



Foro Ciudadano de Participación por la Justicia
y los Derechos Humanos

Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes:

**Diálogos posibles entre los jóvenes y
los servicios de salud**

2016

Presentación

Coordinación de la publicación Susana Checa y Silvia Tapia-Fac. C. Soc. UBA- Rosa Pappolla, Valeria Mulli y Daniel Rolón. CEPA- SAP.

Integrantes equipo UBA: Ana Palazzesi, Elsa Schwartzman, Cristina Erbaro, María Alicia Gutiérrez, María Fernanda Miguel y Luciana Arauz

Integrantes equipo del CEPA-SAP Carlos Sanz, Patricia Goddard, María Cristina González, María del Carmen Hiebra, Paulina Castello, Valeria Bulgach y María Victoria Gacitúa

Fecha de edición: Marzo 2016

Esta publicación recupera y sistematiza el análisis de los resultados y reflexiones generadas a partir del proyecto de extensión “Derechos de los/as adolescentes en poblaciones vulnerables: Promoción del acceso a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y relaciones no violentas” desarrollado por los equipos de profesionales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, el Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) de la Sociedad Argentina de

Pediatría y el Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos (FOCO).

Dicho proyecto se llevó a cabo en el marco de la 22° Convocatoria de proyectos de “Universidad,

Estado y Territorio”, desarrollada por el área de Extensión Universitaria y Vinculación Comunitaria de la Subsecretaría de Políticas Universitarias en el año 2014. Dicha convocatoria tiene como objetivo favorecer la articulación de las universidades con su entorno social, fortaleciendo sus vínculos con diferentes actores e instituciones para responder e intervenir en diferentes problemáticas sociales.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
Antecedentes	4
EL CONTEXTO DE ESTUDIO: La población adolescente en números	7
Introducción	8
Datos poblacionales y sociales del contexto	9
Aspectos educativos y laborales	12
Cobertura de salud	12
El área de intervención: Villa 21-24 y Núcleo habitacional Zavaleta	13
Políticas y programas orientados a los adolescentes	14
APROXIMACIONES CONCEPTUALES	19
Introducción	20
Adolescencia(s)	20
Género y sexualidad	24
Equidad en salud y derechos	25
El campo de la salud y la noción de <i>habitus</i>	26
Violencias y su abordaje desde el sector salud	28
ANÁLISIS DE RESULTADOS. Entrevistas a adolescentes usuarios/as de servicios públicos de salud	35

Introducción	36
Entrevistas a adolescentes: principales emergentes	36
Trayectoria de atención	37
Accesibilidad y estrategias de intervención	40
Abordajes sobre sexualidad y reproducción	47
ANÁLISIS DE RESULTADOS. Encuesta a profesionales de la red SAP	52
Introducción	53 a. Perfil de
los/as encuestados/as	54 b. Obstáculos y barreras percibidas
55 c. Fortalezas y estrategias	
59 d. Reflexiones sobre la práctica profesional	63
ETAPA DE INTERVENCIÓN. Interacciones entre adolescentes y prestadores a partir de la dinámica de talleres	71
Talleres sobre salud integral de los y las adolescentes	72
Talleres sobre derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes	73
Talleres con el grupo de murga de la Villa 21-24	76
REFLEXIONES FINALES	81
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	90

INTRODUCCIÓN

El proyecto *“Derechos de los y las adolescentes en poblaciones vulnerables: promoción del acceso a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y relaciones no violentas”* – del que presentamos sus resultados en la presente publicación– se focalizó en la población adolescente y en los prestadores que los atienden en servicios públicos de

salud con el interés de aportar al conocimiento, a la reflexión y a las prácticas de atención de la salud adolescente.

A través de la convocatoria y articulación de tres organizaciones: un equipo de investigación del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, una organización médica científica –la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), a través de su Comité de Adolescencia– y una organización de la sociedad civil –Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos (FOCO)– generamos herramientas para analizar el acceso y la inclusión equitativa de los/las adolescentes desde una perspectiva de género y derechos. Con un enfoque integral, apelamos a considerar los derechos, necesidades e inquietudes de los y las adolescentes, particularmente en el campo de la sexualidad y la reproducción.

A partir de un marco conceptual que incorporó dimensiones y categorías sustantivas para el abordaje de la salud adolescente –como son las de género, salud sexual, salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos– y a través de la aplicación de distintas estrategias metodológicas, se buscó identificar los obstáculos y barreras que surgen tanto de las instituciones, como de las prácticas profesionales y los mismos adolescentes, así como los posibles facilitadores para el acceso y continuidad en el proceso de atención.

De este modo, con el diseño e implementación de este proyecto de tipo interinstitucional e interdisciplinario, nos propusimos contribuir al desarrollo de la perspectiva de género y derechos en los efectores de salud del primer nivel de atención, con particular atención en los aspectos relacionados con la sexualidad, la reproducción y la prevención de la violencia en población adolescente. Al mismo tiempo, aportar a la disminución de la brecha entre los derechos y el ejercicio de éstos, fortaleciendo los canales de comunicación entre los efectores de salud y la población adolescente.

Antecedentes

La participación en la convocatoria del proyecto Universidad, Estado y Territorio de la

Universidad de Buenos Aires se realizó en asociación con el Comité de Estudio Permanente del Adolescente de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) dado que, desde hace varios años, con el equipo de la Facultad de Ciencias Sociales se han establecido vínculos en distintas investigaciones a partir de coincidencias conceptuales y estratégicas en el abordaje de la salud y los/as adolescentes. A su vez, desde el aspecto territorial y de la sociedad civil se convocó a la ONG, Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos (FOCO), por constituirse como una organización destinada a la promoción de los derechos humanos en distintos campos y con inserción territorial en áreas postergadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Finalmente, la experiencia del equipo UBA que lleva varios años trabajando en estas temáticas y con esta franja poblacional, motivó un interesante intercambio para concretar el proyecto. Vale aclarar que dadas ciertas dificultades para convocar a la población adolescente en el contexto de estudio fue necesario modificar algunas de las estrategias planteadas.

En el caso de los prestadores, el Comité de Adolescencia de la SAP a través de la red a nivel nacional que coordinan, promovió y aplicó una encuesta a profesionales de la red para conocer sus experiencias y modos de abordaje en la atención de la salud adolescente desde sus distintas inserciones y realidades. Dicha encuesta permitió, además, indagar sus opiniones acerca de las actitudes y prácticas de los jóvenes y también del entorno en el que viven.

A lo largo del proyecto se realizaron dos reuniones convocadas por dicho Comité donde se presentaron los avances de la investigación. En dichos encuentros el equipo de la UBA presentó resultados de investigaciones con usuarios/as adolescentes y también, los resultados de la encuesta realizada a los profesionales de la red, que fueron puestas en debate entre los distintos profesionales.

La propuesta de trabajo con los adolescentes se planteó, en primer lugar, a cargo del equipo de investigadoras de la UBA en el marco de una investigación desarrollada en el período 2010-2014. A partir de la realización de entrevistas a jóvenes a la salida de la consulta en consultorios y servicios con atención especializada para adolescentes de los

hospitales Argerich –y sus centros de salud–, Gutiérrez, Elizalde, se indagaron aspectos vinculados al proceso de atención en tales efectores

En una segunda etapa de la investigación, y en el marco del proyecto compartido con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) a través del CEPA, la Universidad de Buenos Aires (UBA) y FOCO nos propusimos profundizar el abordaje de la salud adolescente a partir de una propuesta de intervención.

Así, con el objetivo de indagar las percepciones, prácticas y significaciones de sus principales protagonistas y contribuir al debate y enriquecimiento de nuestros abordajes desde un enfoque interdisciplinario, se propuso la realización de talleres con jóvenes por fuera del contexto de los servicios de salud. De este modo, resultaba posible acercarnos a un sector de esta población que pudiera no estar llegando a los servicios.

