiento de estos derechos por parte de la ciudadanía.

En diciembre de 2007 se presenta el Programa Nacional de Adolescencia, que se plantea como propósito mejorar la calidad de vida de la población adolescente, promoviendo su crecimiento y desarrollo, de forma de incidir en el presente y futuro de la población del país. Se enmarca en un modelo de atención integral de adolescentes como la forma de abordaje de su salud, de calidad y amigable, basado entre otros enfoques, en un enfoque universal, de equidad y de género. Se propone la implementación de espacios de salud adolescente en todo el país, concebidos como espacios sustentables, apropiados y accesibles que atiendan la salud de las y los adolescentes cumpliendo con los estándares para servicios de calidad de OMS. Se busca que estos espacios implementen una atención integral priorizando el enfoque de por lo menos dos disciplinas debidamente capacitadas para su abordaje: una del área biológica y otra del área psicosocial.

En este camino consideramos de fundamental importancia la implementación y el monitoreo de las políticas implementadas, normativas sanitarias y guías clínicas por parte del MSP. Este estudio forma parte de una estrategia de control ciudadano en la que se establece un vínculo de cooperación entre sociedad civil y Estado para nutrir la evaluación de las políticas públicas. La presente investigación se llevó adelante como respuesta a un llamado dirigido a organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas enmarcado en la cooperación UNFPA – MSP, con el objetivo de producir conocimientos que nutran la evaluación sobre las condiciones de atención en los servicios de SSR dirigidos a adolescentes, incluyendo la dimensión afectivo emocional, la aplicación de normativas vigentes, las posibilidades de ejercicio de derechos de las y los usuarios, la orientación en anticoncepción y el suministro de métodos anticonceptivos y condones cuando así lo elijan.

El control ciudadano supone la relación directa entre entes ejecutores y comunidades. También es la oportunidad para transformar la manera en que el Estado cumple sus deberes y la ciudadanía con los suyos. Se puede definir como la forma de participación que permite a los particulares influir lícitamente sobre las condiciones, el modo, tiempo y lugar en que el estado lleve a cabo su actividad. Dicha actividad debe ser orientada hacia el cumplimiento de los fines esenciales del Estado y de la normatividad que regula su actuación a través, básicamente de la equitativa, eficiente, y transparente destinación y utilización de recursos. El logro de los objetivos propuestos debe corresponder con el interés general.

3. Objetivos

3.1 Meta

Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

3.2 Objetivo general

Obtener información sobre las condiciones de atención de servicios de salud públicos y privados que poseen acciones diferenciadas en salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes.

3.3 Objetivos específicos

1. Conocer la atención que se brinda a adolescentes que se asisten en servicios específicos, en relación a la salud y derechos sexuales y reproductivos
2. Conocer los mecanismos de implementación de servicios diferenciales dirigidos a adolescentes de las instituciones participantes.
3. Explorar las diferencias en los mecanismos de implementación de estos servicios considerando los dos subsectores de atención de la salud.
4. Explorar el cumplimiento de normativas, decretos y leyes relacionadas con la atención de la salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes.
5. Conocer las perspectivas y creencias de los profesionales de la salud vinculadas con la atención brindada, y las necesidades específicas de la población atendida
6. Conocer barreras y facilitadores percibidos por la población adolescente para el acceso a servicios en salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos

7. Conocer las creencias y perspectivas de los y las adolescentes en cuanto a los puntos de encuentro y desencuentro entre los servicios ofrecidos, sus necesidades y las normativas legales vigentes.

4. Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio descriptivo con componentes cualitativos. Al tratarse de un estudio de estas características, se pretende explorar lo que está ocurriendo en instituciones claves que puedan brindar información valiosa, y describir la realidad de las mismas para que puedan tomarse como punto de partida para estudiar posibles explicaciones y realizar algunas recomendaciones en relación a lo observado. Los resultados aquí presentados no son extrapolables al total de los servicios del país pero constituyen un buen sensor de la situación en este área.

4.1 Población del Estudio

La población del estudio estuvo integrada por:

- Autoridades de servicios diferenciales para adolescentes.
- Profesionales de la salud que brindan atención en estos servicios. Se incluyeron ginecólogos, pediatras, parteras, psicólogos, agentes socioeducativos, y nurses.
- Adolescentes que concurrían a la consulta de gineco-obstetricia de los servicios diferenciales para adolescentes.

4.2 Instituciones participantes

Se incluyeron centros públicos y privados de Montevideo y del Interior que cuentan con servicios específicos para adolescentes con más de un año de implementación.

El muestreo de los departamentos fue teórico, y considerando la tasa de embarazo adolescente. Se consideró la representatividad de los departamentos, incluyendo la capital del país, Montevideo; Canelones como segunda ciudad en concentración poblacional e importancia luego de Montevideo, y Rivera como ciudad que se posiciona en el último lugar del país según su índice de desarrollo humano. A su vez

se consideró la tasa de embarazos en población adolescente. La razón de embarazo adolescente en los departamentos seleccionados¹ fue en Canelones de 17,2 por 100 y en Rivera de 19,8 por 100. En Montevideo la tasa de embarazo adolescente fue de 13,5 por 100.

Tabla 1. Centros participantes por localidad y nivel de atención.

	Público	Privado
Montevideo	CHPR	MUCAM
Interior	Centro de salud Royol, de Rivera	CRAMI (Las Piedras), Canelones

4.3 Tamaño de la muestra y técnicas de muestreo

El estudio se basó en una muestra de conveniencia tomada de los diferentes subgrupos identificados como población objetivo. La selección de los grupos objetivo se basó en el concepto de que para contribuir al fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud sexual y reproductiva orientados a la población adolescente, era necesario acceder a las creencias y percepciones de los diferentes actores intervinientes en el proceso de atención de la salud sexual y reproductiva de este subgrupo.

Consideramos que los sujetos seleccionados nos podían brindar información valiosa para colaborar con los objetivos planteados, dado que poseen diferentes roles, así como distintas perspectivas, y creencias sobre los procesos asistenciales y las necesidades de la población a quienes va dirigida la iniciativa.

¹ Datos para 2002-2004. Fuente: FEMI, disponible en www.mysu.org.uy/observatorio

4.4 Métodos de recolección de datos

Se identificaron a usuarios y profesionales de la salud que cumplieron con los criterios de inclusión. Se invitó a participar a los sujetos del estudio y se les explicó el propósito del mismo.

Se condujeron grupos focales con la población adolescente que cumplió con los criterios de inclusión. Se condujeron entrevistas individuales o grupales con profesionales de la salud con asistencia directa en servicios de salud sexual y reproductiva orientados a población adolescente.

Se condujeron entrevistas en profundidad con profesionales de la salud con nivel de decisión en cuanto a la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva orientados a población adolescente.

Todos/as los y las participantes del estudio proporcionaron un consentimiento informado por su participación. El informe de consentimiento fue leído en voz alta para asegurarse que los y las participantes comprendieran los objetivos de la investigación. En cada sesión de grupo focal participaron un coordinador y dos observadores.

5. Resultados

5.1 Características de los servicios disponibles

Se comprobó la existencia de distintos tipos de espacios para el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) dirigidos a la población adolescente. Las diferencias radicaban en la concepción de la cual partían, así como del grado de medicalización en el que se inscriben.

Los “espacios adolescentes”, surgidos a través de la iniciativa del MSP funcionarían como una propuesta de espacio abierto donde se dirigen adolescentes mujeres y varones con una lógica de atención primaria de la salud, pensados para orientarse a la promoción y educación en salud y derechos SSR.

“Hace ya dos años que estamos trabajando con este proyecto del Espacio Adolescente que fue implementado por las normas del Ministerio de Salud Pública con ese contexto de que no es una policlínica sino que es un espacio donde el adolescente se acerca, adolescente mujer, hombre y ahí más que nada para dar consejería y atención. Educación sexual es lo que hay más. A partir de eso es que podés sacar otra cosa. Se trabaja con la historia adolescente (historia clínica)”. (Autoridad, Público)

Pero la modalidad de atención más extendida tanto a nivel público como privado son las policlínicas dirigidas a la población adolescente cuyos objetivos se basan en el sistema de consultas y de atención a la SSR, alejándose de la lógica de espacio abierto y poco complejo que funciona como facilitador a la hora de trabajar con adolescentes.

“Sacas un número... y esperás... sacas un número... vas a la computadora... y te dan el día y la hora”. (Privado)

Se destaca que tanto a nivel público como privado, estas policlínicas son de carácter exclusivo para mujeres adolescentes, no existiendo un espacio en los centros de

atención dedicado a la SSR de los varones. Esta realidad es una manifestación que genera y sustenta el modelo de masculinidad hegemónica, fortaleciendo la ideología patriarcal y favoreciendo a que se cimienten relaciones de poder, mediante la inferencia de que los hombres están sexualmente informados, y colocando a la mujer en el lugar de la que necesita instruirse, y controlar su estado de salud. A su vez “descentra” al varón de las decisiones reproductivas.

Se fortalece la otra cara de la moneda: el modelo hegemónico de feminidad, que centra a las mujeres en sus roles y funciones reproductivas. La incorporación del análisis de género en el campo de la sexualidad y la reproducción nos permite enfatizar –entre otros puntos- el impacto de las inequidades de género, las cuales en conjunción con otras inequidades (de clase, étnicas) producen grandes barreras en el agenciamiento y ejercicio de mujeres y varones de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Es en estos casos, donde los formuladores de políticas, planificadores y proveedores de servicios, pasan por alto el papel influyente que los hombres desempeñan en la SSR de sus parejas sexuales, desconociendo la grave repercusión que esto tiene sobre su salud, la salud de las mujeres y el éxito de los programas.

“Eso es una falta que tiene el servicio..., se ven los varones que acompañan a las mujeres, pero no varones en sí, tendrían que ir, no sé, a un espacio de pediatría pero el nuestro, no, no atiende” (Autoridad, Público)

A su vez, estas policlínicas de SSR dirigida a población adolescente se describen como un espacio medicalizado y asistencialista de atención a la salud.

“Son para control... le hacemos una ecografía y sabemos la anatomía de esa niña y sabemos si tiene una malformación uterina, un problema anatómico. Además hay que educar realmente qué es un ciclo normal y qué no” (Profesional, Privado)

La experiencia histórica revela que la participación ciudadana en materia de salud ha sido entendida de diversas formas. La *participación como beneficiario* es una de ellas, y ha sido la forma más rudimentaria de interpretar la participación por parte de los organismos gubernamentales responsables de la salud en los distintos países, considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud. Aún en estos días es difícil romper la tradicional relación vertical propia del sector de la salud, que les asigna escasos espacios de participación a las personas. Esta ha sido la visión predominante en las organizaciones creadas bajo el concepto de gratuidad de la salud en aquellos países donde el sector público de la salud ha tenido un papel y desarrollo preponderantes (Celedón C, y Noé, M, 2000). En este sentido, sus profesionales refieren la dificultad para desprenderse de esta lógica asistencialista también internalizada por usuarios y usuarias, quienes a partir de sus expectativas realizan demandas en este sentido.

“Lo que nosotros queríamos es que fuera más recreativo, pero seguimos en el modelo asistencialista... yo conozco otros espacios que no son así pero acá es difícil salir de la parte asistencial” (Autoridad, Público)

No obstante, la implementación de estos espacios con formato de policlínicas dirigidos a población adolescente, ha surgido hace relativamente poco tiempo como respuesta a una necesidad debido al aumento de la demanda de atención a la SSR por parte de población adolescente la cual mostraba necesidades diferenciales.

“El servicio fue una innovación... nosotros pensamos que era necesario apuntar con alguien especializado, porque anteriormente las niñas y adolescentes se atendían con el ginecólogo de atención general...Aparece ahí la necesidad de crear una nueva instancia con gente que ha hecho cursos,...si bien, muchas de las patologías son exactamente iguales que las del adulto...el enfoque psicológico es distinto” (Autoridad, Privado)

“...tener que agrupar a esta población etaria, que, se estaba viendo entreverada con todas las demás pacientes y que, quizá no le podíamos ofrecer una... visión más integradora de la problemática que, que percibíamos que no era biológica sino que era psico-social”. (Autoridad, Público)

Se conocen y están bien descritas las barreras que tienen los y las adolescentes para acercarse a centros sanitarios a controlar su estado de salud. Estas se definen como *inherentes a los prestadores, la localización del servicio, los procesos y los costos.*

Las relativas a los prestadores se relacionan con que los mismos tengan poca ó ninguna capacitación para atender a los y las jóvenes, que presenten reticencia a dar información y servicios en SSR ó métodos anticonceptivos, o que tiendan a juzgar, no ser respetuosos ó ser del sexo opuesto. De acuerdo con lo observado en el contacto con las adolescentes, esto retrasaría la primera consulta, siendo para muchas el embarazo la razón del primer control ginecológico.

“-Y... ¿porqué piensan que hay algunas chicas que tienen vergüenza de venir a atenderse con algún ginecólogo? ¿Piensan que eso pasa... piensan que les da vergüenza venir?”

- Sí...

- Sí...

- Sí...

-Y... ¿por qué... cuáles son las razones?

- Yo... yo antes... me decías para ir a un ginecólogo y no... pero ta, ahora es distinto...

Y... ¿por qué? ¿Por qué te pasaba eso?

- Y ta... por vergüenza... que me vieran... no se... más que nada que me vieran....”

(Público)

“Yo no hubiera venido si no era mujer...pero por un tema de... no por nada, ni vergüenza... pero son temas que se tratan mejor con la mujer”. (Privado)

Las relativas a la localización de los servicios podrían ser que: los servicios estén muy cerca de sus hogares, sean de difícil acceso (distancia, tiempo, transporte), que sea abierto para toda clase de servicios, o que sea un ambiente muy formal que aleje a los y las jóvenes.