En tales talleres se acordó abordar aspectos vinculados al derecho a la salud, y en particular, a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Para ello, se realizaron tres encuentros con un grupo de murga de la Villa 21-24 y en una organización social que ofrece actividades recreativas y artísticas a jóvenes de la CABA, en particular, de los barrios de la zona sur.

En el contexto de jornadas compartidas con los profesionales de la SAP, se propuso un intercambio a partir de los emergentes que surgieron de las entrevistas semiestructuradas que fueron realizadas a adolescentes usuarios de los hospitales mencionados de la Ciudad de Buenos Aires. Al mismo tiempo, a lo largo del desarrollo de la instancia territorial, profesionales de la UBA y la SAP, realizaron encuentros para objetivar experiencias sanitarias a través de conversatorios entre pares, que se objetivó a través de una encuesta realizada a profesionales de la SAP. Por medio de dicho instrumento, se recabaron datos que hacen al perfil profesional, fortalezas y debilidades en la atención de los y las adolescentes.

En esta publicación abordaremos los principales emergentes y reflexiones sobre el análisis de los resultados generados en las dos instancias de trabajo:

En primer lugar, se presentan los resultados generados a partir de las entrevistas con los adolescentes, luego se plantea el análisis de la etapa de trabajo con profesionales y

finalmente, en el último apartado, se describe el desarrollo de los talleres con adolescentes.

Con el fin de contextualizar el marco en que se llevó a cabo el proyecto, presentamos datos sociodemográficos y socioeconómicos que permiten realizar una breve caracterización de la población juvenil a la que se orientó especialmente este proyecto: adolescentes que residen en los barrios empobrecidos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

EI CONTEXTO DE ESTUDIO:

La población adolescente en números

Introducción

En este punto, a partir de la lectura de datos estadísticos, presentamos una breve caracterización de la situación de los adolescentes que residen en el área de la CABA en la que se desarrollaron las propuestas de intervención en el marco del proyecto.

Debe señalarse que los procesos de reforma política y económica iniciados en la década del setentas, profundizados en la década de 1990 y hasta la actualidad, se han manifestado en la fragmentación de la ciudad, con una tendencia a la polarización de las

distintas áreas y su población, así como de los recursos y las condiciones de vida a las que éstas acceden (Cravino, 2009; Urresti y Cecconi, 2007; Mazzeo et al., 2012). En tal sentido, algunos autores han observado que:

(...) el empobrecimiento y la consolidación de los procesos de concentración y exclusión social conforman un mapa social de la Ciudad de Buenos Aires donde se distinguen al menos tres áreas: la zona sur, con fuerte presencia de estratos socioeconómicos bajos; la zona norte, con claro predominio de estratos medios y altos; y el resto de la Ciudad, con un comportamiento más heterogéneo y presencia de sectores medios y bajos (Mazzeo et al, 2012: 55).

Aquí desarrollamos una aproximación a las condiciones de vida de los distintos sectores sociales que residen en CABA, especialmente, en lo que respecta a su acceso a la atención de la salud. Esto permitirá indagar acerca del modo en que se expresan condiciones y recursos diferenciales entre distintos sectores, en términos económicos, sociales y su expresión particular en el campo de la salud. En ese sentido, los datos construidos en el marco del Censo 2010 (INDEC), la recopilación *Resultados Censo 2010/2001* realizada por la DGEyC-CABA y la Encuesta Anual de Hogares (EAH/DGEyCCABA) posibilitan la comparación de las diversas dimensiones, como la sociodemográfica y la socioeconómica, en función de su distribución territorial en la Ciudad.

Como parte del proceso de descentralización de las últimas décadas, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) quedó organizada territorialmente en unidades de gestión política y administrativa denominadas *comunas*. A partir de la Ley N°1.777 del 2005, se estableció la división en 15 comunas¹ que agrupan la anterior división por barrios. Esta delimitación por comunas es tomada como base para la organización y sistematización de la información producida por distintas encuestas y el Censo en nuestro país.

El área seleccionada corresponde, por un lado, al barrio de Barracas, donde se asientan la Villa 21-24 y el Núcleo Habitacional Zavaleta (NHZ). Y por otro lado, al barrio de Parque Patricios. Tales áreas se encuentran ubicadas en la Comuna 4 de la CABA y –al igual que

la Comuna 8– en comparación con el resto, presenta dificultades significativas en sus indicadores de las distintas áreas sociales (salud, educación, cobertura en salud, trabajo, etc.)

Datos poblacionales y sociales del contexto

Con respecto a la *estructura de la población* se registra que, en comparación con el anterior Censo de 2001, la población de la CABA tuvo un crecimiento promedio anual de 4,5 personas cada 1000 habitantes. En el caso de la población de hasta 14 años, ésta disminuyó de un 18,9% en 2001 a un 16,3% en 2010. De acuerdo a los datos de la EAH, para los años 2010 y 2011, “la población adulta mayor (60 años y más) representa casi una cuarta parte de la población en ambos años” (DGEyC, 2012: 4).

Según los datos provisionales del Censo de 2010 las estimaciones de la población en

¹ “La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se divide en quince (15) Comunas cuya delimitación se ajusta al siguiente detalle, de acuerdo a los límites de barrios establecidos por el artículo 1° de la Ordenanza N° 26.607/72 y sus modificatorias (ver mapa en Anexo 1)

Comuna 1: Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución.

Comuna 2: Recoleta.

Comuna 3: San Cristóbal y Balvanera.

Comuna 4: Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya.

Comuna 5: Almagro y Boedo.

Comuna 6: Caballito.

Comuna 7: Flores y Parque Chacabuco.

Comuna 8: Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano.

Comuna 9: Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos.

Comuna 10: Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro.

Comuna 11: Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita.

Comuna 12: Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón.

Comuna 13: Belgrano, Núñez y Colegiales.

Comuna 14: Palermo.

Comuna 15: Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar y Agronomía” (Ley 1777/2005)

CABA indican que la población total es de 3.058.309 de personas. De los mismos el 53,7% son mujeres y el 46,2% varones. En tanto la población adolescente total es de 357.237 donde el 49,8% son mujeres y el 50,2% varones. Al analizar la composición por sexo, como en períodos anteriores, se destaca el predominio de mujeres en el total de la población (cada 100 mujeres, se encuentran 86,6 varones) (DGEyC, 2013). Si se

consideran los grupos de edad y el sexo por lugar de nacimiento, en los datos analizados en las EAH de 2010 y 2011 se advierte que:

(...) los porcentajes de las mujeres nativas de la Ciudad, superan a los de los varones a partir de los 30 y 40 años (2010 y 2011 respectivamente). Los porcentajes de las mujeres no nativas son superiores a los de los varones en casi todas las edades dando cuenta de la importancia de la migración femenina (DGEyC, 2013: 4).

Con respecto al lugar de nacimiento de la población, es posible señalar que casi el 40% no es nativo de CABA, siendo el 12,2% nacido en el extranjero y de ellos, el 6,6% en países limítrofes. Cabe destacar que entre la población migrante que ha arribado a la Ciudad entre los años 2008 y 2012, “el 44% proceden de la provincia de Buenos Aires y el 36% de otro país. La Comuna 8 presenta la mayor proporción de personas nacidas en países limítrofes (17,2%) y la Comuna 3 la mayor proporción de nacidos en países no limítrofes (9,9%)” (DGEyC, 2013: 2).

A través de datos proporcionados por la EPH en 2011, en CABA, con una población de poco más de 3 millones, residían 363.000 adolescentes entre 10 y 19 años, representando el 11,2% del total de la población porteña. De acuerdo a los resultados de la EAH del año 2012, se indica que “las Comunas 1, 4, 7 y 8 presentan mayores porcentajes de menores de 15 años (más del 20%) y las Comunas 6 y 10 registran los más altos de población de 60 años y más (más del 25%)” (DGEyC, 2013b: 2). En lo que respecta al promedio de edad de la población, se observa una importante diferencia entre la población residente en villas y el resto de la CABA, dado que en aquéllas el promedio de edad es de 24 años, mientras que el promedio para el total de la ciudad es de 39 años.

Según datos censales en CABA el 47,6% de la población “pobre” es menor de 18 años, lo que significa que casi la mitad son niños, niñas y adolescentes y en el 80% de los hogares pobres habitan chicos menores de 18 años. En función de los informes que analizan las EAH de los años 2010 y 2011, puede distinguirse una distribución porcentual de la población en el territorio diferenciada por dominio. Así, se registra que en ambos años “alrededor del 6% de la población reside en viviendas ubicadas en villas de emergencia,

el 5% en inquilinato, hotel-pensión y casa tomada y la mayoría (89%) en el resto de las viviendas de la Ciudad” (DGEyC, 2013b: 1). En cuanto al tamaño medio del hogar, el total de la Ciudad presenta 2,5 personas, mientras que en la zona sur este número alcanza 3,1 personas por hogar.

Por último, otro indicador a considerar entre los aspectos demográficos es el de fecundidad. Al analizar la evolución de la estructura de fecundidad por edad en CABA, en los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2012 resulta significativo observar que:

(...) el grupo 25-29 años registró el mayor peso relativo de la fecundidad hasta el año 2000 y a partir de 2005 se desplazó al grupo 30-34 años. Es decir, hubo un corrimiento en la edad de las mujeres al nacimiento de sus hijos. Se destaca el aumento del aporte de la fecundidad adolescente, que entre los años extremos del período presentado creció 61,8 %. También se incrementó la fecundidad de las mujeres mayores de 34 años: 53,2%, 93,1% y 66,6%, en cada uno de los grupos quinquenales de edad (DGEyC, 2013c: 2).

Ahora bien, estos niveles de fecundidad difieren entre las distintas comunas que componen la Ciudad. Al considerar la edad promedio de las mujeres que tuvieron hijos entre los años 2010-2012 se destaca que:

(...) si bien en la Ciudad la edad promedio de las mujeres que tuvieron hijos en el trienio [2010-2012] fue cercana a los 30 años y la tasa global de fecundidad fue inferior a dos hijos por mujer, se observaron diferencias en su interior: las comunas de la zona sur, muestran un calendario más joven y una fecundidad cercana a tres hijos por mujer, mientras que en la zona norte es lo opuesto: fecundidad más tardía y menos hijos por mujer (DGEyC, 2013c: 5).

En el caso de la fecundidad adolescente también se presentan diferencias significativas entre las distintas comunas. Es así que, para el trienio 2008/2010, la tasa de fecundidad adolescente total en CABA fue del 17,6 por mil, mientras en la Comuna 4 alcanzaba el 40,2 por mil y en la 8, el 46 por mil. Mientras que en las comunas de zona norte como la 13 y 14, no superaron el 5 por mil (4,9 y 5 por mil) (DGEyC, 2013).

Aspectos educativos y laborales

Sobre los *aspectos educativos* en CABA, el 7,8% de los adolescentes se encuentra fuera del sistema educativo formal. Entre ellos el 80% no ha completado el nivel secundario, y un 22% incluso no ingresó a este nivel. En el caso de los jóvenes de los hogares más pobres su nivel de asistencia es notablemente inferior al total: seis de cada diez ya está fuera del sistema educativo. Por otra parte, el 87,7% concurre a la escuela como su actividad única y principal, casi el 7,4% se encuentra inserto en el mercado laboral, y el 4,3% combina trabajo y estudio. Sin embargo, un 4,9% no estudian ni trabajan y es importante considerar que en la franja de los jóvenes de 20-25 años este porcentaje casi se duplica.

Al considerar los jóvenes y adolescentes de los hogares más pobres, se registra un incremento considerable de quienes están excluidos de la esfera laboral y educativa. Entre los adolescentes del primer quintil, casi el 9% se encuentra en esta situación, frente a sólo un 1,6% del quinto quintil. Entre los jóvenes de hogares más pobres, la situación mencionada se agudiza, ya que un 25,3% ni estudian ni trabajan.

Aproximadamente más de la mitad de los adolescentes que trabajan combinan esta actividad con el estudio, pero la otra mitad ha desistido de continuar estudiando ya que la incorporación temprana al mercado de trabajo parece competir con la permanencia en el sistema educativo.

Cobertura de salud

Con respecto al acceso a la salud y los derechos de las y los adolescentes y jóvenes es central considerar su conocimiento y la posibilidad de traducir el mismo en prácticas de cuidado y prevención en el campo de la sexualidad y la reproducción.

En cuanto a la *cobertura de salud* se registra en el año 2012 que el 82,4% de la población se encuentra afiliada a un sistema de atención de la salud. El 17,6% de la población

cuenta sólo con cobertura de salud del sector público. Ese porcentaje es del 29,7% en la zona sur, dato que, por ejemplo, en la comuna 8 alcanza el 40,3% y, en cambio, en la comuna 14 (zona norte), no supera el 5% (4,7%) (DGEyC, 2013f)

Al considerar los menores de 19 años, el 27,1% tiene como única cobertura al sistema público. Sin embargo, mientras que en la zona norte, en comunas como la 14 no supera el 4% (3,3%), en la zona sur de CABA, alcanza el 45% (Por ejemplo, en la comuna 8, el 45,2%) (DGEyC, 2013f: 3).

El área de intervención: Villa 21-24 y Núcleo habitacional Zavaleta

Las Comunas 4 y 8 las son las que presentan las mayores proporciones de menores de 15 años, y presentan altos porcentajes de población adolescente y joven entre 10 y 29 años: 28,9 % en comuna 4 y 32.7 % en la comuna 8 según datos del GCBA del año 2009.

La villa 21/24 tiene una extensión de 65,84 has. El Censo 2010 registra un elevado crecimiento respecto del 2001: de 16.108 habitantes pasó a 29.782. Sin embargo, otras estimaciones señalan que allí habitan cerca de 60.000 personas que no fueron registradas. Este asentamiento se caracteriza por tener una importante proporción de población de origen migrante, básicamente de países fronterizos con alta presencia de paraguayos y bolivianos. La villa se compone, en valores casi similares (44% en cada caso), de población proveniente del interior y del exterior (Paraguay, Bolivia, Uruguay, Chile y Perú).

Según información del Observatorio Ambiental Urbano del Sur la tasa de desocupación en la villa (31.8%) es tres veces más alta que la del promedio de la Ciudad (10,8%). La intensidad de la desocupación para los jefes de hogar también adquiere fuerte niveles, aunque sus valores son más bajos. La mayoría de los jefes de hogar ocupados (52%) buscan otro trabajo lo cual muestra, por un lado, la insatisfacción de los ocupados con el trabajo que poseen, pero por el otro, puede expresar una forma de ocultamiento de una situación de desempleo estructural de una permanente demanda de trabajo que no

es alterada por las inserciones laborales intermitentes que el trabajador consigue ocasionalmente.

El Núcleo Habitacional Zavaleta se encuentra ubicado en el cordón sur de la Ciudad de Buenos Aires, dentro del barrio de Nueva Pompeya y Barracas. Allí viven un total de 4814 personas en 1125 hogares. Tanto en Zavaleta como en la villa, la mayoría de la población reside en casillas que se definen como viviendas con salida al exterior y están construidas con materiales de baja calidad o de desecho. En ambos sitios, casi el 50% de la población residente tiene las Necesidades Básicas Insatisfechas.

En la Villa 21-24, el 21% de la población corresponde a la franja etaria de 10 a 19 años (3317 niños/as, adolescentes y jóvenes) según datos censales del GCBA. Para el caso de Zavaleta, del total de 4435 personas el 8.9% nunca asistió, el 34.5% asiste a establecimientos estatales, el 19.7% a establecimientos privados y un alto porcentaje, 54.8%, no asiste pero asistió.