Las barreras relativas a los procesos incluyen la limitación de los horarios (coinciden con los horarios escolares o de trabajo), los sistemas de consulta complejos (citas, tiempo de espera, múltiples responsables), una limitada o irregular disponibilidad de suministros y métodos. Asimismo, otras barreras tienen que ver con que los procesos no incluyan actividades de información y educativas para adolescentes, con materiales apropiados y pertinentes; y que no cuenten con áreas específicas para la atención a los y las adolescentes, donde ellos/as se encuentren entre pares, cómodos y en confianza. Es importante la disponibilidad de servicios pertinentes y diseñados para la atención a los y las jóvenes (apoyo psicológico, en ETS, anticoncepción, educación para el parto y el cuidado del recién nacido, etc).

Los estilos de implementación de los dos tipos de servicios mayormente observados, se diferencian sobretodo en relación con la oferta de accesibilidad. Los llamados “espacios adolescentes”, tienden a ser de más fácil acceso que cualquier servicio o policlínica, dado que el objetivo fundamental es acercar a él / la joven al espacio.

En este sentido, una autoridad destacaba: *“ellos van, es abierto, no tenés que sacar hora, no te dan número ni nada. En el liceo le dicen a la profesora si le dejan, nosotros le damos un certificado como que fueron al Espacio y no le ponen la falta. Ellos pueden ir solos o con amigas, no tienen por qué ir con el papá o la mamá, no tienen que tener carné, no tienen que llevar cédula. Después les decimos “las vacunas a ver si las tenés..., sería bueno que te sacaras la cédula...” pero no es un requisito para ir”. Es libre. (Autoridad, Público)*

Al respecto, una de las principales barreras percibidas por quienes llevan adelante estas iniciativas, tiene que ver con el local de funcionamiento del espacio, dado que la mayoría de las veces están ubicados dentro de un centro sanitario, lo cual no sería del todo adecuado, considerando que se pretende realizar un abordaje a partir de la desmedicalización del servicio.

Considerando que un servicio de salud amigable a los y las adolescentes y jóvenes se enmarca en un enfoque de desarrollo que plantea que trabajar por la salud de él y la adolescente incluye tanto la prevención de los problemas como la promoción del desarrollo. Por este motivo debería adecuarse a las necesidades que varones y mujeres adolescentes tienen en el ámbito de su sexualidad, encontrando formas de intervención que respondan a sus expectativas y que constituyan una invitación para atraerlos/as al servicio.

Como forma de atraerlos/as al servicio, consideramos que un servicio diferenciado exclusivo, sería la situación ideal. Estos, deberían contar con una infraestructura y una entrada diferente de la del servicio de salud en general, tener profesionales especializados y designados específicamente para dicho servicio, mantener un horario permanente y estable, diseñado para únicamente atender a la población adolescente y joven. Pero también podría funcionar bajo otras modalidades como ser: Un servicio de atención diferenciada. En este caso se comparte la infraestructura con el servicio de salud, pero se cuenta con un horario diferenciado y algunos ambientes exclusivos para adolescentes. Por lo general los profesionales que atienden a adolescentes han sido capacitados especialmente para esta tarea, pero su labor no está circunscrita sólo a la atención de este sector poblacional. Existe una adecuada señalización para orientar a los y las adolescentes hacia los servicios de atención diferenciada. O finalmente, como un consultorio diferenciado, esto es similar al anterior. Sin embargo, el área para atención de adolescentes es mucho más restringida, pudiendo incluso limitarse a un sólo consultorio (Instituto de Educación y Salud, 2003)

“El espacio físico fue bastante difícil de conseguirlo porque no es el mejor donde estamos, yo no sé si ustedes conocen, es en Rivera Chico, cerca de un liceo pero es dentro de una policlínica, entonces como que lo pudimos hacer un poco agradable porque hicimos un mural que lo pintamos con los chiquilines que eso fue bastante recreativo y bastante bueno para ellos pero en definitiva está en el fondo de una policlínica donde no hay una ventana y no es atractivo para ir”. (Autoridad, Público)

Otras barreras a considerar a la hora de buscar atención son el costo del transporte, de los servicios, de los métodos anticonceptivos (MAC) y otros costos indirectos (Goldberg et al, 2006). Sobre esto las autoridades consideran que el gran facilitador para la captación de adolescentes mujeres y varones al espacio, consiste en la oferta de MAC gratuitos.

“Se ofrece atención, consultorio, en realidad van mucho por los métodos anticonceptivos, es el gran gancho que tenemos, porque si no el adolescente no va mucho, como que no le importa o no tienen esa necesidad entonces tenés que crearle esa necesidad. (Autoridad, público)

En cuanto a las características de la oferta de acuerdo con el nivel de atención, se destaca que a nivel privado predominaría la atención en formato consulta con un especialista en el área de ginecología y obstetricia, ejerciendo la derivación en tanto el profesional lo estime conveniente. El sistema de derivación está instrumentado sobre todo para los casos de adolescentes embarazadas, y no está tan aceitado en los casos de adolescentes en general.

“Se hacen derivaciones. Nosotros contamos con psicólogos por ejemplo...cada uno de los psicólogos actúa en un determinado territorio. Se deriva a todos los médicos que abarca el espectro de la Institución según lo que necesite, eso lo determinan las doctoras” (Autoridad, Privado)

“Lo ideal es tener todo en comunicación con el médico y que puedas referir, porque en adolescentes necesito un psiquiatra y un pediatra médico, pero es muy bueno comunicarme en cada caso con el otro consultante... comunicar..., no ver una historia escrita que obviamente la escribo, pero si lo hablamos es diferente”. (Profesional, Privado)

En tanto, a nivel público se destaca que las instituciones que cuentan con profesionales de distintas áreas propondrían brindar la atención desde un enfoque multidisciplinario, en el que se intentaría hacer el abordaje desde una perspectiva integral. Esto se lograría de manera efectiva en aquellas instituciones que cuentan con los recursos humanos disponibles actuando conjuntamente, y donde los mecanismos de derivación están aceitados. Se procura que las usuarias mantengan al menos una consulta con un profesional de cada área en el mismo día de manera de valorar integralmente las necesidades de cada adolescente lo cual constituye un facilitador para el acceso. Tal como plantea la publicación de la OPS “Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva” (2000), *“los servicios de salud amigos de los y las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los y las adolescentes y sus familias ya sea por el vínculo que se establece entre los y las usuarios/as y el trabajador de salud y/o por la calidad de sus intervenciones”*. Es decir que se deberían procurar ventanas de oportunidad para brindar atención en todas las áreas, independientemente de cuál sea el motivo principal de consulta. Claramente esto se ve facilitado cuando el equipo está próximo en el tiempo y en el espacio.

“Las odontólogas, y las asistentes dentales, las higienistas que tenemos, están trabajando allí...solamente para esta policlínica de adolescentes embarazadas. Y bueno, en principio todas pasan, en algún momento, para su diagnóstico en esas áreas. No es como en otros lugares donde las captaba el ginecólogo o la partera, y de

ahí si era necesario las derivaba a diferentes áreas. Uno considera que no está capacitado como para determinar si una adolescente necesita realmente un asesoramiento o una atención psicológica, capaz que a uno se le escapa y realmente viéndola, siempre, a todas el psicólogo bueno ahí si va a definir adecuadamente cual es la que necesita más atención que otras". (Profesional, Público)

"El equipo está compuesto por el ginecólogo, la partera, la psicóloga, la nutricionista, la asistente social, la licenciada y agente socio – educativa y la enfermera de servicio, tenés todo el equipo junto en el mismo día y en el mismo horario entonces a la embarazada ya la tenés ahí y la pasás por todo". (Profesional, Público)

Como barrera para realizar el abordaje desde una perspectiva integral, se destacan la falta de recursos o la sobrecarga sobre los existentes.

"De a poco hemos ido "haciendo notar" la necesidad de los diferentes profesionales en el servicio...evidentemente que son todos necesarios, es indiscutible. Y bueno de a poco, trabajando con las diferentes direcciones que han pasado a lo largo de la policlínica, en ocho años, hemos insistido con el tema y...logramos que se nos dieran estos recursos...que si bien hace mucho tiempo trabajamos en esto, a veces uno por mucho tiempo de trabajo se desgastan los esquemas, y los engranajes" (Autoridad, Público)

"... en este momento rentados somos, dos ginecólogos y una partera, una pediatra, que es la que hace toda la parte general de la evaluación de la adolescente; una enfermera que es recepcionista, la que da las charlas,...en forma general vienen más personas, pero te digo los que somos rentados...psicología es honoraria, y... asistente social tenemos la suerte de que en el sector que estamos, funciona el servicio de trabajo social para todo el hospital... pero como están tan cerca siempre tenemos a alguien asignado para adolescentes". (Autoridad, Público)

Se observa que el concepto de atención integral en algunas instituciones, no estaría del todo instrumentado, ya que pese a la multidisciplinariedad de los integrantes de los equipos, cada especialista realizaría un abordaje individual de la usuaria

“Sabemos que fulano está trabajando en tal cosa y sabemos que se dedica a eso, no intervenimos en lo que cada uno está haciendo, pero si hay que coordinar se coordina”
(Profesional, Público)

“Si yo tengo que mandar una niña al cirujano tiene cirujano, tiene endocrinólogo, tiene psiquiatra. No estamos todos juntos en el mismo lugar pero que tengo a mi alcance tengo. (Profesional, Privado)

En las instituciones con esta lógica, no se destacan actividades de difusión o atracción de usuarias con la finalidad de realizar promoción de la salud, dado que el servicio no está pensado para ese fin; y que su objetivo principal, la atención de la salud ante una demanda específica, está siendo cubierto.

En relación con la diferenciación de la atención que se ofrece a las usuarias en las policlínicas de ginecología especializadas en adolescencia, en algunos casos se destaca que se procura que las profesionales encargadas de la atención directa sean mujeres, para evitar las barreras culturales descritas más arriba, y tanto a nivel de los centros privados como de los públicos, las profesionales a cargo de la atención directa tienden a estar especializados en población adolescente.

Las diferencias fundamentales de la atención de adolescentes radicarían en que la consulta debería centrarse en la promoción y en educación, lo cual no es siempre factible de ser logrado dado que la población que habitualmente consulta por motivos diferentes al embarazo tiene un perfil de autocuidado de su salud más internalizado que las que no consultan (en general consultan las que menos riesgo tienen). Esto ocurría fundamentalmente en los servicios privados, mientras que en los públicos, el

principal motivo de consulta y momento de captación de la población objetivo es durante el embarazo.

Es interesante como los profesionales con menor sensibilidad y capacitación, no logran poner en palabras que esta población tiene necesidades diferenciales en relación con la atención integral de su bienestar bio-psico-social, sino que en su lugar las disocian, y distinguen que las necesidades diferenciales son básicamente de origen psicológico.

Otros profesionales, aquellos que tendrían mayor sensibilidad con la temática, refieren que parte de la consulta ginecológica, la destinan al trabajo en promoción y educación de la salud. No obstante, si bien en términos discursivos la propuesta tiende a ser de promoción de la salud, se destaca que considerando los tiempos destinados a la consulta la propuesta no sería implementable.

“Entonces me decían “...vos podrías ver otras más...”, pero no el doble de lo que tenía, porque no me dan los tiempos y los atiendo mal, no puedo tener una policlínica de adolescentes con el mismo tiempo que una de grandes” (Profesional, Privado)

Al analizar la forma en que las adolescentes llegan a la consulta, se refiere que las mismas o bien llegan a la institución con una determinada necesidad en SSR, siendo derivadas a la “policlínica de adolescentes” con el fin de brindarle una atención más adaptada a sus necesidades, o a través de la derivación de otros especialistas, pediatras o médicos generales, quienes las derivan si consideran necesaria la consulta. En estos casos, las derivaciones dependen básicamente del criterio clínico del médico tratante, no existiendo sistematización ni protocolos de derivación institucionales.

“Los usuarios llegan a la ginecóloga a través del pediatra...y otros directamente por información que le damos en ventanilla... luego la ginecóloga si necesita una

interconsulta con otro profesional deriva, pero no hay como un equipo integral funcionando junto” (Profesional, Privado)

”(Llegan) por otros médicos cuando van a una policlínica a hacerse control, porque creen que están embarazadas, las derivan” (Profesional, Público)

Es decir que la difusión de la existencia de servicios diferenciales para adolescentes, se basaría primordialmente en la derivación por parte de otros profesionales de la institución, o por quienes reciben las solicitudes de consultas, y en menor medida por el boca a boca entre sus pares, reforzando la idea de un espacio medicalizado al que se accede a través de la derivación profesional.

“De a poco se han enterado ellos de la policlínica, de que hay una policlínica adolescente, pero también a la hora de sacar número se les dice no? Que hay una policlínica de adolescentes; y después también hay mucha derivación de los pediatras”. (Profesional, Privado)

“En realidad es el boca a boca, no? Hace muchos años que estamos con esto, y... digo, y ahí a veces cuando se habla de los programas que tiene salud pública en Rivera, bueno se habla de la Policlínica Adolescente” (Autoridad, Público)

En el caso de estas policlínicas, considerando que parten principalmente de un modelo de medicalización de la atención, es que se fijan horarios de atención para los y las usuarios/as tanto en las instituciones privadas como las públicas, los cuales dependen del flujo de la demanda, funcionando de acuerdo con el sistema de otorgación de turnos para el acceso a las consultas.

“Lo que se trató de hacer es que en un horario específico y en un espacio específico fuera para adolescentes. Y ahí nació esa necesidad, después claro, la población aumentó cada vez más y ahí vimos que teníamos que tener un espacio específico y todos los días”. (Autoridad, Público)

En cuanto al espacio físico donde se ubican las policlínicas de ginecología para adolescentes, no se han registrado experiencias de diferenciación de locales. Si bien refieren que esto constituiría la situación ideal.

“Sería lo ideal. No digo que sea posible porque no sé si funciona en algún lugar del país una cosa diferencial, si estamos planteando el ideal yo creo que sí. Que se sientan en un espacio distinto”. (Autoridad, Privado)

A este respecto, las adolescentes manifestaban que se sentirían más cómodas en un espacio exclusivo para ellas, donde quienes consulten también sean pares.