En relación a la atención sanitaria, cabe destacar en el 80% de la población, tanto de Zavaleta como de la Villa 21-24, queda exclusivamente bajo la órbita del sector público de atención, especialmente, a través del Hospital Penna y sus Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) 8, 30 y 35, correspondientes al área programática del mencionado efector.

Por otra parte, existen organizaciones no gubernamentales con las que se articulan acciones, como la Fundación Temas y Uniendo Caminos que realizan varias actividades con esta población, entre otras, apoyo escolar.

Políticas y programas orientados a los adolescentes

Las actuales políticas de salud orientadas a los y las adolescentes en Argentina tienen como uno de sus primeros antecedentes el **Plan Nacional de Salud del Adolescente** creado en el año 1993 por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Su principal propósito establecía la promoción y protección de la salud de los y las adolescentes a

partir de la ampliación de la cobertura y la oferta de servicios (Gutiérrez, 2005). Como destaca María Alicia Gutiérrez, dicho plan “(...) marcó un hito importante al otorgarle estatuto de sujetos de derechos a los adolescentes y al focalizarse en la atención de la salud integral” (Gutiérrez, 2003: 90).

Años más tarde, a partir de la Resolución Ministerial N° 619/2007 se crea, bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, el **Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia** a fin de “(...) aportar a la construcción de una Política de Estado orientada a la población adolescente, para prevenir y responder eficazmente a los problemas que prevalecen en esa franja etaria, apoyándose en sus fortalezas y contribuyendo al desarrollo integral de sus potencialidades” (Ministerio de Salud, 2007). A partir de una concepción de la adolescencia como una etapa de la vida con características propias, con necesidades y derechos específicos, se propone la promoción de la igualdad entre los adolescentes desde una perspectiva de género y de salud integral, considerando los contextos familiares y comunitarios para la prestación de servicios que se adecúen a sus requerimientos y necesidades.

Entre las funciones de apoyo técnico y monitoreo de los programas provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires se destacan las siguientes (Min. de Salud, 2007):

- Actividades de capacitación, atendiendo a las necesidades de las diferentes jurisdicciones.
- Asesoría técnica a través de recursos del MINISTERIO DE SALUD o mediante la movilización de recursos de centros de excelencia nacionales o extranjeros.
- La creación de una red de instituciones de atención integral del adolescente, que favorezca la cooperación horizontal en temas de capacitación, investigación e información.
- La evaluación de la marcha del Programa, atendiendo no sólo a los aspectos cualitativos de servicios prestados, sino también a los aspectos cuantitativos que revelen el grado de satisfacción de los adolescentes respecto de las políticas, estrategias y acciones del programa.
- Articular acciones con funciones intra e inter ministerios y ONGs comprometidas en la temática.

- Apoyo a la creación y/o fortalecimiento de servicios de atención de la salud integral del adolescente en cada jurisdicción.

En la CABA, en el año 2008 se creó el Programa **Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes** en el ámbito de la Dirección General Adjunta de Programas Centrales de este Ministerio de Salud (Resolución N° 1.751 - MSGC/08). En coincidencia con el programa nacional, se propone generar acciones desde un enfoque de atención integral destacando la relevancia del abordaje interdisciplinario e intersectorial. En ese sentido, establece como prioritaria la designación de profesionales especializados en la atención de esta población en todos los efectores del subsector público de salud.

Asimismo, se reconoce a los adolescentes como sujetos con derecho a recibir una atención con respeto, privacidad, confidencialidad y el tiempo adecuado para ser escuchados teniendo en cuenta que entre las “(...) las actividades asistenciales que se dirigen desde hace varias décadas a los adolescentes, aún persisten dificultades para que accedan a los bienes y servicios del sistema de salud, particularmente aquellos que presentan mayor vulnerabilidad social” (Resolución N° 1.751 - MSGC/08).

En cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva en particular, el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**, creado por la ley 25.673 de octubre de 2002, incluye entre sus objetivos la disminución de la morbimortalidad materno-infantil, la prevención de embarazos no deseados así como la promoción de la salud sexual de las y los adolescentes y se propone para ello “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable” (Ley 25.673/2002). Del mismo modo, en la Ciudad de Buenos Aires, el **Programa de Salud Sexual y Reproductiva** tiene como objetivos “facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y reproductiva, y brindar información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado” destacando entre sus prestaciones el asesoramiento y atención para adolescentes.

Por otra parte, debe destacarse que la Ley Nacional 26.061 (Arts.43 y 44) prevé la elaboración de un Plan Nacional de Acción cuya implementación debe garantizar la

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), Ministerio de Desarrollo Social, con la participación del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (COFENAF) como política de derechos para el área específica.

Las políticas mencionadas se sustentan en un marco de legislaciones nacionales e internacionales que consideran a los y las adolescentes como sujetos de derechos. En el caso de la CABA, en el artículo 39 de su Constitución se afirma que “(...) la Ciudad reconoce a los niños, niñas, y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, le garantiza su protección integral y deben ser informados, consultados y escuchados. Se respeta su intimidad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados puedan por sí requerir intervención de los organismos competentes” (Constitución de CABA, 1996).

Con respecto al **derecho a la salud** en particular, en la **Ley Básica de Salud de la Ciudad** de Buenos Aires (Ley 153/99) se destacará la garantía de protección integral así como la promoción de los derechos de los y las adolescentes a ser no sólo informados sino también consultados y escuchados, respetando su intimidad y privacidad. En ese sentido, de acuerdo con Decreto Reglamentario 208/01 (modificado por el decreto 2316/03) en el Artículo 4, inciso h “(...) se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).”

En el caso de la CABA, resulta importante destacar los instrumentos legales con los que cuenta en materia de derechos sexuales y reproductivos y cabe señalar el abordaje temprano de estas temáticas en el debate público en comparación a otras jurisdicciones (Daverio, 2006). Ello se observa en el reconocimiento expreso de los derechos sexuales y reproductivos en la Constitución de la Ciudad en 1996 hasta la sanción de Ley Nº 418/439 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el año 2000, por la cual se crea el programa en la Ciudad. Dicha ley plantea “(...) el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos” (Ley Nº 418/2000) como

obligación y responsabilidad del Estado. Estos derechos "(...) están contemplados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y en la Convención Internacional de los Derechos de Niños y adolescentes. Ambos tratados están incorporados en el cuerpo de la Constitución Nacional a partir de la Reforma de 1994 y constituyen un importante instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos" (Gutiérrez, 2003:86).

Dichos antecedentes se inscriben en el conjunto de derechos que han sido proclamados y conquistados en la segunda mitad del siglo XX, particularmente en la década de los noventa. Tres hitos importantes fueron la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, (Viena, 1993); la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y la Conferencia de la Mujer (Beijing, 1995). Junto a la instalación de nuevos paradigmas sobre la reproducción y la sexualidad para la población en su conjunto, estas conferencias dedican capítulos especiales a los y las adolescentes y recomendaciones para los países donde se exhorta a los gobiernos para que, junto a las organizaciones de la sociedad civil, se ocupen especialmente de la población adolescente, atendiendo sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, promoviendo la igualdad entre los sexos, así como la diversidad sexual en un marco de respeto y equidad.

APROXIMACIONES CONCEPTUALES

Introducción

Los ejes conceptuales que guiaron la investigación partieron por caracterizar que entendemos por adolescencia, cómo se la identifica en tanto ciclo vital de las personas, cuáles son sus rasgos comunes, y cuáles no, según un conjunto de características sociales. A partir de allí, interesó considerar aquellos aspectos sustantivos relativos a su condición como son los referidos al cuerpo, la sexualidad, la conformación de su identidad de género, y también el acceso al conocimiento, práctica y exigibilidad de los derechos que les corresponden en su condición de ciudadanos/as. En particular, un aspecto clave refiere a los derechos sexuales y reproductivos que han sido desestimados durante largo tiempo por las políticas públicas destinadas a este grupo social.