“Se siente mejor venir a atenderse a un lugar donde toda la gente prácticamente tengan la misma edad, a ir a un lugar donde todos sean mayores”. (Público)

Por último, al indagar sobre los motivos de consultas más frecuentes, se destaca que a partir de la puesta en práctica del Nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud se ha observado en el sector privado una variación en cuanto al perfil de usuarias que consultan, así como un aumento en el embarazo adolescente con lo cual los profesionales han tenido que afrontar nuevas situaciones.

“Ahora con el FONASA entraron muchos adolescentes con una diferencia que estas adolescentes no se controlaban y así vemos embarazadas muy jóvenes que vienen con embarazos grandes o desconocidos por ellas mismas o que no consentían o no querían consultar entonces vienen embarazos de captación tardía” (Autoridad, Privado)

A nivel global los motivos de consulta más frecuentemente observados serían el control del embarazo, las alteraciones en el desarrollo sexual, los caracteres sexuales, la menarca y en menor grado la anticoncepción. A nivel del sector público la consulta por embarazo es por lejos el principal motivo.

“El primer motivo de consulta es el embarazo, luego los otros motivos de consulta frecuentes son irregularidades menstruales, dolor menstrual, flujo, y asesoramiento de

métodos anticonceptivos, cuarto lugar y último, pero vienen, a veces PAP cuando vienen ya hacemos, no siempre porque a veces no hay tiempo” (Autoridad, Público)

5.2 Abordaje de la sexualidad y anticoncepción

Se destaca la dificultad que presentan las mujeres adolescentes para hablar y consultar sobre su propia sexualidad con los profesionales. Esta situación se revierte cuando el motivo de consulta es el primer embarazo, lo cual produciría un salto cualitativo en la percepción sobre la consulta ginecológica/obstétrica. A partir de este evento los pudores y tabúes sobre el ámbito de la sexualidad pasarían a un segundo plano, donde la prioridad es el niño por nacer.

Se percibe asimismo, por parte de los profesionales que la mayor dedicación es el abordaje del embarazo adolescente más que la propia sexualidad y el ámbito del placer.

Se observó que las adolescentes prefieren hablar de la sexualidad con sus pares o buscar información por otros medios que no impliquen a los servicios de salud. Parecería que los ámbitos sanitarios y educativos formales no son los que les ofrecen mayor comodidad para tratar la sexualidad y las dudas e inquietudes.

“¿Otros que tienen la posibilidad de venir, y sin embargo no vienen? ¿Por qué les parece?”

- Porque no están enterados, no saben.

-Algunas por miedo, no sé.

-Vergüenza les debe dar.

- ¿Tienen amigas que les de vergüenza venir al ginecólogo?

-Por ahí por miedo a preguntar, prefieren enterarse por lo que hablan entre amigas... o no se Internet o en algún lado así que vayan sacando información, que creen que es necesaria.

-O en la casa mismo, también...

- Y eso ¿les parece que es muy común? Que... ¿hay muchas chicas que prefieren no saber, que prefieren no venir...?

- Si...yo me doy cuenta ahora en el liceo, yo estoy en tercer año, y estamos viendo sexualidad ahora... y a todos les da vergüenza.

- Les da vergüenza... como que no quieren hablar de eso, todo les da asco, como que se ponen todas... se ponen raras... entonces... ta ya el tema no se puede dar muy profundo... a mi me encanta hablar sobre eso porque yo quiero hacer un curso de sexología, pero... no les gusta, a las chiquilinas como que les da vergüenza.

- A las chicas... y ¿a los varones también?

- No, los varones se ríen... no sé, lo toman más para la joda, los varones lo asumen mas... pero a las chiquilinas como que les da más vergüenza, se ponen más tímidas.

(Privado)

El enfoque de diversidad, implica reconocer y atender especialmente los distintos intereses, demandas, necesidades y procesos de salud-enfermedad específicos de las personas. Las distintas categorías deben ser articuladas con otras como nivel socioeconómico, orientación sexual, identidad, edad. Especial consideración en el marco de la diversidad merece el enfoque de la diversidad sexual, en la concepción de la existencia de diferentes subjetividades, orientaciones e identidades sexuales. El mismo implica la ruptura de los modelos hegemónicos de sexualidad masculina y femenina.

Al indagar sobre la apertura y abordaje del servicio en relación con las distintas opciones sexuales, se observa que el tema se explora sólo en aquellos casos que los profesionales han implementado el carné del adolescente (un nuevo formato de historia clínica), donde se ha incluido una pregunta al respecto. El tratamiento y asesoramiento, depende de la sensibilidad y “sentido común” del profesional tratante, ya que no hay protocolos o guías de acción y estrategias para promover la salud sexual . Por otro lado, en aquellos casos en los que no se implementa el carné del adolescente, la exploración depende de la apertura del profesional, y de la relación medico paciente. Pero es común observar que no exista una sensibilización con respecto a la temática. Si bien se observó una actitud respetuosa por parte de los profesionales, éstos manifestaron encontrarse con dificultades para un abordaje integral que no parta de una lógica heterosexual.

“Eso surge sólo en el momento de la charla porque yo creo que parte un poco del paciente el cual lo manifiesta. A mí me ha tocado ¿tiene hijos? No. Yo mantengo relaciones solamente homosexuales, y se respeta como cualquiera.” (Profesional, Privado)

“Hay que aprender a trabajar, y a decir no, porque obviamente uno dice que es muy fácil, que son distintas opciones y que todo, pero tenes que aprender que nunca viene y te lo dice y que obviamente es una paciente igual a cualquier otra, tenes que asesorarte de alguna forma y también hay que aprender que no hay que decirle a nadie, porque es un tema confidencial de ella”. (Profesional, Privado)

“Creo que me he mantenido distante con eso, porque nunca les pregunté, ni les ofrecí un asesoramiento... porque además no me siento capacitada, porque no sé, no sé... digo, hay veces que cuando me dicen, soy lesbiana, que me ha pasado unas cuantas veces acá en la policlínica, me siento un poco incómoda porque yo les pregunté por

ejemplo, ¿usas preservativo? O... no sé, como que en algunas cosas di por sentado que ella era heterosexual (Profesional, Privado)

“-Cuando me entero que es lesbiana porque me dicen: mi compañera... ta? Y ahí bueno, hay que recular, saltar, dar la vuelta pa’ atrás y volver a empezar.

-Sí, y además hay veces que les digo, hay perdón, discúlpame y después quedas medio cortada, no por ser cortada, pero sino por la tontería de haberle dicho tu compañero.

-Tenés que hacerle la entrevista de vuelta.

-Te sentís como que perdida... y como que no sabes para donde caminar”.
(Profesionales, Privado)

El sesgo a la hora de abordar la diversidad sexual perjudica la atención de las necesidades específicas de las personas, perdiendo una ventana de oportunidad para la promoción de la salud sexual.

Existe inequidad en el acceso a los Métodos Anticonceptivos (MAC) de acuerdo con el sector de atención de las/os adolescentes. Para las/os del sector público, es en forma gratuita a través de las farmacias pertenecientes a los centros de salud, previa consulta y entrega de la receta por parte del médico. Mientras que a nivel de los sectores privados, acceden a los mismos con altos costos de bolsillo adquiriéndolos en farmacias comunes.

En cuanto a los MAC disponibles en los centros públicos, se refiere que cuentan con anticoncepción hormonal, oral e inyectable, preservativos masculinos, y anticoncepción de emergencia y DIU.

En los servicios públicos relatan dos tipos de barreras al acceso a la anticoncepción de emergencia. Una vinculada al desconocimiento de este método, por lo cual cuando llegan a consulta sucede que ya pasaron los días para poder usarla.

“Hay como desconocimiento también, por otro trabajo que voy a la zona rural o en el Espacio Adolescente Comunitario..., que el otro día tuvimos una primer charla..., es como que no lo conocen, no saben que existe, entonces directamente no van a solicitarlo y cuando van, ya pasaron las 72 horas y ya como que no.” (Profesional, Público)

Otra barrera refiere a la discontinuidad en la disponibilidad de los recursos, ya que no siempre tienen anticoncepción de emergencia en los servicios para retirar en farmacia cuando las/os adolescentes van a solicitarla.

“Si, se deberían entregar, no sé si pasa en todos lados.” (Profesional, Público)

En el caso de los profesionales del sector privado, la existencia de barreras se relacionan con la oferta de los MAC, ya que no disponen para entregarlos en forma gratuita a los y las adolescentes. Esto es señalado como una falla por algunos profesionales, así como por los y las adolescentes.

“Eso es un horror, ninguno, para darles. No hay nada, nada de nada, alguna muestra que yo les doy, que yo tengo, que me dan a mi... pero no es una forma de abarcar toda la población”. (Profesional, Privado)

Frente a esto, algunos profesionales indican anticonceptivos accesibles según cada caso, a fin de garantizar su uso.

“Me parece que igual dentro de las opciones que existen, por ejemplo específicamente en anticonceptivos orales, yo trato siendo siempre la mejor opción en dosis, en lo que sea, en formulas, trato de pensar también ... frente a qué paciente estas parada, de que sea accesible no?, siempre lo charlo con ellas, con las adolescentes y con los adultos también, digo, no podemos elegir un método que uno no lo pueda conseguir todos los meses, sino es una mentira.

- Con anticoncepción de emergencia, ¿hay alguna diferencia?

- No, no, también nos manejamos con el tema de algunas muestras que tenemos. A veces incluso puedo hacer alguna receta y tener algún descuento, pero no hay forma de recetar y que lo obtengan gratis, no hay...

- Así que bueno es un debe que tenemos con la gente". (Profesional, Privado)

Los adolescentes también manifiestan que el acceso a los métodos en el caso de las instituciones privadas debería ser más fácil ya que al tener que el tener que ir comprarlos a una farmacia implica una barrera para muchos chicos.

-Es que por otro lado, capaz que si... si les dicen bueno los métodos anticonceptivos acá, "andá a la farmacia y llevalo" ... capaz que los llevan... y si les dicen "bueno lleva la receta y compralos afuera"... no los compran...

-¿Por qué te parece eso?

-Y, porque capaz que saliendo de acá, ven la farmacia y dicen, bueno ta, los voy a llevar...

-Es más fácil... por comodidad...

-Claro también por comodidad. Y capaz que si les dicen, "tomá lleva la receta..." no los compran...

- Por comodidad... ¿por un tema económico también?

- También...

- ¿Por vergüenza? ¿Les parece que hay vergüenza?

- Por vergüenza también... según, porque si ya sos mayor ¿vergüenza de qué vas a tener? Pero los adolescentes capaz que si... a mi me dio vergüenza, la primera vez que tomé pastillas le dije a mi novio que las fuera a comprar... Y no era en la farmacia del barrio, era otra obviamente". (Privado)

Por otro lado, en el caso del sector público, al captar mayoritariamente adolescentes durante la gestación, la anticoncepción se trabaja sobre el final del embarazo, abordándolo desde una perspectiva de planificación familiar, y dejándolo por fuera del ámbito del placer.

5.3 Abordaje de las enfermedades de transmisión sexual

Al consultar a los profesionales acerca de cómo abordan las enfermedades de transmisión sexual con los y las adolescentes, manifestaron que en general no existen políticas institucionales establecidas sino que es un tema que queda a criterio de cada profesional.

En aquellos servicios que atienden fundamentalmente adolescentes embarazadas los y las profesionales refieren que no se trata habitualmente durante el embarazo sino en las consultas previas al parto y las de post parto. Se observó en la mayoría de los centros que los profesionales no enfatizan en la protección y prevención de estas enfermedades durante el embarazo sino que se posterga el tratamiento de esta temática para luego del parto. Es decir que se daría poco énfasis a la función de protección del preservativo más allá de la función anticonceptiva.

“En general, es cierto no insistimos mucho en eso, capaz que sea un tema que tengamos que empezar a manejar, este... no, no lo hemos manejado mucho. En las clases de embarazo se habla como método anticonceptivo el preservativo, pero no como método de protección pero no como método de protección, en realidad es una buena idea comenzar a trabajar en eso No tenemos como prioridad, en este grupo de adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual”. (Autoridad, Público)

También se menciona que en los casos en que se recomienda el uso del preservativo durante el embarazo, se percibirían resistencias por parte de los y las adolescentes

para el uso del mismo. Los profesionales señalan que los motivos esgrimidos entre los y las adolescentes por los cuales se resisten a su uso se deberían a la idea de que los preservativos que se brindan en salud pública son de mala calidad, junto con el mito de la no sensibilidad de los varones durante las relaciones sexuales al usar preservativo.

En los servicios dirigidos a adolescentes no exclusivamente embarazadas, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual parece estar más presente en las consultas. De todas formas, los profesionales refirieron barreras para que las adolescentes asuman conductas de autocuidado en este sentido.

Se menciona el desconocimiento que tienen las adolescentes de la variedad de enfermedades de transmisión sexual ya que en general tienen más presente el VIH pero desconocen el resto. Se habla de adolescentes mujeres porque es a la población que estos profesionales acceden.

“Eso obviamente tenés que contarles. Porque en realidad ellas no tienen idea, ellas pueden saber SIDA, HPV no tienen ni idea y alguna puede saber sífilis, de la otras no tienen ni idea”. (Profesional, Privado)

Otras barreras señaladas para un abordaje adecuado de las enfermedades de transmisión sexual se vincularían a que no es un tema que los y las adolescentes tengan presente como problema. En este sentido, los profesionales mencionaron que el principal problema para los y las adolescentes es la prevención del embarazo.

“Pero ellos no lo tienen como un problema, saben, pero no le tienen miedo. No sé si es por el miedo que va, yo creo que informados están, porque se escucha por ahí en la tele pero no lo incorporaron” (Autoridad, Público).

Se mencionan otras dificultades respecto al cuidado por parte de las adolescentes para evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. La percepción de

algunos profesionales es que las mujeres adolescentes que durante el embarazo se realizan los análisis de rutina y no están infectadas, se confiarían de esos resultados para continuar viviendo conductas de riesgo en este sentido.

“Cuando están embarazadas y se les hacen los controles, con chiquilinas que tienen catorce o quince años, se les hizo análisis de sangre y de orina y está todo genial entonces como que se confían en eso. Si no me enfermé y no me contagié nada”
(Profesional, Público)

Parecerían estar más presentes en las consultas con adolescentes, las enfermedades vinculadas al flujo vaginal, dado que esta preocupación surge de la propia mujer que consulta por la presencia del flujo y por este motivo es abordado por el profesional..