Cabe destacar que en el enfoque propuesto en esta y otras investigaciones vinculadas a la atención de la salud adolescente, partimos del paradigma de la Salud Colectiva y de la Medicina Social que entiende la salud- enfermedad como un proceso social en el que intervienen múltiples actores y determinaciones sociales como son la pertenencia socioeconómica, el hábitat, el sexo, la identidad de género, la ubicación etaria, el trabajo y el desgaste laboral, los hábitos, el medio ambiente entre otros determinantes. La atención y los cuidados son parte sustantiva para entender dichos procesos. Este modelo que refiere al tema de la salud como proceso de “saludenfermedad-atención” (Menéndez, 1992) implica un enfoque integral e interdisciplinario de la salud de las poblaciones. Estas dimensiones permiten acercarnos a comprender estos procesos, en este caso con foco en la adolescencia y su salud y derechos sexuales y reproductivos.

Adolescencia(s)

El concepto de *adolescencia* se ubica históricamente hacia fines del siglo XIX y su delimitación se inscribe en el proceso de desarrollo industrial capitalista y las transformaciones de la concepción de familia y sus funciones en ese contexto, en el que la educación formal tuvo un papel significativo. En el proceso de industrialización en la sociedad occidental la educación tuvo un rol sustantivo pues permitió que los varones se capacitaran para el trabajo en el marco de las necesidades del modo de producción

capitalista. Sin embargo, fue diferencial según género y clase social, los que accedían privilegiadamente a la educación eran los adolescentes pertenecientes a la burguesía para quienes fue un capital necesario para el ingreso al mundo del trabajo. Se excluyó a los varones pobres y en el caso de las mujeres se subestimó su función debido a que su rol predominante era el de la reproducción generacional y las tareas domésticas (Fernández, 1993; Checa, 2003). Como señala Valeria Ramos (2015), mujeres y varones pobres no tenían acceso al derecho a la educación:

“Posteriormente, y como consecuencia de la reprobación del casamiento en la adolescencia, era necesario que las niñas burguesas y nobles contaran con ese mismo período de tiempo, pero en su caso para prepararse para el matrimonio, es decir para cumplir con su rol de ‘madresposas’ y según el término utilizado por Marcela Lagarde, ‘ser-para-otros’ impuestos por la cultura patriarcal” (Ramos, 2015: 16)

La adolescencia es una construcción social cuyo significado varía a lo largo de la historia y en diferentes contextos culturales. Como es sabido no existe un sujeto adolescente único, sino que el mismo está atravesado por las situaciones del entorno social en el que vive. Pierre Bourdieu (2000) define el ser adolescente como una forma de estar en el mundo con relación a otros grupos en términos de la disputa por el acceso a los recursos en el campo social, a su distribución, la lucha por su control y monopolización; por lo cual, no todos los individuos que tienen la edad para ser adolescentes se encuentran socialmente en la misma situación.

Para José Valenzuela Arce (2005) “(...) la condición juvenil y la juventud (que incluyen la adolescencia) refieren a relaciones históricamente situadas y representadas que conforman umbrales semantizados de adscripción y diferencia inmersos en redes y estructuras de poder” (Valenzuela Arce, 2005: 31). Este mismo autor alude a la juventud como construcción heterogénea ubicable según las etapas históricas que permite reconocer tanto estilos de vida como diversidades y transformaciones, señalando que:

“(...) el tema de las juventudes implica admitir la dimensión diacrónica del concepto pero también su heterogeneidad sincrónica, pues las expresiones

juveniles han sufrido transformaciones importantes en el tiempo y presentan fuertes diferencias aún en los espacios sincrónicos donde los jóvenes construyen estilos de vida, procesos y trayectorias” (Valenzuela Arce, 2005: 29).

De acuerdo con los que señala Ramos (2015: 17) “La adolescencia no es un todo homogéneo y universal, a diferencia de los postulados de los enfoques tradicionales”. La autora propone utilizar el término “adolescencias” para expresar la multiplicidad y diversidad que encierra el colectivo de los/las adolescentes, en los que, como señaláramos, interactúan aspectos sociales de género, edad, clase social, etnia, orientación sexual, entre muchos otros.

La exclusión social y económica que durante largo tiempo afectó al país y que repercute en el conjunto de la sociedad, coloca a algunos jóvenes en situación de mayor vulnerabilidad. Para abordar sus problemáticas es necesario incorporar nuevas categorías sociales para interpretar que sucede en el mundo adolescente dando cuenta de las condiciones en las que viven.

Desde esta perspectiva es posible caracterizar la situación del mundo adolescente apelando a dos categorías sustantivas, aunque no únicas: una, referida a la inclusión/exclusión, producto de las situaciones de pobreza resultante del modelo económico social imperante. La otra es la categoría *género* que remite a los imaginarios contruidos básicamente desde una posición heterosexual en torno al cuerpo y la sexualidad y las prácticas sexuales y reproductivas acordes a las representaciones de género de los sexos binarios predominantes. Asimismo es necesario considerar el conjunto de variables que intervienen para caracterizar a la adolescencia, que junto a las mencionadas son relevantes en dicha caracterización como son la inserción socioeconómica familiar, el hábitat, la escolaridad, el trabajo, la condición étnica y migratoria, entre otras.

Las actitudes y prácticas de los adolescentes deben ser comprendidas en contextos específicos en los cuales adquieren cabal significación. Por ello es preciso establecer cuáles son aquellos condicionantes que les permiten superar las dificultades que les presenta su entorno social y económico de manera de estar habilitados para acceder a

un status ciudadano sobre la base de conocer sus derechos, necesidades e intereses expresados a través de su protagonismo y sus propias voces.

Conocer las necesidades desde ellos y los actores relevantes en su cotidianidad, así como los códigos que resultan de su experiencia de vida, son sustantivos para el abordaje de las distintas relaciones sociales de esta franja poblacional y el establecimiento de lineamientos para las políticas públicas destinadas a los mismos.

La escuela y la familia son las instituciones que tradicionalmente han transmitido las principales pautas de socialización, ejerciéndolas a través de un poder explícito o implícito, establecido sobre la base de relaciones asimétricas de poder entre adultos y niños o adolescentes. Esta afirmación, que es general para el conjunto de la sociedad, y que forma parte de la dinámica de las relaciones sociales, sin embargo, encuentra muy diferentes manifestaciones según la inserción social de sus protagonistas. Así, por ejemplo, si bien se considera a la escolaridad como la máxima expresión de la inclusión como señalan los investigadores brasileños Paulo Carrano y Mónica Peregrino (2005), las escuelas destinadas a los sectores populares conllevan en sí la contradicción de ser un proceso simultáneo de inclusión-exclusión:

Incluye cuándo incorpora alumnos antes excluidos y excluye cuando somete a jóvenes pobres a degradados procesos de escolarización que amplían la jerarquización entre las clases sociales; entre jóvenes económicamente competitivos –que pueden comprar educación de calidad en el mercado– y jóvenes pobres sujetos a una educación pública que no es universal e igualadora. Las asimetrías relacionadas con el acceso a la educación terciaria y al trabajo no están, sólo, dadas por la escuela sino por las políticas públicas neoliberales y las acciones y propuestas que cada Estado define (Carrano y Peregrino, 2005: 22)

En el caso de la familia, que es en nuestra sociedad quien legitima la pertenencia social y cultural, es considerada como el principal marco de contención afectiva en la etapa de crecimiento. Cuenta, como en el caso de la institución escolar, con el consentimiento social de ser la institución socializadora por excelencia. No obstante, la familia también expresa conflictos y relaciones de poder, incluso vínculos violentos.

Otro aspecto necesario para abordar en la construcción de la subjetividad de niños y adolescentes son los medios de comunicación, en dos sentidos: el primero, como transmisor privilegiado de pautas y modelos, factibles para los chicos/as de sectores medios y altos e irrealizables para los jóvenes pobres e indigentes. Desde otra óptica, son también sustantivos puesto que son quienes difunden estereotipos contrapuestos de la cultura juvenil: por una parte estigmatizan a los jóvenes pobres como peligrosos delincuentes, consumidores de sustancias y alcohol, protagonistas de situaciones de violencia, promoviendo políticas de reclutamiento en centros de minoridad, y en el otro polo social, venerando la condición juvenil de los sectores medios como expresión de belleza, potencialidad física, conformadores de modas y estereotipos físicos y sexuales (Chaves, 2010).

Género y sexualidad

Otros aspectos conceptuales sustantivos que forman parte de la conformación de las identidades adolescentes son las nociones de *género* y *sexualidad*, entendidas ambas como construcciones sociales y colectivas regidas por las pautas históricas y culturales particulares de un entorno social y económico.

La inclusión de la perspectiva de *género* es fundamental en la medida que, como categoría analítica, facilita la construcción de indicadores significativos y la elaboración de políticas públicas en un avance hacia la equidad y la igualdad en los procesos de atención de la salud estando a la vez en íntima relación con otras desigualdades derivadas de la edad, la clase, la etnia, el ciclo vital o la orientación sexual, entre otras. Por otra parte, el género permite visibilizar relaciones de poder y situaciones de discriminación. Coincidimos con el señalamiento de los investigadores brasileiros Gomes y Couto (2014: 354) en "(...) considerar la transversalidad de la perspectiva de género y la necesidad de articularla con otros marcadores sociales de la diferencia, como raza/etnia, generación, clase social, etc."

A su vez, el otro componente sustantivo, la *sexualidad*, se moldea en la conjunción entre lo subjetivo y lo social conectados a través del cuerpo (Weeks, 1999). La sexualidad es

el dispositivo central por el cual se establecen estrategias de regulación y control social generando distintas maneras de articulación en las familias, el poder estatal y religioso. Como señala Ramos:

“Si bien se han descrito dos fines de la sexualidad, el erótico-placentero y el reproductivo, el segundo ha colonizado los discursos respecto a la misma. El universo de significaciones simbólicas vinculadas al erotismo y al placer sexual ha estado signado por el tabú y la represión” (Ramos, 2015: 20).

Cuando se trata de la salud adolescente, particularmente la sexual y reproductiva, ambas dimensiones, el género y la sexualidad, operan de manera particular en torno a los actores que son relevantes en la construcción de este momento de sus vidas (familia, escuela, pares, etc.). La desigualdad en las formas de vida y acceso a bienes de los conjuntos sociales, en el caso de la salud, apela a las diferencias innecesarias, evitables e injustas, que refieren a oportunidades y recursos que tienen las personas de acuerdo a su género, clase socio-económica, país de procedencia, edad o etnia, lo cual determina un peor estado de salud percibido en los colectivos menos favorecidos (Whitehead, 1990; Paganini, 1995).

Equidad en salud y derechos

Por su parte, el concepto *equidad en salud* remite a las barreras, geográficas, económicas y culturales, que impiden un acceso igualitario a la asistencia sanitaria (Whitehead, 1992). La equidad en salud implica igualdad en el acceso a los servicios de atención, a la información, incorporando la perspectiva de género reconociendo su pluralidad cultural, social, étnica y de diversidad sexual e impulsando su participación. La profundización de estos conceptos apunta a explorar mecanismos institucionales y estrategias que permitan que los/las adolescentes sean protagonistas activos. Mejorar la calidad de la atención implica integrar espacios de investigación, en particular en el campo de la salud sexual y reproductiva, a partir del análisis de las prácticas de los efectores de salud y su relación con los/as adolescentes.

Otro concepto central refiere a los *derechos*: el derecho a la salud, a una atención integral y de calidad y, en particular los derechos sexuales y reproductivos. Para abordar estos derechos consideramos imprescindible comprender el lugar que ocupa el cuerpo, la sexualidad y el género. Por esta razón los conceptos que conforman el marco del cual partimos refieren a la sexualidad y el cuerpo, el género, y los derechos humanos y dentro de ellos los derechos sexuales y reproductivos, ubicándolos como procesos socio-históricos y políticos.

Partimos de la premisa que el conocimiento y acceso a los derechos, así como su exigibilidad por parte de los distintos sujetos sociales es uno de los resortes fundamentales para adquirir status de ciudadanos autónomos y empoderados. Reflexionar y analizar este conjunto de conceptos permiten establecer los principales lineamientos para una atención integral y equitativa de la salud en el marco de determinantes sociales que operan significativamente en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

El campo de la salud y la noción de "habitus"

En el marco de los hallazgos o avances de las investigaciones que operan tanto sobre la salud adolescente como sobre las políticas públicas destinadas a esta población, consideramos pertinentes y sustantivos los conceptos desarrollados por Pierre Bourdieu (2000) para el análisis del conocimiento y ejercicio de los derechos, y en especial el derecho a la salud sexual y reproductiva. Dichas nociones son las de *campo*,¹ de la salud en este caso, de *habitus*² y de *capital*, que incluye el económico, el cultural, el social, el

¹ El campo alude a las estructuras sociales externas históricamente construidas, está compuesto por instituciones y tiene determinadas reglas que lo rigen, dentro del campo los distintos actores o *agentes*, como los denomina Bourdieu, tienen determinadas posiciones, y se establecen relaciones entre las posiciones.

² El *habitus* es todo el conjunto de disposiciones, que los *agentes* incorporan a lo largo del desarrollo de la vida social, es la subjetividad que cada individuo crea a partir de sus propias experiencias. Son todas las estructuras sociales internalizadas, es lo social hecho cuerpo. Para Bourdieu son las formas de obrar, pensar y sentir de las personas y las comunidades asociadas a su práctica social, conformando así "estilos de vida" similares a las que se adquiere en la socialización primaria. El *habitus*, es el sistema subjetivo de expectativas y predisposiciones adquirido a través de las experiencias previas del sujeto.

educativo y el simbólico. Según señalan Gomes y Couto “(...) en la teoría de Bourdieu *el campo* –visto como un universo donde se insertan agentes e instituciones, regidos por leyes sociales- está constituido de fuerzas y luchas tanto para conservar como para transformar” (Gomes y Couto, 2014: 357).

Entre el campo y el habitus existe una relación recíproca. Las posiciones en el campo son determinadas por el habitus de sus agentes, donde además las relaciones entre los distintos tipos de capital juegan un papel básico. Un individuo va formando su manera de ver el mundo de acuerdo con los capitales adquiridos en la práctica social que le corresponde vivir. En el caso de la población adolescente la familia y la escuela son los actores institucionales principales en la formación y configuración de estos capitales.

Consideramos relevantes estos conceptos aplicados en las investigaciones sobre salud adolescente y en particular la sexual y reproductiva, puesto que orientan y enriquecen el conocimiento acerca de la apropiación y ejercicio efectivo de los adolescentes respecto de sus derechos, al conocimiento de su cuerpo, de su sexualidad entendida como autonomía de sus cuerpos y sus deseos, de su ubicación de género y de sus derechos que no sólo los empoderan, sino que les dan y profundizan las herramientas para constituirse en ciudadanos plenos en el marco de una democracia. El *habitus* adolescente se conforma en el contexto en el que están situados social y simbólicamente los y las adolescentes. Su inserción social, el capital social, educativo y simbólico marca notables diferencias en los modos de vida, aspiraciones y necesidades según su ubicación social.