“Depende cuál sea el motivo de la consulta porque si viene con una consulta específica pongámosle tengo flujo, se trata primero el motivo de consulta, se aprovecha para hablar por ejemplo de medidas anticonceptivas y de medidas de protección de las enfermedades infecciosas, de las ITS. Aprovechando que tu tienes una ITS, se le da una charlita en la policlínica de eso”. (Autoridad, Público)

Con respecto a la prevención de la sífilis congénita, la percepción de los profesionales indica que se realizan los controles de rutina correspondientes durante el embarazo en forma adecuada y que no se trata de un problema que se agrave en las adolescentes dado que en general se trata de embarazos bien controlados.

Sobre la consejería previa a la realización del test de VIH en embarazadas, se menciona que esta se realiza en todos los centros explicándole a la mujer el motivo de los análisis de rutina. En los casos de equipos multidisciplinarios mencionan que es una ventaja contar con psicólogos en el equipo para la consejería.

En relación a la entrega de resultados de VIH positivos, en la mayoría de las instituciones se menciona que son pocos los casos que se presentan en adolescentes,

pero que cuando suceden se trabaja en forma coordinada con un equipo especializado en ITS y con profesionales de salud mental para notificar el resultado.

En las instituciones privadas, se observa que las adolescentes tienen más presente la doble protección, lo cual puede deberse a mayores niveles educativos. En estos casos se menciona que si bien estos temas están presentes en las consultas, ya habían recibido información en el ámbito educativo.

En el sector público, las adolescentes embarazadas en general no mencionaron la prevención de enfermedades de transmisión sexual como un tema tratado en las consultas. Mencionaron, al igual que los profesionales, que sobre los métodos anticonceptivos y de protección se comienza a hablar en las charlas previas al parto y en el post parto.

Algunas adolescentes mencionaron que no se habló de métodos de protección durante el embarazo y el post parto.

“Yo específicamente no, porque yo no me cuido con nada...” (Público)

“No, no me hablaron porque... bueno no tiene nada que ver... pero estaba muy complicada, fue una cesárea de urgencia, entonces no tenía tiempo de nada.” (Público)

Otras recordaron haber hablado de métodos al comienzo del embarazo pero vinculado a los métodos que usaban antes del mismo.

“Si, en los primeros controles se habló...yo ya sabía que la policlínica te daba todo eso... o sino cuando ibas a la consulta con el ginecólogo, ya embarazada, te preguntaban si te estabas cuidando, si tomabas pastillas, que método usabas”. (Público)

5.4 Embarazo, parto y puerperio en la adolescencia

5.4.1 La percepción de los adolescentes

A partir del análisis de los grupos focales con adolescentes parecería que está presente entre éstas una visión naturalizada del embarazo en la adolescencia. Mencionaron que es un fenómeno muy frecuente entre sus vínculos de pares. Cabe aclarar que esta visión se observó tanto en el sector público como en el privado.

“¿Qué tan frecuente creen que es, cuántas amigas conocen que esté embarazada a esta edad?”

-Yo tengo una amiga que está embarazada con 13 años, tuvo 4 abortos y otra que cumplió 15 hace poquito y también.

-Yo no tenía casi amigas que estuvieran embarazadas pero quedaron casi todas.”
(Público)

“-¿Y es común tener hijos?”

-Sí, es re común.

-Yo tenía compañeras en tercero, en segundo y en primero que... ahora que... ponele que éramos 17 mujeres en la clase y... 15 están embarazadas y tuvieron hijos...

-Ya en segundo, tercero”. (Privado)

En relación a los motivos por los que ellas creen que suceden estos embarazos, se mencionaron las fallas en los métodos anticonceptivos y la falta de uso de los mismos principalmente por la idea de que no es algo que vaya a ocurrirles a ellas.

“-Creo que no se cuidan porque no toman las pastillas. Porque fallan un día y al fallar un día ya quedas embarazada.

-A mi me falló la pastilla de emergencia.

-A mi me falló la pastilla que yo tomaba. Yo tomaba la pastilla y estando embarazada seguía menstruando y seguía tomando la pastilla sin saber.

-Aparte de las fallas de los métodos, ¿les parece que en general se cuidan las chicas?

-No siempre. Para quedar embarazada no siempre.

-Muchas ni es por quedar, creen que no les va a pasar eso.” (Público)

Vinculado a las fallas o al no uso de los métodos anticonceptivos, las adolescentes se refirieron a las dificultades que encuentran para negociar el uso de los preservativos masculinos con los varones.

“-¿Y es difícil negociar eso?

-A veces sí.

-¿Cuál es la experiencia del resto en ese tema de negociar el método anticonceptivo?

-A veces muchas tienen vergüenza de decirle a la pareja que use preservativo.

-En la mayoría de los casos vos elegís, pero sacando el preservativo porque casi siempre no quieren usar.

¿A otras les pasó otra cosa?

-No.

-¿Por qué creen que los varones no quieren usar preservativo?

-No les gusta.

-Dicen que les queda incómodo.” (Público)

Las adolescentes del sector privado mencionaron que la familia juega un rol importante en la prevención del embarazo en la adolescencia.

“Y esas cosas se enseñan en la casa... esas cosas se aprenden... por eso creo que eso que pasa alrededor... es más de la casa.” (Privado)

5.4.2 La percepción de los profesionales

Un aspecto abordado con los profesionales se refirió a la especificidad del abordaje del embarazo en la adolescencia. Éstos destacaron varios motivos por los cuáles el embarazo en la adolescencia tiene sus particularidades.

Desde el punto de vista estrictamente biológico, se señalan la inmadurez del aparato reproductivo y el incremento de patologías debido a la edad. En otros casos se hizo referencia a que se trata de un embarazo de riesgo con lo cual se realizan controles más estrictos.

“...el abordaje es similar, lo único que se sabe que es de alto riesgo por lo tanto, los controles van a ser más seguidos, más severos y los consejos a darle con más insistencia que a las adultas”. (Profesional, Privado)

“Tiene la misma hoja que la adulta, los mismos exámenes lo que si la frecuencia de las consultas son más seguidas. Las adolescentes tienen la tendencia a tener el parto prematuro entonces la captamos...”. (Profesional, Privado)

También se señalan aspectos psicosociales que hacen especial el abordaje.

“además tiene que tener más contención, los primeros meses en vez de traerla a la consulta una vez al mes es cada quince días...” (Profesional, Privado)

Entre éstos, se menciona el hecho de que es frecuente que las adolescentes oculten o no acepten su embarazo llevando a que consulten tardíamente, lo cual implica una barrera para una adecuada atención.

Otro aspecto que hace diferencial el abordaje es la existencia de equipos multidisciplinarios que se conjugan desde la primera consulta para intentar un abordaje integral.

“...en adolescentes es multidisciplinaria. La adolescente llega es interrogada por quien la recibe, en este caso es la enfermera y recepcionista trata de hacer una fichita general, y después pasa al ginecólogo y si se puede en ese mismo día pasa... si tiene algún problema puntual psicológico, pasa a la psicóloga, sino no perdemos el tiempo; y la ve médica de medicina... la pediatra hace una evaluación de su salud general. Esa es la metodología en general, se apunta más a que problema tenga, si tiene algún problema más grande, va a la psicóloga; sino va primero a evaluar cómo está toda su salud general” .(Autoridad, Público)

“No es como en otros lugares, o como era antes, por ejemplo, en donde las captaba el ginecólogo o la partera, y de ahí si era necesario las derivaba a diferentes áreas. Uno considera que uno no está capacitado como para determinar si una persona, en general o una adolescente más todavía, necesita realmente un asesoramiento o una atención psicológica, capaz que a uno se le escapa ...entonces siempre, a todas el psicólogo bueno ahí si va a definir adecuadamente cuál es la que necesita más atención que otras”. (Autoridad, Público)

Otro aspecto diferencial que se destacó en el abordaje de embarazos en adolescentes es la prevención de futuros embarazos durante la adolescencia.

5.4.3 Captación y controles

A pesar de señalar que muchas chicas ocultan su embarazo, lo cual impide en estos casos una captación temprana, la mayoría de los profesionales refirió que las adolescentes que concurren a sus consultas tienen una adecuada captación y control del embarazo, siendo éstas más rigurosas que las adultas.

“Pero en general, a pesar de lo que las estadísticas dicen, a esta policlínica llegan precozmente a la captación, estamos entre el primer trimestre y primeros meses del segundo trimestre, primeras semanas”. (Autoridad, Público)

“Es una población que donde se sienta apoyada por el equipo que la controla no falta nunca, es sumamente constante en sus controles. Es una característica sumamente importante, porque tienen una adherencia al servicio mucho mayor que las adultas, realmente... vienen con paro, sin paro, nosotros los días de paro prácticamente, aunque no tengamos historias, las vemos todas”. (Autoridad, Público)

“...son super cumplidoras con sus controles algunas vienen enseguida, otras vienen, se captan un poco más tardíamente, en algunos casos porque hay dificultades en decirlo a la familia entonces, en algunos casos que vienen avanzadas porque eran embarazos ocultos ese tipo de situaciones.” (Profesional, Privado)

“Se siente más importante cuando está embarazada entonces tienen que ir la médico, se controla el peso, como que lo toma más, veo que ellas van contentas. Tiene un futuro, saben que a los nueve meses va a pasar algo importante”. (Autoridad, Público)

Vinculado con esto, como ya mencionamos, muchos profesionales y adolescentes refirieron que para muchas chicas el embarazo representa el primer contacto con un ginecólogo.

“...el ginecólogo es una cosa para cuando estás embarazada según ellas”. (Autoridad, Público)

Un aspecto que facilita los controles, observado en el subsector público es que se establece un mecanismo mensual de visitas que se fijan previamente, lo cual le evita a la adolescente tener que llamar o concurrir al servicio para obtener fecha de consulta.

“Nosotros tratamos de allanarle todos los caminos, es decir, no les ponemos barreras, ..., no es como otra policlínica que vas pedís número y te dan para dentro de un mes,

no... acá vienen y en el día, claro, si es un día que no es el viernes le dicen bueno, vení el viernes. Pero si vienen el viernes, nunca se les dice que no, es decir, podemos ver diez o cien, no importa. Es decir, no hay una barrera en el archivo para eso.”
(Autoridad, Público)

También en estos casos, se monitorea más atentamente la concurrencia de las adolescentes y se las llama por teléfono en el caso que no vayan a la consulta.

“Y lo tienen claro, es más, cuando uno les marca la fecha para el mes siguiente, nosotros ya sabemos que ese viernes tenía que haber venido, si no viene ese viernes y no viene el otro, nosotros la vamos a buscar. Porque si le decimos, bueno vení a marcar fecha para dentro de un mes, ya no sabemos, si va a conseguir fecha, si va a venir, si no va a venir... es decir perdemos el reporte de si ella consultó”. (Autoridad, Público)

Como fortaleza en el sector público se destaca la realización de visitas personales a las usuarias cuando faltan a las consultas, donde se visualiza la posibilidad de hacer un seguimiento de esa adolescente para conocer y comprender su situación. Si bien este aspecto se observó en algunos centros, en otros se mencionó como una gran debilidad el tener dificultades de recursos e infraestructura para llevar a cabo el seguimiento de las adolescentes.

“Lo que pasa es que, es el seguimiento que cuesta, yo creo que es el principal problema que tenemos, que no es nuevo es de toda la vida, son las dichas redes... que vivimos hablando de las redes, pero nunca las llegamos a... a concordar adecuadamente. Porque la paciente se va y yo no siento seguridad en que el equipo que la recibe sea capaz de decir, bueno, no vino... ¡qué no vino?, voy a buscarla! Porque de repente la tengo a dos cuadras, pero no va, la adolescente tampoco va, porque ya se fue a su casa y está inmersa en el mismo círculo en el que estaba.”
(Autoridad, Público)

Con respecto a la captación de las adolescentes embarazadas, los profesionales señalaron que no existen políticas con ese fin, es decir que no se saldría a buscar a las adolescentes para que se controlen, ni se difunde el servicio o la importancia de los controles en el embarazo. Es importante tener presente entonces que la experiencia que relatan refiere a las adolescentes que sí concurren.

“En general estamos bastante bien en captación, en captación precoz, lo que no tenemos es estrategia de salir a captar, eso si no tenemos (...) ese problema que tenemos de estrategia de captación, no lo vamos a resolver hasta que no tengamos recursos humanos adecuados, como para, este, como para promocionar y para salir a captar a las adolescentes”. (Autoridad, Público)

En el caso de las instituciones privadas, los profesionales sostienen que a partir de la implementación del nuevo sistema de salud, la realidad de la población usuaria ha cambiado con lo cual se enfrentan a un mayor porcentaje de adolescentes embarazadas con captación tardía, como lo hemos mencionado. Para afrontar estas situaciones se han implementado en algunas instituciones privadas un sistema de policlínicas de atención inmediata que posibilita un pronto acceso a una consulta ginecológica.

“A raíz de justamente la exhortación de Salud Pública de captar las embarazadas en las primeras semanas cosa que veíamos que no ocurría, o si la captábamos después, para llegar al ginecólogo podía pasar de repente un tiempo mucho mayor y a veces se perdía porque o no venía más o se hacía un aborto y se acababa el embarazo, pero en general seguían pero entre que se pedían los exámenes y la consulta con el ginecólogo transcurrían muchos días, en cambio ahora, teniendo esos números reservados exclusivamente para las embarazadas que vienen en ese momento, se solucionó la captación precoz en forma muy rápida”. (Autoridad, Privado)

Los profesionales refirieron que no existían diferencias en relación con la forma de registro del embarazo, se utiliza la misma historia clínica o carnet prenatal (ficha del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – CLAP) que utilizan con mujeres adultas.

Las adolescentes fueron consultadas sobre su primer control de embarazo para conocer en qué semana del embarazo se había realizado. En la mayoría de los casos se trataba de embarazos captados en forma precoz, aunque se observaron embarazos tardíamente controlados en el sector público.)