Considerando a los/as prestadores de salud, el habitus profesional –particularmente en el caso de los profesionales médicos– se conforma según pautas que han configurado la formación y práctica médica hegemónica por las cuales el poder y la jerarquía médica tienden a obstaculizar, conscientemente o no, la incorporación de los derechos que competen a los y las usuarias. Cuando se trata de los adolescentes ello se refuerza pues, en gran parte de los casos, los/as profesionales han sido formados considerando que tanto a los niños como a los adolescentes como menores con escasas posibilidades de elección y de toma de decisiones autónomas sobre su cuerpo y su sexualidad. Ello conforma maneras de percibir sus problemas de salud y orientar los tratamientos y

básicamente la prevención desde un lugar de carácter curativo, reparador y cuestionador de sus comportamientos respecto a la sexualidad, al cuerpo y a sus necesidades.

En la dinámica que se produce en el campo de la salud, en algunas ocasiones los adolescentes acuden a los servicios de salud generalmente por presiones familiares, de sus parejas, o sus pares en muchos casos por temas de salud, así como también por dificultades respecto a su sexualidad y salud sexual y reproductiva. Cuando analizamos la dinámica de la relación prestadores-usuarios aplicamos el concepto de Bourdieu, quien considera que en un campo, los agentes y las instituciones luchan, siguiendo las regularidades y las reglas constitutivas de ese espacio con grados diversos de fuerza. Los que dominan en un campo dado están en posición de hacerlo funcionar en su provecho, pero deben tener siempre en cuenta la resistencia, la protesta, las reivindicaciones, las pretensiones, «políticas», de los dominados.

Violencias y su abordaje desde el sector salud

El personal del sistema de salud tiene excelentes posibilidades para identificar a las/os adolescentes que sufren violencia ya sea física, psicológica o sexual y poder remitirlas a otros servicios de ser necesario.

En función de la relación entre adolescente y el maltratante, se puede diferenciar la violencia intrafamiliar, en la cual, el o la adolescente, es víctima de malos tratos por parte de un adulto integrante de la familia, el cual ocupa un lugar de poder en la relación. Ese desequilibrio de poder en la familia está determinado por el género y la generación. Y el llamado noviazgo violento, donde la adolescente es víctima de malos tratos por parte de su pareja.

La ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, define a la violencia doméstica como:

(...) aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia (Boletín Oficial de la República Argentina Nº 31.632, 2009: 3)

La violencia tiene causas sociales y culturales, principalmente, la forma diferencial en que se educa a la mujer y al hombre, ya que a través del proceso de socialización se programa al hombre para ser fuerte, decidido, agresivo y manifestar coraje, mientras a la mujer se le enseña a ser sumisa y dependiente del hombre. Así, el hecho de que los jóvenes hayan vivenciado este tipo de violencia en sus hogares puede tener como efectos: creer que la violencia es algo natural que tienen que llamarte la atención si te estas portando mal; en el caso de niñas y jóvenes, aprender que la victimización es inevitable y nadie puede ayudarles a resolver ese patrón; emplear la violencia como la técnica más efectiva para resolver problemas en la escuela, con los grupos de pares y con su familia. Debido a este tipo de crianza y aprendizaje, no es extraño en nuestra sociedad que un gran número de mujeres adolescentes o jóvenes sean golpeadas, amenazadas y humilladas por sus parejas.

Por su lado, una joven puede ceder a la presión del grupo e intentar cumplir con las prescripciones del rol de género femenino tradicional: creer que puede cambiar al hombre que ama, sentirse culpable por los problemas y responsable del funcionamiento de la relación, pensar que jamás encontrará otro novio; todo ello la pondrá en riesgo de involucrarse en relaciones potencial o abiertamente violentas.

El cómo se enseña a ser mujer y a ser hombre, los roles de género y sus prescripciones, la socialización de género y sus respectivos resultados para cada sexo; señalan que sólo así se podrá entender cómo se va preparando el terreno para que se produzca un vínculo violento y para que este se sostenga en el tiempo.

- **Violencia intrafamiliar**

Son las formas de abuso de poder que se desarrollan en las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de tales abusos. Dichos abusos son dirigidos por lo general hacia las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad: mujeres; niñas, niños y adolescentes; y personas mayores. Como ocurre en la violencia de pareja, el maltrato infanto juvenil comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, además del abandono.

- **Noviazgos violentos**

A partir de la adolescencia, muchos chicos y chicas inician sus primeros vínculos de pareja e inician en su gran mayoría las relaciones sexuales en el contexto o no de estos vínculos. Entendemos a la violencia en el noviazgo como todas aquellas modalidades de vinculación dentro de parejas adolescentes que implican abuso de poder, la instalación paulatina de maniobras de dominación sobre la otra persona y, consecuentemente la restricción de derechos y la producción de daños para quien las padece, puede ocurrir en forma personal o vía tecnologías de comunicación.

El uso de la violencia no surge espontáneamente, suele iniciarse durante el noviazgo; la consolidación de mecanismos de subordinación y control al no ser cuestionadas, constituye un camino hacia la violencia conyugal o pareja conviviente. Las manifestaciones más tempranas suelen ser el control de la conducta, si estos mecanismos de control no funcionan pueden accionarse otros tales como la violencia física y o sexual.

La dinámica de la relación violenta se construye con el transcurso del tiempo, de manera que quien recibe las agresiones se le hace difícil percibir las mismas por haberlas interiorizado en un lento proceso cotidiano, desconociendo el riesgo de continuar con la relación (González y Santana, 2001); así, las prácticas de burlas, empujones y diversas agresiones físicas en un principio leves, pueden ser consideradas por quienes reciben la

agresión como parte de la relación amorosa. El silencio como no respuesta, las críticas o impedimentos a los emprendimientos, socava el poder de decisión y de autodeterminación, ya que este patrón vincular de dominación encausa a la víctima a modelar su comportamiento de acuerdo a gestos y actitudes de quien domina. El miedo aparece como una emoción fundamental en cualquier forma de violencia, ya que facilita el control de la relación.

Cuando se es adolescente la idealización de la persona “amada”, la escasa asertividad, la inestabilidad de los cambios físicos y emocionales hacen menos visible estas formas de comportamiento violento. Los y las adolescentes perciben que determinados comportamientos violentos constituyen un estilo interactivo normalizado y aceptable, de manera que la violencia es minimizada y no se considera razón suficiente para terminar la relación (Makepeace, 1981).

La violencia en la pareja es, producto de la desigualdad entre hombres y mujeres aprehendida a lo largo del tiempo a través de las relaciones en la familia y el entorno, reforzada por los estereotipos que difunden los medios de comunicación.

Los roles estereotipados de género son aprehendidos por chicas y chicos en el hogar, en la escuela, con los amigos, los medios de comunicación y se refuerzan en el intercambio social. Es en la etapa adolescente donde todo lo anterior comienza a tomar otra dimensión y se ensayan miradas propias acerca del mundo. Los estereotipos de lo que debe ser un hombre y una mujer ya se han interiorizado, así como las expectativas sociales para cada uno de ellos. Ello sucede mientras se van dando las modificaciones aceleradas en el cuerpo, acompañadas de nuevos deseos.

Este tipo de relaciones pareciera estar marcada por la provisoriedad, la informalidad, el escaso compromiso y la inclusión de una mayor actividad sexual. La desvalorización de las relaciones de noviazgo hace que no se tengan en cuenta los comportamientos violentos, las formas de decirse las cosas a gritos, con groserías, con burlas, descalificaciones, apareciendo en forma cotidiana. Barilari (2007) señala que los comportamientos abusivos suelen no ser reconocidos como tales, de manera que desconocen el riesgo de continuar con la relación.

Al respecto, los celos son emociones intensas que surgen cuando se experimenta un deseo de poseer en forma exclusiva a la persona “amada”, a un amigo o a los hijos. Los ataques de celos son el motivo más frecuente de homicidios conyugales y un factor determinante en casi el 20% de todas las agresiones violentas en todos los países desarrollados (García, 2001)

La continuidad en el tiempo y cierto “compromiso” entre los miembros va acercando a la pareja hacia tal destino. Continuidad en el tiempo y compromiso aparecen entonces como señaladores de una relación más estable, la presencia de esta doble condición hace que lo único que la diferencia de la violencia conyugal a aquella que ocurre durante el noviazgo, es la no convivencia y su consecuente división de gastos. Cuando la relación se formaliza con el llamado “compromiso” se produce el “adueñamiento” del hombre hacia la mujer y es donde más se afirma el camino o el sendero que marca la vida con violencia. La pareja se “encierra” en la relación violenta bajo la falsa noción de compromiso, por ello los patrones de violencia en el noviazgo aparecen menos diferenciados por género sugiriendo que la conducta abusiva no ha adoptado todavía un patrón igual al de los adultos.