También se indagó sobre los conocimientos que tenían las adolescentes sobre los distintos controles y cuidados durante el embarazo. Refieren haber hablado estos temas en las consultas pero se observó cierta dificultad a la hora de verbalizar la importancia o los motivos de estos controles. No obstante, al igual que los profesionales, refirieron cumplir con todos los controles mensuales y haberse realizado todos los estudios pertinentes.

5.4.4 Educación y preparación para el parto

En las entrevistas con los profesionales se observó que en el abordaje del embarazo en la adolescencia se hace mayor hincapié en las charlas o talleres educativos que abarcarían temas médicos y psicosociales. En aquellos casos en que existen equipos multidisciplinarios que trabajan en forma coordinada, se articulan estos encuentros con regularidad.

“...se trabaja todo lo que es el embarazo, los cambios que ocurren, los signos de alerta, lo que es el parto, lo que es el postparto inmediato, los métodos, todo lo que es el puerperio, los cuidados del recién nacido, las ITS y la lactancia”. (Profesional, Público)

“Dividimos en un taller el comienzo, otro más al final y después cuando trabajamos los cuidados del bebé. Trabajamos al comienzo qué es ser madre, estar embarazada, cómo se sienten, temores.” (Profesional, Público)

Las instancias de preparación para el parto parecen ser un aspecto integrado a la práctica en el abordaje del embarazo en la adolescencia. Todas las instituciones mencionaron que cuentan con estos espacios.

“...hay una partera que ve exclusivamente la preparación del parto para las adolescentes; que cuando son adolescentes muy próximas a los 15 años uno le insiste con que vayan a verla a ella, porque el grupo es más chico...y ella tiene una dedicación mayor, identifica problemas... ta?”. (Profesional, Privado)

5.4.5 Acompañamiento durante el embarazo y parto

Sobre el rol de los varones en las consultas de control obstétrico y en el parto, se reconoce la necesidad de su presencia como acompañante.

Desde las autoridades en el sector público, se repite el hecho de que las adolescentes vienen acompañadas a la policlínica pero principalmente con sus madres, y sólo en pocos casos vienen con sus parejas, en especial porque según expresan los profesionales, en la mayoría de los casos ya no la tienen.

Lo mismo relataron en el sector privado sobre la participación, donde en todo caso comienzan a participar más durante el final del embarazo, o sucede que la mujer está acompañada por la madre y la pareja.

En los casos en los cuales participan, los profesionales expresaron que los varones son muy colaboradores en las consultas, pero es particularmente en la sala de internación donde más se aprecia la presencia del varón. Por otra parte, es frecuente

que muchos de ellos, también adolescentes, no tengan los medios económicos para poder acompañarlas en todas las consultas.

“Acompañada viene casi siempre, por su mamá o por su pareja, mas por la mamá que por la pareja y a veces por alguna amiga o familiar pero... pero se han hecho cosas... en sala que aparece un poco más digamos, este... el compañero de la adolescente, en general, en una gran proporción, habíamos sacado eso en estadística, ni trabaja ni estudia tampoco... hace changas que dicen, yo que sé, changas que quedan en el aire, que no sabes ni de que viven, o sea que tampoco es porque esté trabajando, quizás culturalmente no le dé para venir, o bueno, o porque se borró ya. Pero cuando viene colabora, y si se encuentra cómodo, sigue bien, pero no es la mayor proporción de compañeros que vengan, vienen en general solas o con sus madres.” (Autoridad, Público)

Tanto en el sector público como en el privado, los profesionales manifestaron que más de la mitad de las adolescentes embarazadas que consultan no están en pareja, y en su mayoría van acompañadas por alguna persona de confianza a las consultas, más aún en el sector privado.

En las instituciones públicas las adolescentes manifestaron que se les habló sobre la ley de acompañamiento (Ley N° 17.386, 2001), que expresa que tienen derecho a estar acompañada por una persona de su confianza o de una persona entrenada para darle apoyo emocional. El espacio donde les hablaron de este derecho fue tanto en la consulta como en las charlas a las que concurren antes del parto. Se aprecia que en la mayoría de los casos su persona de confianza para el trabajo de parto y parto es su madre, y no una pareja. En algún caso manifestaron que no querían que las acompañase su pareja en ese momento.

En general las adolescentes del sector privado plantearon que se sienten bien si las acompañan, de todas maneras son más los casos en que la acompañante es la mamá

en lugar de su pareja. Aquellas adolescentes que tienen pareja expresan la importancia de sentirse acompañadas por ellas y manifiestan que perciben que es mejor su compañía.

“Sí, porque es algo que hicimos entre los dos y es bueno compartir... porque no es que ahora la mujer sola que tiene que lucharla en todo...” (Público)

“Está bueno porque sabes que tenés a alguien que te acompaña, que te apoya... y eso... y a veces, por ejemplo... cuando yo venía meses anteriores... que veía que venían muchachas embarazadas solas, solas, solas... y me daba cosa... yo siempre con alguien quiero venir por lo menos ...” (Privado)

“Es importante para que se involucren también en el proceso, ¿no?... que la doctora me explique a mí, y que también le explique a él lo que es... ¿no?” (Privado)

En este sentido, plantearon que los profesionales se muestran interesados en la participación de ambos y que ellos se sienten cómodos e incluidos en la consulta.

“Ah sí... yo creo que les interesa más que estemos los dos... a que esté sola...” (Privado)

Se indagó con los profesionales sobre las estrategias implementadas para promover la participación de la pareja en los controles de embarazo. Éstos manifestaron que habilitan y promueven esta posibilidad.

“Bueno, eh, como que implementar estrategias no, pero las invitamos, siempre les decimos que vengan con alguien si quieren, este, las que tienen parejas, a veces, muchas veces, no tienen pareja, pero siempre que tienen pareja... incluso... y ellas lo saben, cuando a veces alguna entra sola y dejan a la pareja afuera, entonces nosotros

insistimos en que los dejen entrar, porque, digo, como que de afuera, ahí como que mirando, con la ñata contra el vidrio. Este... ahí si los hacemos entrar, y bueno las que vienen con las madres, por supuesto, de repente, como te dije hoy, para nosotros es una cosa tan normal que vengan con la pareja... no es una estrategia, se los decimos". (Autoridad, Público)

"La pareja en el control del embarazo, viene poco en este medio... viene poco, pero viene a veces... ¿no? Este... la embarazada muchas veces está sola Acompañada viene casi siempre, por su mamá o por su pareja, más por la mamá que por la pareja y a veces por alguna amiga o familiar pero... pero se han hecho cosas". (Autoridad, Público)

"Estimulamos, pero no hay un 100% de participación hay más participación de la madre que de la pareja". (Profesional, Privado)

Desde los y las adolescentes no surge espontáneamente que hayan sido informados/as sobre el derecho a estar acompañadas. No obstante, al indagar acerca del conocimiento sobre el tema demuestran estar informadas/os al respecto.

5.4.6 Puerperio

Se profundizó con los profesionales sobre las acciones que implementan los servicios para promover los controles durante el puerperio.

En general se observa que los profesionales promueven el control post parto en las embarazadas adolescentes. En algunas instituciones se coordina la visita del control del recién nacido con la ginecológica para facilitar estos controles. Se observó en las instituciones públicas la implementación de programas en los cuáles las agentes socioeducativas que integran los equipos de salud acompañan a la adolescente

puérpera durante un año luego del parto, lo cual incluye la promoción de los controles puerperales en el marco de un seguimiento integral.

“En realidad en el puerperio un control tienen. Al primer control post parto vienen siempre a esta policlínica, después consultan en otro lado. En el caso de los seguimientos, las que están en seguimiento, yo las visito, las jorobo cuando vienen a pediatría. Generalmente siempre cuando hay control del Plan Aduana, hay ginecólogo o partera en todas las policlínicas periféricas en el mismo horario. Es como una estrategia y yo las voy convenciendo y las llevo media a prepo y se van controlando, pero claro, es el único seguimiento que tenemos”. (Profesional, Público)

“Lo que se hace es la captación en la maternidad, el vínculo ya lo traes de ahora, desde el embarazo, se la sigue si está de acuerdo con el programa durante un año. Se la visita, se la ayuda a coordinar, se la ayuda a crear un proyecto de vida, que no se vuelva a embarazar. Antes solamente contaba eso, que en un corto periodo intergenésico que no se embarazara, ahora ya no. Ahora se apunta a que si dejó de estudiar vuelva, se la ayuda con todas esas gestiones durante ese año. Todo eso va apuntado en fichas del programa del Ministerio, Infamilia”. (Profesional, Público)

En el caso de las instituciones privadas, se implementan policlínicas especiales para puérperas también con el fin de facilitar estos controles.

“Salen del sanatorio con una fecha, hay una policlínica de puérperas que la maneja el Doctor X. Hay muchas pacientes que prefieren ir a su ginecólogo tratante. Tienen una cesárea, la seguí los nueve meses entonces viene a verme a mi, pero no obstante está la opción abierta de que hay una policlínica que se la llama a usted, usted sale de alta y tiene consulta tal día a tal hora con el Doctor”. (Autoridad, Privado)

En algunas instituciones se visualizó poca adhesión a la atención post parto, pues sucede que en la mayoría de los casos cumplen de manera rigurosa los controles pediátricos, pero faltan a sus consultas.

“El tema es el post parto. Vienen a la primera consulta y todo pero después sí te cuesta que se sigan controlando, ahí sí. Al bebe cumplen con todos los controles pediátricos pero al ginecólogo no vienen más, una o dos veces y gracias, a no ser las que se coloquen un DIU que esas (mujeres) puede ser (que se controlen) un poco más.” (Profesional, Público)

“En el caso de los seguimientos, las que están en seguimiento, yo las visito, las jorobo, cuando vienen a pediatría. Es como una estrategia y yo las voy convenciendo y las llevo media a prepo y se van controlando, pero claro, es el único seguimiento que tenemos.” (Profesional, Público)

Más allá de estas acciones, se observó que las infecciones puerperales no constituyen para los profesionales un problema que se agrave en esta etapa y en esta población.

“No es una población que sea la que más aborta, ni la que más ha muerto por muertes (maternas), no es un problema concreto de adolescentes. Los problemas de adolescentes vienen por otros lados, por embarazos fuera de término, por embarazos más cortos, pero no por infecciones, por sífilis, no, no va por ahí el asunto”. (Autoridad, Público)

Las instituciones que cuentan con programas de seguimiento a las puérperas refirieron brindar un acompañamiento que incluye la elaboración de un proyecto de vida junto con las adolescentes durante el primer año luego del parto de modo de brindar apoyo psicosocial.

Con respecto al embarazo y la continuidad de los estudios, se observó que las adolescentes que estaban estudiando al momento del embarazo manifestaron estar interesadas en seguir haciéndolo. A partir de su discurso se evidencia que los centros educativos facilitarían esta continuidad.

“-Las que dejaron de estudiar, ¿les gustaría volver a estudiar?”

-Si, yo voy a volver a estudiar.

¿Se las van a arreglar? ¿En los liceos les impidieron algo?

-No, al contrario, nos dieron toda la asistencia posible para que siguiéramos.”

5.4.7 Lactancia en madres adolescentes

Con respecto a la estimulación de la lactancia, los profesionales coincidieron en que al igual que con los controles de embarazo, la embarazada adolescente no presenta mayores dificultades en la adhesión. También se mencionó que se realizan acciones para preparar a las chicas para amamantar.

“Es mucho mejor que las adultas. Dan de mamar como una cosa más natural, no tenés que hablar tanto”. (Profesional, Público)

“...tienen buena adherencia las adolescentes a la lactancia, no sé comparativamente, no sé... era buena... la preparación se hace, que fue tu pregunta concreta, se hace”. (Autoridad, Público)

Las adolescentes también refirieron haber recibido indicaciones y consejos para promover la lactancia durante los controles de embarazo y puerperio.

5.5 Evaluación de la conformidad del embarazo

La normativa sanitaria “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” (también conocida como “Iniciativas Sanitarias”) refiere al derecho de toda mujer de recibir toda la información necesaria para decidir qué hacer cuando se encuentra en la situación de un embarazo no deseado. Establece que todo centro de salud debe brindar: asesoramiento e información para prevenir los riesgos y daños de un aborto provocado en condiciones de riesgo; atención inmediata en caso

de haber abortado para evitar las complicaciones; y asesoramiento anticonceptivo para prevenir posteriores embarazos no deseados.

En las entrevistas a autoridades y profesionales de los equipos de salud se exploró sobre cómo evalúan la conformidad con el embarazo, si existía algún espacio de asesoramiento para mujeres en situación de embarazos no deseados y en qué consistían los mismos.

Desde las autoridades del subsector privado se planteó que no se implementa la normativa sanitaria. Reconocieron tanto no conocerla, como que no la implementan por cuestiones personales, al tiempo que desestimulan la práctica del aborto en las mujeres en general.

“¿Tienen sistematizada la respuesta, qué es lo que hacen?”

“No. Personal, yo trato de desestimar la interrupción por un tema personal, por un tema filosófico”. (Autoridad, Privado)

Desde las autoridades se destacó que no hay una política institucional definida y que el asesoramiento por parte de quienes lo brindan responde a iniciativas personales.

“Posiblemente surja de la consulta. En general eso lo manifiesta el propio paciente, “yo no quiero este embarazo”, eso es un problema suyo, acá se lo ayudamos a cuidar es lo que yo le digo”. (Autoridad, Privado)

Los profesionales de las instituciones públicas en las que existe un servicio de asesoramiento mencionaron conocerlo, pero los presentan como servicios independientes del propio, por lo tanto no aparecen integrados a la oferta para adolescentes aunque sí realizan derivaciones.

“Acá están funcionando las Iniciativas Sanitarias. El mismo programa que está en el Pereira Rossell acá trabajan, no es ningún programa nuestro”. (Profesional, Público)

Vale aclarar que el Hospital Pereira Rosell es la maternidad de referencia, donde se comenzó a implementar el asesoramiento para embarazos no deseados. El programa comenzó a extenderse a través de capacitaciones a equipos de salud en el resto del país. Desde el relato se percibe que algunas adolescentes llegan a las consultas con la duda de si están embarazadas o no. Si bien en su mayoría continúan con el embarazo, es común que aparezcan dudas e incertidumbres por la situación a la que se enfrentan. En estos casos influye mucho lo que piensan las demás personas de su entorno, sea familia, amigas y profesionales de la salud, por lo que resulta fundamental que se brinde un asesoramiento integral y objetivo, que sea consecuente con la indicación de la normativa vigente.

En general expresaron que para evaluar la conformidad con el embarazo les preguntan directamente. En algunos casos, las adolescentes lo plantean por sí mismas.

“Y... por preguntas... por preguntas exactamente dirigidas... que al principio muchas veces no tienen confianza para plantearlo” (Autoridad, Público)

“Sí, cuando es positivo les decimos: tú querías este embarazo o no? y algunas te dicen que sí y algunas te dicen que no.” (Autoridad, Público)

Sobre cómo se enfrentan las adolescentes a embarazos no planificados, los profesionales relatan que tienen más miedo a la realización de un aborto, mientras las mujeres adultas van más decididas. Parecería que a las adolescentes les importa lo que piensan otras personas o necesitan más tiempo para tomar una decisión.

“A interrumpir un embarazo le tienen miedo pero por la parte legal. Nosotros les decimos “tenés que decirnos lo que vas a hacer”, porque a veces no nos dicen”.
(Profesional, Privado)

“... y capaz que la adolescente bien grande o la mujer adulta cuando tiene que interrumpir el embarazo es como que está más decidida ¿no? La adolescente como que la veo que está más en esa situación... tomar una decisión así con treinta años no es lo mismo que con catorce, no es lo misma... mi experiencia es la mujer grande que si decide interrumpir su embarazo es por h o por lo que sea, es la interrupción y chau, y en el adolescente es raro, no le importa, es la madre en el medio, la pareja no le importa nada, va sola, muchas veces no sabe nadie o sabe un amiga, como que el adolescente nunca me ha pasado que venga una de catorce años sola que venga a interrumpir... que diga estoy embarazada... no... pero este hay más dudas, hay más dudas, hay mas influencias de los de afuera, también forma parte de la edad.”
(Profesional, Privado)

“No se plantean la posibilidad de abortar no están tan convencidas”. (Profesional, Privado)

Los profesionales plantearon que aquellas que toman la decisión de interrumpir el embarazo son las adolescentes que tienen otros proyectos de vida vinculados al estudio principalmente.

“Me acuerdo una chica que pensaba que no era, que había quedado sin querer, que ella quería seguir estudiando y estaba segura que la madre la iba a sacar de la casa. Se trabajó con psicóloga, se la derivó... Por lo general son las que piensan más en todo el futuro.” (Autoridad, Público)

De todas maneras plantean que son menos las que toman la decisión de interrumpir el embarazo.

En el sector privado, al preguntar cómo realizan el asesoramiento, los profesionales refieren hacerlo en sintonía con lo que plantea la normativa sanitaria, pero por momentos parecería que existen dificultades en relación con la legalidad de poder

hablar claramente sobre técnicas seguras para realizar un aborto y la ilegalidad de la práctica del aborto en sí misma.

“Ya ahí les explico que el aborto en Uruguay es ilegal que nosotros los ginecólogos que además siempre estudiamos por la vida y por las cosas entendemos, yo entiendo que hay situaciones para tener un hijo y que hay situaciones que no lo son y que no soy quien para juzgar si sí o si no, lo que si ella me viene con una decisión tomada de que quiere interrumpir su embarazo lo que yo abalada por el decreto del poder ejecutivo por todo lo que se está haciendo por toda la iniciativa no es un invento mío, le explico que no es una situación que estamos haciendo ahí escondidas, lo que yo hago es asesorarla para que no corra riesgo haciéndose un aborto en condiciones de riesgo. La asesora con el uso del Misoprostol por supuesto no se lo receto, no nada de eso... pero se le asesora de usar Misoprostol, pero bueno después las controlo”.
(Profesional, Privado)

Se destaca que la mayoría de las adolescentes vuelven al servicio desde donde fueron derivadas, lo que podría implicar una aceptación y conformidad con la propuesta que le brinda el servicio.

“-¿La derivan al servicio y vuelve esa chica al espacio?”

-Vuelven, y le decimos “esto es un llamado de atención, tenés que cuidarte, acá no te cuidaste” porque aparte nosotros hacemos mucho hincapié en el preservativo, tomaste una pastilla pero no usaste preservativo y también hacemos hincapié en el varón”.
(Autoridad, Público)

A nivel privado el asesoramiento pre y post aborto lo realiza cada profesional por su cuenta. Consiste primero en corroborar que el embarazo existe, pues es frecuente que quieran abortar y no estén embarazadas; luego asesorar sobre el uso del Misoprostol, y asegurar que no se vaya sin el asesoramiento anticonceptivo.

Se observó en este sector una discordancia entre las apreciaciones sobre el asesoramiento entre las autoridades y los equipos de salud. Los profesionales mencionaron brindar asesoramiento, mientras que desde las autoridades se mostraron contrarios a esta práctica.

En relación a la situación de embarazos no planificados, los equipos se apoyan principalmente en profesionales de la psicología. Expresaron que van con “la psicóloga” para hablar con ella de esta situación y conocer sus dudas.

Tanto en el sector público como en el privado, las adolescentes mencionaron que la conformidad con el embarazo no fue un tema tratado en las consultas. A su vez mencionaron que nunca se les habló del servicio sobre asesoramiento para prevención de riesgos, para el caso de estar en situación de embarazo no deseado y querer abortar.

En general refieren que se animarían a plantear su situación a alguien del equipo, pero desconocían que existía algún asesoramiento para estas circunstancias.

“Yo me iría a un centro así... que supiera informarme todo... porque por ahí ella hacía eso, interrumpía el embarazo y no sabía después los efectos que podía... tener... de la interrupción... (Privado)”

En el sector público, si bien les habilitan a plantear sus dudas y preguntas frente a la situación de un embarazo no planificado, de todas maneras parecería que prevalece el consejo de que continúen con el embarazo.

“La psicóloga te plantea todo eso. Ella te ayuda a sacar todas tus dudas, decir todos tus miedos, decir si te sentís bien, si te están apoyando o no, si no querés, si intentaste hacer algo. Obvio que te aconseja para que lo tengas, pero ahí está en cada uno.” (Público)

Al mismo tiempo expresan que de encontrarse en esa situación, pedirían consejo a amigas que ya hayan transitado por esta situación, antes de pensar en consultar en la policlínica.

Las adolescentes relataron conocer situaciones en las que las mujeres que abortaron pusieron en riesgo su salud y su vida, y haber recibido información sobre el aborto en ámbitos educativos.

“Aparte ponemos en riesgo nuestra salud y nuestra vida porque yo tengo una amiga que se hizo un aborto y falleció. Es horrible, yo vi un video que a mí me chocó porque te arrancan los pedazos del bebé como con un caño.” (Público)

Se observó que las adolescentes de instituciones públicas conocen principalmente los métodos menos seguros que ponen en mayor riesgo su salud en caso de interrumpir el embarazo. También relataron los canales por los que se transmite esta información.

“-¿Qué conocen acerca de los métodos para abortar?”

-Sonda, remedios, yuyos.

-¿Qué yuyos así?

-Uno que le dicen brasilero siete brujitas o algo así.

-Esas cosas las saben por la familia, por las amigas pero no porque haya un lugar al que puedan ir a preguntar.

-La canela también.

-Hay tipo curanderas también.

-¿Saben si hay métodos que sean más seguros que otros?

-Yo creo que ninguno es seguro.

-Es clandestino.” (Público)

En tanto al preguntar a las adolescentes de los privados sobre los métodos para abortar algunas expresaron que no conocen ninguno y otras que conocen “la pastilla”, refiriéndose al Misoprostol. Esta información fue transmitida entre amigas, quienes ya habían transitado por la experiencia. Aún así no tienen demasiada información sobre su uso, las maneras de colocación, etc.

“Ahí va, ¿Qué formas de aborto conocen?”

-Formas, formas no... una pastilla que ingieren... que quería tomar...

- Misoprostol...

- Eso... que te lo venden en una farmacia... es tan normal

-No te la venden...

-Es complicado pero la consiguen...

-Ellos se que la consiguen...

-Ahí está, sé que ella la conseguía la pastilla... No sé cómo se llama ni idea, pero la conseguía...

-O sea que esa información la tienen... no en los servicios de salud... existe...

-¿Sabes donde lo supo ella? ¿De dónde saco la información tu amiga?

-De otra chiquilina... de amigos de amigos...y eso se sabe más rápido que, que si fuera... lo que es mantener relaciones me parece”. (Privado)

Estas adolescentes del sector privado plantearon que a algunas les consultaron si querían continuar o no con el embarazo, mientras que en otras no se hizo alusión al tema.

“A mi no me dijo nada... me mando a la ecografía y... tenélo!” (Privado)

Si bien muchas plantearían en el servicio el deseo de realizar una interrupción, algunas también transmiten una sensación de miedo a que se las cuestione por sentir

el embarazo de esa manera, principalmente por la legislación restrictiva que existe en Uruguay.

“Y yo la primera vez que vine, yo... yo no sabía que se podía hacer eso... a mi me daba un poco de miedo decirle al médico o al ginecóloga... me lo quiero sacar... y no lo quiero tener... ¿entendés? Yo lo tuve igual, pero da un poco de cosa decirle, capaz que ella te dice “no el aborto, no está legalizado”. (Público)

En sintonía con lo anterior, en el ámbito público como en el privado valoraron positivamente que existan servicios de asesoramiento para adolescentes, pues sienten que les falta información y que es importante que se la transmitan en esos espacios calificados.

“Por eso está bueno, eh... eso de los adolescentes, porque como nosotras no estamos muy maduras, no sabemos, todo... lo que es... entonces está bueno para que... que son especialistas, que te pueden... brindar toda la información... pero hablarte bien, viste... eh... yo que sé... son personas que están especializadas en adolescentes...” (Público)

En las instituciones públicas las adolescentes presentaron opiniones ambiguas referidas al aborto. Por un lado, expresaron que no interrumpirían su embarazo porque deben hacerse cargo de sus acciones. Al profundizar en el discurso se observó que comprenden que otras mujeres lo realicen en algunas situaciones.

“Y si lo haces sabes las consecuencias que vas a tener... Pero en el tema de... de las niñas violadas, y mujeres violadas que... que por qué vas a tener un hijo que no lo vas a querer de ninguna manera... pienso yo... Y también la situación económica, que no está para estar teniendo hijos, digo yo.” (Privado)

5.6 Confidencialidad de la consulta

Se consultó a los profesionales acerca de la política institucional respecto a la presencia de los padres en la consulta ginecológica con adolescentes. Se encontraron diferentes posturas al respecto. En algunos casos, se pide que las adolescentes entren solas a la consulta.

En otros casos, se menciona que es importante la presencia de la madre en el caso de adolescentes menores debido a la responsabilidad médico legal.

“...yo creo que la madre tendría que estar interesada por lo que le está pasando a su hija, además son menores. Desde el punto de vista de la responsabilidad médico legal en el caso de que haya que hacer un examen médico genital, acompañada con la madre o le pediré apoyo a enfermería”. (Autoridad, Privado)

Los profesionales refirieron que las adolescentes tienen distintas preferencias al respecto. Se menciona que la presencia de los padres en las consultas genera dificultades debido a la inhibición de las adolescentes de hablar libremente de ciertos temas frente a sus padres o al hecho de que éstos suelen responder las preguntas que se le realizan a la adolescente.

“Me pasó de todo, chiquilinas que dijeron “no mamá esperame afuera yo quiero hablar con el médico”, sobre todo algunas que han iniciado su relación y no quieren que su madre participe de esto, y otras que aceptan que su madre entra y cuando su madre entra la que habla es la madre. Ese es el problema (Autoridad, Privado)”.

“Lo que si trato de hacer hincapié es que si a veces entran con la madre, es que le preguntas a ella y te contesta todo la madre, entonces ahí, amablemente le digo que trataremos de conversar y charlar y que me conteste todo la paciente”. (Profesional, Privado)

En varios casos se le da la opción a la adolescente si quiere entrar sola o con la madre. También se mencionó que esta pregunta se vuelve a realizar al momento de la revisión ya sea para que la madre se retire o ingrese.

“...yo lo que siempre hago es que la adolescente que viene a consultar, es mi paciente y es la que elige. Muchas veces quieren pasar solas ellas, porque les gusta su espacio su privacidad, otras veces no, y bueno, a veces te parece que hay temas que no quedaron del todo hablados, por la presencia del acompañante, cuando las vas a examinar, es una instancia en las que yo les digo querés que te esperen afuera?, te voy a examinar y ahí, como que muchas veces dicen que sí, porque bueno, les da vergüenza que se yo, adelante del familiar que no siempre es la madre, otras prefieren que las acompañen. Y ahí como que dicen cosas que no dijeron en presencia del acompañante.” (Profesional, Privado)

“Le preguntamos a la adolescente. Muchas veces van solas, pocas veces van con los padres, van con las amigas. Cuando van con la madre, les decimos vos vas a entrar primero, vamos a charlar un poquito y después le preguntamos a ella si quiere que entre la mamá y ahí a veces sí, otras veces no. Si vemos algo que es importante tratamos que vengan los padres, hemos hecho eso también. (Autoridad, Público)”

“Hay situaciones donde yo pregunto si quieren entrar con alguien que las acompañó y me dicen que no y les tomó los datos sola y en algún momento yo veo la necesidad de pedir que venga un adulto y les digo: tu vivís con tu tía o tu abuela, necesito hablar con tu tía o tu abuela porque tu necesitas apoyo de esa persona para que tu embarazo lo puedas vivir bien y que tal cosa se pueda solucionar, tenés que comer mejor y eso de la comida no depende solo de ti.” (Profesional, Público)

Con respecto a las actitudes de los padres que acompañan a sus hijas a las consultas ginecológicas, en algunos casos se señaló que hay madres que piden para hablar sin la adolescente presente, lo cual es rechazado por los profesionales.

“Muchas veces las madres quieren, dejar afuera a la adolescente porque, yo que sé, quieren decir algo, no, no, acá la paciente es ella, acá pasan las dos, porque a mí me parece que eso genera desconfianza, si yo le digo que no le voy a decir y la dejo afuera, qué sabe lo que hago cuando no está. Lo que siempre en definitiva, la que manda, quien esta o quien no está adentro de la consulta, es la adolescente.”
(Profesional, Privado)

Los profesionales indicaron que reconocer el inicio de la vida sexual es el tema que genera mayores resistencias por parte de las adolescentes para hablarlo frente a sus referentes familiares. De esta manera, son conscientes de la importancia de la confidencialidad de algunos resultados clínicos que dejan en evidencia este inicio, así como del consejo anticonceptivo.

“...cuando viene una adolescente a hacerse un Papanicolau y sé que tuvo relaciones sexuales, ahí le sale que tiene un HPV y que tiene que hacerse una colposcopia por ejemplo, y dicen yo no quiero decir en mi casa no quiero decir, ahí como que, y para hacerse los estudios sí que necesitan plata. Y ellos dicen prefiero pagármelo, o pedirle a fulanito que tengo confianza para decirle. Digo capaz que no tanto con HIV pero capaz que con otra sí, que en definitiva dan cuenta de la vida sexual y de la confidencialidad, el hecho de ser una enfermedad de transmisión sexual preocupa más. Pero también tiene otra implicancia no?, porque no decir que tenés HPV a los padre,s y no decirle que tenés Sida es otra cosa.” (Profesional, Privado)

Se observó en general una actitud respetuosa de los profesionales frente a la confidencialidad que debe mantenerse en el abordaje de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Con respecto a la actitud de los padres acompañantes, los profesionales refirieron, salvo casos excepcionales, que no han tenido dificultades al plantearles que es preferible que la adolescente entre sola a la consulta si lo desea.

Las adolescentes participantes de los grupos manifestaron ver con naturalidad que la madre entre a la consulta. La mayoría daba cuenta de que existía previamente un diálogo con la familia sobre estos temas por lo cual veían positivo compartir la consulta. Algunos profesionales y adolescentes opinaron que los padres que acompañan a sus hijas a la consulta de ginecología presentarían cierta apertura o aceptación de la vida sexual de éstas. Es importante considerar que en muchos casos se trataba de adolescentes embarazadas en donde ya era evidente el inicio de las relaciones sexuales.

Al referirse a otros adolescentes, las participantes refirieron conocer situaciones en que es incómodo ingresar a la consulta con sus padres dado que no tienen un diálogo abierto sobre estos temas. Es posible pensar que estos adolescentes serían los que menos acceden a estas consultas con lo cual su acceso a la información se vería agravado.

5.7 Los varones y la salud sexual y reproductiva

En el sector público en aquellas instituciones donde se brinda un servicio desde la perspectiva que promueve el Programa Nacional de Adolescencia, en tanto Espacio de Salud Adolescente, donde los varones estarían más incluidos, se planteó que los varones que concurren son muy pocos, que principalmente lo hacen para buscar preservativos, y que en otros casos participan por ser pareja de alguna chica que sí concurre al espacio.

“-Van más mujeres. Los varones van medio como tirados de los pelos a veces a pedir algún preservativo o alguna duda, pero al varón es muy difícil captarlo. Le da vergüenza cuando ve que hay otras chiquilinas a no ser que tenga un problema.

-¿Y a qué van?

-Tendrías que preguntarle a ellos porque sé que van a buscar preservativos, no son la mayoría pero van.” (Autoridad, Público)

Desde las autoridades en el sector público se plantearon ciertas dificultades al pensar estrategias para incluir a los varones dentro de los servicios que se brindan. Es difícil pensar al varón sino es desde una perspectiva de acompañante de la mujer embarazada, pues los servicios consisten en la mayoría de casos en policlínica de ginecología de adolescentes.

En este sentido transmitieron que es una falta el no poder atender varones en tanto pueden tener necesidades en SSR diferentes.

“Eso es una falta que tiene el servicio que dice no ver varones, ve los varones que acompañan a las mujeres, pero no varones en sí, tendrían que ir, no sé, a un espacio de pediatría pero el nuestro, no, no atiende”. (Autoridad, Público)

En cambio en el sector privado desde las autoridades no se perciben qué tipo de necesidades pueden tener los adolescentes, pues plantearon que sí existe en sus centros de asistencia alguna orientación sobre disfunciones sexuales en varones, que no son exclusivamente las preocupaciones con las que podría llegar un adolescente.

“Jefe de urología, perdón... es un poco el que se encarga de manejar el tema de la parte sexual y el trabaja con una internista sexóloga, quizás no tanto en el enfoque de la adolescencia que por ahí no existen mayores problemas, si existen son los mínimos que con respecto a... personas de mayor edad.” (Autoridad, Privado)

A las adolescentes se les preguntaba donde les parecía que podrían recurrir los varones para el asesoramiento en salud sexual y reproductiva. En estos casos ellas

refirieron que las instituciones educativas eran las que más les pueden proveer de educación y es donde han podido tener más respuestas. También se mencionó a las familias como fuente de información.

“No se me ha dado, pero con los padres... Eh... mis dos amigos por ejemplo... que son mis mejores amigos con los padres... y si no... en el liceo que siempre fue muy buena la educación que nos dieron, en segundo... tuvimos todo el año dedicado a eso. Sino también hicieron talleres... pero eso como que no se entendió mucho, éramos muy chicos... Y ta, también en tercero... en biología esas cosas se dan... y el embarazo... bien profundo, bien explicado... y esta bueno también, porque después te evalúan entonces te das cuenta si en realidad entendiste todo, ta sino... irán a un ginecólogo, no se.” (Privado)

Claramente el hecho de que se trate de policlínicas de ginecología en la mayoría de los casos es una limitante para la captación de los varones.

Por otra parte, posiblemente el hecho de constituirse como espacios para mujeres y en varios casos para embarazadas, puede implicar reforzar el estereotipo de género que implica que el cuidado de la mujer se justifique en función del cuidado de otras personas. Como ya señalamos, muchas adolescentes concurrían por primera vez al ginecólogo debido al embarazo y probablemente dejen en muchos casos de atenderse luego del mismo.

“Yo iba... y a mi... me revisaban y ya estaba... y después no ... me dediqué solamente a la bebe, era siempre a los controles de la bebé... todas las semanas, llevándola al médico... a todos los controles... me dediqué a ella. A mi... recién ahora vengo a controlar”. (En segundo embarazo) (Público)

El alejar a los varones de estos espacios puede repercutir en que éstos no accedan a información necesaria y valiosa para una vida más saludable, lo cual puede implicar conductas de riesgo que difícilmente negociarán con las mujeres como el uso del

preservativo. Parecería que se partiera de que el varón no necesita esta consejería, o que sabe más que la mujer. De esta manera, resulta difícil promover en los varones el autocuidado y el cuidado mutuo, reforzando una perspectiva materno infantil. Como señala Helzner (2000, en López Gómez, 2003) la incorporación de la dimensión de género, debería apuntar a pensar en las consecuencias de una nueva relación entre mujeres y varones, superando un enfoque centrado exclusivamente en unas u otros.

6. Discusión y Recomendaciones

6.1 Características de los servicios para adolescentes

En relación al espacio físico donde funcionan los servicios diferenciales para adolescentes, parece necesario promover la existencia de espacios no vinculados a las áreas médicas o que funcionen en contrahorario de éstas para la realización de intervenciones de consejería y educación entre los adolescentes. Lo ideal para desterrar la medicalización en la promoción de salud de los adolescentes es que éstos puedan apropiarse de estos espacios, lo cual es difícil en el contexto actual de varias instituciones según lo analizado.

Tal como postulan las recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva de la OPS (2000), los servicios deberían estar instalados en el primer nivel de atención, o en lugares no convencionales como clubes, escuelas u organizaciones juveniles y religiosas, que sean gratuitos o accesibles, que funcionen en horarios flexibles, acordes a las necesidades de los/as adolescentes y que estén adaptados a la edad, desarrollo y los gustos de los/as adolescentes en la cordialidad del trato, ambientación, en el perfil de los trabajadores de la salud. Esta adaptación debiera hacerse con la participación de los/as adolescentes usuarios/as.

La promoción de salud es un tema mencionado por la mayoría de los profesionales consultados como fundamental en estos espacios de atención. Sin embargo, en casi todos los centros analizados la promoción se realiza exclusivamente en el ámbito de las policlínicas. Según la definición de OMS (1986) la promoción de salud es una estrategia que involucra sólo lateralmente a los servicios de salud y su personal, siendo ellos sólo un actor más en el proceso. En el caso de los servicios de adolescentes, parecen existir barreras para la implementación cabal de esta conceptualización desde el lugar donde estos espacios son concebidos, desde los

profesionales y desde los propios adolescentes que concurren a los servicios con demandas de tipo asistencialista.

En suma, lo que en la mayoría de los casos existen son policlínicas diferenciales de ginecología para adolescentes que atienden fundamentalmente a mujeres, en los que se aborda desde el consejo anticonceptivo hasta la patología ginecológica. La derivación a estas policlínicas se da a través de otros profesionales médicos de la institución.

Por lo tanto, el concepto de espacio de promoción de SSR no está desarrollado en la mayoría de las instituciones. Los espacios de promoción de salud para adolescentes que propone el MSP buscan llegar a mujeres y varones a partir de un abordaje general integrado, en el que la SSR se aborda como un componente más en la promoción. La derivación a estos espacios, pensamos debería realizarse a través del sistema de salud, de las instituciones educativas y de las instituciones sociales. En este sentido, parece recomendable la generación de espacios desde la sociedad civil en asociación con las instituciones de atención médica y las educativas.

En algunas entrevistas con autoridades se señaló que la experiencia de algunos espacios de salud adolescentes de Montevideo que funcionan en Centros Comunales Zonales constituye una buena práctica, lo cual se acercaría más a la noción de promoción deseada. También se mencionaron algunas experiencias de Ciudad de la Costa en la cual los adolescentes reciclaron locaciones abandonadas para construir los espacios adolescentes lo que facilita la apropiación de los mismos.

La puesta en práctica de los espacios adolescentes tal como se postulan desde el MSP requiere de profesionales de diversas disciplinas que dispongan de una buena cantidad de horas para estos servicios, que no es lo que ocurre en las instituciones analizadas, las cuales presentan dificultades en este sentido. Se observó que el hecho de que los espacios funcionen una vez por semana y en un horario reducido dificulta la

apropiación por parte de los y las adolescentes de estos espacios y refuerza la lógica asistencialista y médica.

En la mayoría de los servicios destacan como positivo el hecho de que se está haciendo el intento de pensar una atención diferencial para adolescentes, y que existan voluntades desde las direcciones de promover y destinar horas de profesionales interesados en esta población. Si bien se valoran estos esfuerzos que constituyen un avance sin precedentes, aún resta mucho por avanzar hacia servicios y espacios ideales para esta población. Por otra parte, en ningún caso se planteó la implementación de métodos de evaluación del impacto que éstos tienen sobre la salud de los y las adolescentes desde un punto de vista integral con especial énfasis en la SSR. A partir del Nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud emergieron indicadores que nos parecería importante relevar, para tomar en cuenta el momento que estamos donde se transita por cambios en los modelos tanto de gestión y de asistencia y que podrían considerarse para evaluaciones futuras.

Se observó que en aquellos casos en los que se entiende que el problema de salud no es privativo del adolescente, (VIH, Sífilis, Asesoramiento para interrupción segura del embarazo, controles puerperales) el mismo no es tratado con énfasis preventivo, desconociéndose que la continuidad del vínculo con el sistema de salud en esta población puede interrumpirse, por lo que no deben desperdiciarse oportunidades.

En cuanto a las debilidades de los servicios se planteó que los recursos económicos son muy escasos para trabajar con cierta movilidad, especialmente si se quieren realizar acciones que se entienden pertinentes, por ejemplo hacer visitas o captación de adolescentes. Sobre los materiales educativos, desde folletería y afiches, se observó que muchas veces son muy pocos con los que cuentan, y no les alcanzan para entregar en salidas que realizan o si la población los solicita.

Por último, se observó que los profesionales presentaron especial preocupación por la captación de las y los adolescentes que no concurren, quienes constituyen la población de mayor riesgo. Es necesario pensar desde los servicios en estrategias que favorezcan la captación de los y las adolescentes a estos espacios de promoción y prevención antes del embarazo.

6.2 Abordaje de los temas de Sexualidad y Anticoncepción

Se observaron importantes barreras en el acceso de las mujeres a consultar sobre su SSR por motivos no vinculados al embarazo. De esta manera, parece recomendable promover desde los servicios la concurrencia de estas chicas a estos espacios a partir de una estrategia de difusión de los mismos que los destaque como espacios amigables y confiables en los cuales se pueden abordar dudas vinculadas a la sexualidad. Esta estrategia debe incluir la difusión de estos espacios y la invitación a los y las adolescentes aprovechando los recursos existentes en la comunidad. En primer lugar, recurrir a las instituciones educativas barriales. De esta forma, estaríamos llegando a la población escolarizada, quedando por fuera la población que no concurre a instituciones educativas y que es de mayor riesgo. En este sentido, se recomienda la difusión en las radios comunitarias, diarios barriales, Centros Comunales Zonales, ONGs y otros espacios de frecuente concurrencia de los adolescentes. Sería importante que el equipo de salud que integra estos servicios participe de esta estrategia de difusión, de manera que los adolescentes se familiaricen con sus profesionales. Esta estrategia de familiarización puede incluir también la organización de visitas por parte de los liceos a los espacios.

Las diferentes opciones sexuales de los y las adolescentes no son una temática abordada por los profesionales quienes han manifestado que no poseen las herramientas necesarias para este abordaje. Esta dimensión de la sexualidad no está

fuertemente interiorizada, ya que en general se parte del estereotipo de mujer y hombre heterosexual que representa la mayor proporción de consultas.

Con respecto a la oferta de anticonceptivos, claramente existen diferencias entre los distintos sectores de asistencia. Surge de los entrevistados la necesidad de que el sector privado incorpore la entrega de anticonceptivos como una prestación. De esta manera, se facilitaría el acceso a los mismos puesto que como se observó la compra de anticonceptivos conlleva superar varias barreras para los adolescentes, de tipo económico, cultural y psicológico.

Con respecto a la promoción del uso de métodos anticonceptivos es necesario aumentar el énfasis en la utilización del doble método para prevenir otros embarazos y las ETS.

Es necesario promover una amplia información y permanente acceso a la anticoncepción de emergencia tanto en el sector público como en el privado.

6.3 Abordaje de las enfermedades de transmisión sexual

Con respecto al abordaje de las ETS durante las consultas de control de embarazo en adolescentes, se observó que éste es insuficiente. Los profesionales y las adolescentes parecen priorizar otros aspectos de la salud de la embarazada más que la prevención de estas enfermedades. Pareciera que como práctica generalizada estos temas se tratan sobre el final del embarazo, vinculado a la anticoncepción, incluyendo al preservativo como un método más. Esta situación es especialmente grave en adolescentes puesto que la mayoría reconoce no tener pareja estable por lo que es esperable que las relaciones sexuales durante el embarazo sean de alto riesgo. Parece recomendable enfatizar en la función del preservativo como método de protección además de su función anticonceptiva durante los controles de embarazo.

Sobre este abordaje en las consultas no vinculadas al embarazo también se presentan barreras debido al desconocimiento de dichas enfermedades por parte de la población usuaria y la no identificación de las mismas como un problema de salud que pueda afectarla.

Parece recomendable incorporar a los controles de embarazo la consejería no sólo a la hora de indicar los análisis de rutina sino también al momento de entregar los resultados. La entrega de un resultado negativo debe ser una oportunidad aprovechable para evitar la positivización del mismo en el futuro.

6.4 Embarazo, parto y puerperio

Pese a los mitos populares que sostiene que las adolescentes controlan tardíamente e insuficientemente su embarazo a partir de un rechazo del mismo, los profesionales y las adolescentes coincidieron en que esta población es muy rigurosa con los controles. Esto se ve estimulado por políticas institucionales que favorecen un control accesible observado sobretudo en instituciones públicas. Las mismas consisten en conjugar a los profesionales participantes en el control multidisciplinario en un mismo día y horario lo que facilita el acceso. Sumado a esto, también se fijan las consultas de antemano estableciendo un calendario fijo, evitando las dificultades de acceder a los números para las consultas. Esta práctica es clara en el sector público no siendo tan universal en el sector privado, lo cual se identifica como una barrera.

Se observó que el abordaje de los embarazos en la adolescencia presenta algunas particularidades. Se hace énfasis en la importancia de un abordaje integral y multidisciplinario lo cual no se observa en los controles para adultas. También se enfatiza en el aspecto educativo y en la prevención de un segundo embarazo durante la adolescencia. Se observa que las charlas de preparación para el parto están integradas en todos los servicios.

Sobre el acompañamiento de la pareja se observó que los equipos promueven y habilitan esta posibilidad. Sin embargo, esto no siempre se da, aparentemente no debido a barreras institucionales, sino debido a la falta de la pareja o a que prefieren estar acompañadas por sus madres.

Se menciona una buena adhesión de las adolescentes al control puerperal. En algunas instituciones se facilitan estos controles conjugándolos con el control del recién nacido. Se destaca como buena práctica a replicar la implementación de programas de seguimiento que incluyen la elaboración en conjunto con la adolescente de un plan de proyecto de vida.

Las adolescentes manifestaron que los centros educativos facilitan la continuidad de su concurrencia durante el embarazo. Es importante determinar dónde se presentan las barreras para continuar la educación formal y establecer mecanismos de acción para revertir esta situación de inequidad.

6.5 Evaluación de la conformidad del embarazo

Parece existir una discordancia en la implementación de la Ordenanza 369 en el sector público y privado en los centros abordados. No existen políticas institucionales en el privado, el asesoramiento para la interrupción segura del embarazo depende de iniciativas de los profesionales. Parece no existir una coordinación entre las políticas institucionales y las acciones de los profesionales en este sector.

Sería importante que en el sector público, donde sí funcionan estos servicios, se integraran a la consulta para facilitar el acceso al asesoramiento.

Desde las adolescentes existe desconocimiento de la Ordenanza 369 así como de métodos seguros de interrupción del embarazo. Refirieron que en la consulta la interrupción no se plantea espontáneamente como una posibilidad desde los profesionales quienes en general desestimulan la práctica.

El asesoramiento para la interrupción segura del embarazo está respaldado por la Ordenanza ministerial 369 de 2004. La misma estimula un desempeño profesional adecuado a los principios bioéticos y médico-legales en el área de la prevención de daño por aborto realizado en condiciones de riesgo. De esta forma se generaron las condiciones para que una mujer que cursa un embarazo no deseado reciba información que le permita decidir entre las siguientes opciones: continuar el embarazo y aceptar al recién nacido/a, aceptar el embarazo y ceder el recién nacido/a en adopción o interrumpir el embarazo. Como sujeto de derechos, esa mujer tiene derecho a una atención integral en salud cualquiera sea la opción que elija y por lo tanto el sistema debe disponer de una normativa que la proteja y le brinde opciones en ese momento de máxima vulnerabilidad, si bien no proporciona los medios materiales para llevar adelante la interrupción del embarazo, en caso que esa fuera la alternativa que se decide seguir.

Esta información debería brindarse obligatoriamente en los servicios de salud tanto públicos como privados. La carencia observada contribuye a que entre los y las adolescentes los métodos de interrupción del embarazo más conocidos sean los del anecdotario popular, que en la gran mayoría de los casos son los más riesgosos.

6.6 Confidencialidad en la consulta

A partir de las barreras observadas en relación al tratamiento de la sexualidad de las adolescentes frente a sus padres, parece recomendable la habilitación por parte del servicio de un espacio de privacidad en la consulta en el que la adolescente pueda verbalizar sus dudas e inquietudes con garantía de total confidencialidad. Las recomendaciones de la OPS para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva (2000), recomienda que debería haber normas claras de confidencialidad para los/as adolescentes y sus

padres/madres, expuestas en el servicio, evitando la concurrencia de adolescentes a servicios de planificación familiar para adultos/as, donde puedan ser identificados/as.

Según vimos en la práctica, las normas no son claras ni están sistematizadas, sino que dependen de la voluntad del profesional y de cómo él considere que es mejor el abordaje de cada situación, lo cual deja dudas acerca de la efectiva protección de la confidencialidad.

6.7 El varón y la Salud Sexual y Reproductiva

Se observaron dificultades para incorporar a los varones a los servicios de SSR. En aquellas instituciones en que funciona un Espacio Adolescente la incorporación del varón si bien es escasa parece estar más habilitada. En las instituciones que cuentan con servicios diferenciales para adolescentes centrados en policlínicas de ginecología, o de atención de embarazadas adolescentes, el varón se encuentra excluido, salvo como acompañante de una embarazada. No se percibe como una necesidad la implementación de servicios de SSR para los varones, fomentando la inequidad de género.

A partir de las dificultades que se presentan para acercar al varón a estos espacios pensamos que sería importante aprovechar las instancias de consulta a los servicios de salud naturales o habituales para el varón -como los certificados de aptitud física para realizar deportes- como una oportunidad que no se debe perder para la consejería en SSR y para la invitación a los varones a la participación en los espacios adolescentes o en campañas, jornadas, etc. en las que se aborden temas vinculados a la SSR. Sin embargo, no se debe descartar la implementación de espacios en los que el varón también tenga un importante rol en el autocuidado y cuidado del otro.

7. Bibliografía

Aberastury, A. 1995, *La adolescencia normal*. Paidós Educator, Buenos Aires.

Acao Educativa et al. 2002, *Adolescência. Escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridades e baixa renda* São Paulo: Ação Educativa.

Amorín, David, Carril, Elina y Varela, Carmen. 2006, *Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo*. En López, A. (Coord.) *Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Tomo I. Montevideo, Trilce.

Aquino, E. et al. 2003, *Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais*, en *Cadernos de Saúde Pública*, 19, supl. 2, págs. 377-388.

Barker, R. 1953, *Adjustment to physical hándicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability*. bull 55. New York, social and science research council, New York.

Barran, J.P. 1999, *Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. La invención del cuerpo*. Ed. Banda Oriental, Montevideo.

Bourdieu, P. 2000, *Cuestiones de sociología*. Istmo, Madrid.

Brindis, C y Davis, L. 2001, *Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos*. Serie de Advocates for Youth Volumen IV, Washington, EEUU.

Cabella W. 2006, "Los cambios recientes de la familia uruguaya: la convergencia hacia la segunda transición demográfica" en: *Familias en cambio en un mundo en cambio*. Ed Trilce, Montevideo, Uruguay.

Celedón C, y Noé, M. 2000, *Reformas del Sector de la Salud y participación social*.
Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2),

Condiciones de salud del niño en las Américas. 1979, Publicación N° 381 OPS-
OMS

Acta No 35, Resolución. No 4. 2006, Consejo Directivo Central (CODICEN).
Administración Nacional Educación Pública (ANEP), Uruguay.

Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. 1994,
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Naciones Unidas. El Cairo.

*Programa de Acción -capítulo VII, sobre Derechos reproductivos y salud
reproductiva, Literal E*. 1994, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo,
Naciones Unidas. El Cairo.

Corbo G. y Güida C. 2009, *Mesas de diálogo. Maternidad y paternidad en la
adolescencia, Problema: Para quién?* s/e, Uruguay.

Debesse, M. 1962, *L'Adolescence*. Editorial Vergara. Barcelona.

Delval, J. 1998, *El desarrollo humano*. Ed. Siglo XXI. Madrid.

Erikson, E. 1968, *Insight and responsibility*. W. W. Norton & Co, Nueva York.

Foucault, M. 1977, *Historia de la sexualidad I la voluntad de saber*. Siglo veintiuno
de españa editores, s.a. Calle Plaza 5. 28043 Madrid España

Furstenberg, F. 2003, "Teenage childbearing as a public issue and private
concern", en *Annual Review of Sociology*, vol. 29, págs. 23:29.

Gabaldon B. 1999, "Los estereotipos como factor de socialización en el género",
Comunicar 12. pags. 79-88, Sevilla, Espana.

Gesell, A y Ames, L. 1956, *Youth: the years from ten to sixteen*, Harper, New York.

Gogna, M et al. 2005, *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, CEDES, Buenos Aires Argentina.

Goldberg R, Durán R, Mielke E, Monterrey J, Searing H, Viscarra M. 2006, "ACQUIRE Evaluation and Research Studies. Bolivia Baseline Survey, 2005: Technical Report" E & R Study #2

Grinberg, L. 1961, *El individuo frente a su identidad*. Revista de psicoanálisis, XVIII, Buenos Aires.

Hall, G. Stanley. 1904. *Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education (Vols 1 & 2)*. New York: Appleton.

Instituto de Educación y Salud; .Red Intersectorial Adolescencia y Juventudes. 2003, *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes*. Lima.

Programa Nacional de Salud Adolescente, Dirección General de Salud, MSP. 2009, *Guía para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención* Tomo I, s/e, Uruguay.

Güida, C. 1996, *Guía de atención primaria para educadores y docentes*. MSP, Uruguay.

Güida C, Martínez I, Salles G, Scarlatta L. 2007, *De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en sectores de pobreza extrema*. UNIFEM, PNUD, Uruguay.

Güida, C; Corbo, G; González, M; Torres, E. 2010, *Buenas prácticas de atención en salud sexual y reproductiva*. Proyecto Desarrolla – PNUD, Hospital de las Piedras – ASSE, (s/e), Uruguay

Kuhlen, RG. 1952, *The psychology of adolescent development*, Harper, New York.

Lamas, Marta. 1996, “La antropología feminista y la categoría género” en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG/Editorial Porrúa, colección de ciencias sociales, estudios de género. México.

Landis, PH. 1952, *Adolescence and youth, the process of maturing*. McGraw Hill, New York.

Lewin, K. 1946, “Behaviour and development as a function of the total situation” en *L. Carmichael ed. Manual of child development*, Jown Willey, New York.

López Gómez A. y Güida, C. 2000, *Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad*. Cátedra Libre Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología Universidad de la República, Uruguay.

López Gómez A. (coord.) 2005, Amorín, D.; et al. *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay (un estudio retrospectivo 1995–2004)*. Ed. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología / UdelaR. UNFPA. Montevideo.

López Gómez A. (coord.) Amorín, D, Berriel F, Carril E, Güida C, Paredes M, Pérez R, Ramos Brum V, Varela C, Vitale Parra A. 2006, *Proyecto Genero y Generaciones. Reproducción Biológica y Social de la población Uruguaya*, Trilce, Uruguay.

Lutte, G. 1991, *Liberar a la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy*, Editorial Herder. Barcelona.

Martin Criado, E. 1998, *Producir la juventud. Crítica de la sociología de la juventud* Madrid: Istmo.

Muus, R. 1996, *Teorías de la adolescencia*. Editorial Paidós, Argentina,

Nauar Pantoja, A. L. 2003, 'Ser alguém na vida': uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil', en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, supl. 2, págs. 335-343.

Obiols, Guillermo A. y Obiols, Silvia de Segni. 1995, *Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria. La crisis de la enseñanza media*. Kapelusz Editora, Buenos Aires.

Ordenanza Nº 369. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, 6 de agosto de 2004

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001, *Adolescent Friendly Health Services: a presentation of consensus statements, the bases of these statements and their implication for research and action*. Global Consultation on Adolescent Friendly Services. WHO, 7-9. Geneva, March.

OMS, 2006. *Defining sexual health. Report of a technical consultation o sexual health 28-31 January 2002*, Geneva. OMS, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Unidad Género, Etnia y Salud. 2004, *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. OPS/PALTEX, Washington D.C.

OPS. 2000, *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Serie OPS-FNUAP N2. Centro de estudio y Población, Buenos Aires, Argentina.