En los noviazgos los malos tratos se establecen a partir de la relación de poder que surge de la construcción social de género. Los roles estereotipados de género se refuerzan en el intercambio social y son aprehendidos en el hogar, en la escuela, los medios de comunicación, etcétera (Palazzesi, 2015). Determinados comportamientos violentos constituyen un estilo interactivo normalizado y aceptable, la violencia se minimiza y no se considera razón suficiente para terminar la relación (Makepeace, 1981).

▪ **Violencia institucional**

Se refiere a aquellos efectos que son consecuencia de las respuestas sociales, que ocurren cuando las instituciones o la propia sociedad, a través de las legislaciones, los programas de intervención o la actuación de los profesionales, perjudican a los y las adolescentes en sus dimensiones físicas, psíquicas y/o sociales o los/las colocan en riesgo de sufrir consecuencias que afecten su desarrollo esperable. Allí involucran los

servicios sociales, sanitarios, escolares, policiales, judiciales y medios de comunicación social (Bringiotti, 2000). Varios factores confluyen en la no detección del maltrato:

- No plantearse la posibilidad del diagnóstico cuando un/a adolescente acude con un traumatismo o por reiteradas internaciones o por diversas patologías recurrentes.
- Fallas en la interconsulta ante casos que ingresan por otros motivos y en los cuales podría sospecharse la presencia de alguna de las formas de malos tratos.
- Desconocimiento de los pasos a seguir ante un posible caso.
- Desconfianza en la eficacia del procedimiento judicial.
- La influencia negativa que pudiera tener la denuncia.
- Un exceso de celo en cuanto al secreto profesional, que en estos casos no tiene obligación de mantener, sino que debe garantizar la protección del joven.
- El desconocimiento de la obligatoriedad de declarar según la Ley de Violencia Familiar.

Las adolescentes que viven situaciones de violencia pueden consultar en los efectores de salud por motivos asociados a dichas situaciones: dudas por embarazos no planificados, síntomas asociados a infecciones de transmisión sexual, entre otras alternativas, pero no suelen hacerlo por las situaciones de violencia en sí mismas.

La ausencia de signos o evidencias físicas no es sinónimo de ausencia de abuso. No puede dejar de recordarse que el relato claro y preciso de la víctima es el único y más importante elemento con que se cuenta para efectuar el diagnóstico de abuso sexual.

▪ **El rol del equipo de salud**

No hay dudas respecto de la responsabilidad que asume el sector salud en el cuidado integral de niños, niñas y adolescentes, acompañando y enriqueciendo la tarea de sus

familias. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, en las prácticas profesionales la concepción de salud se limitaba a una mirada biológica que incluía de manera insuficiente los contextos psicosociales. En cualquier espacio o nivel de atención en el que se entra en contacto con las personas, se pueden generar los mecanismos para poner de manifiesto algo más que lo visible (la lesión) y para indagar sus posibles orígenes, más allá de lo explícito. En este sentido, la consulta asume una particular relevancia como espacio de intercambio, con formas de vinculación menos asimétricas, favorecedoras de lazos de confianza.

Las salas de espera también pueden transformarse en lugares específicos para divulgar los variados aspectos de la violencia familiar. Allí puede ofrecerse asesoramiento e implementar la organización de grupos de orientación para jóvenes que comprendan las características y las consecuencias de los comportamientos abusivos. A partir, por ejemplo, de talleres y carpetas de recursos, es posible facilitar que los/as adolescentes conozcan sus derechos, aprendan a resolver conflictos en forma no violenta, y promuevan la igualdad en materia de género para prevenir las relaciones violentas.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Entrevistas a adolescentes usuarios/as de

servicios públicos de salud

Introducción

En esta sección presentaremos las dos estrategias de trabajo con adolescentes. Desde hace seis años este equipo de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales y el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la UBA, desarrolla investigaciones sobre Calidad de la Atención de la Salud Adolescente en efectores públicos de salud en la Ciudad de Buenos Aires desde un enfoque de Género y Derechos. Su propósito es el de conocer y analizar el tipo y calidad de prestaciones de la salud adolescente, en particular la salud sexual y reproductiva, desarrolladas por servicios de salud adolescente en efectores públicos de la CABA, a fin de ofrecer herramientas que permitan abordar la atención de esta población desde una perspectiva integral e interdisciplinaria en la que se incorporen la perspectiva de género y los derechos de los/las adolescentes en su condición de ciudadanos/as sujetos de derechos.

Para ello, se han propuesto distintas estrategias de investigación, tanto cuantitativas como cualitativas, aplicadas sobre los actores principales en este campo de la investigación: los profesionales que atienden adolescentes y los/as usuarios/as adolescentes que concurren para su atención a dichos servicios. Esto ha permitido acercarnos a la interacción entre ambos actores desde sus particulares perspectivas a través de sus percepciones, necesidades, conocimientos y valoraciones sobre el cuerpo, la sexualidad, la salud, los derechos a recibir una atención de calidad y en particular el conocimiento y práctica de sus derechos sexuales y reproductivos.

A continuación, presentaremos el análisis de los emergentes de las entrevistas con adolescentes.

ENTREVISTAS A ADOLESCENTES: PRINCIPALES EMERGENTES

A partir de los principales emergentes en los relatos de los/as adolescentes entrevistados/as, en diálogo con la lectura bibliográfica, se construyeron tres dimensiones analíticas que permiten distinguir aquellos aspectos que consideramos sustantivos en el análisis de la relación que establecen los/as adolescentes con los servicios estudiados. Las dimensiones son las siguientes:

- 1. *Trayectoria de atención***
- 2. *Accesibilidad y estrategias de intervención***
- 3. *Abordajes sobre sexualidad y reproducción***

1. *Trayectoria de atención*

Esta dimensión incluye básicamente las razones de la elección de los efectores por parte de los adolescentes para la atención de su salud. La misma se encuentra en íntima relación con la de las estrategias de atención de cada efector y también con los motivos que ocasiona la consulta. De la información obtenida los motivos fueron variados: afecciones neurológicas, cardiológicas, ginecológicas, análisis por VIH, métodos

anticonceptivos, control de embarazo, controles generales, atención psicológica, alergias, sobrepeso, problemas de nutrición, lupus. En otras palabras, desde motivos vinculados a la atención de afecciones y molestias, hasta la realización de controles de salud y consultas por información y recursos.

El proceso de elección está mediado por la valoración de diversos actores importantes para esta población como la familia, los pares y los propios integrantes de otros servicios en derivaciones. En este sentido las trayectorias de atención muchas veces tienen que ver con los motivos que dan origen a la consulta.

La referencia a la elección como un proceso que se construye se debe a que en él operan alternativamente comparaciones entre efectores en relación con la organización y el funcionamiento de sus servicios. Esto puede expresarse en la rapidez del acceso a la atención, el buen trato, o la confianza depositada en el servicio muchas veces basada en la privacidad y confidencialidad en la relación con los profesionales, entre otros. De este modo la elección de un efector implica en muchas trayectorias el abandono de otros.

Los siguientes son dos relatos muy elocuentes de mujeres adolescentes en los cuales se aprecia la transmisión entre generaciones de la experiencia familiar, la cual impacta en la definición de la trayectoria de la atención y en la permanencia en un mismo efector:

"Mi mamá creo que ya la mamá ya conocía el hospital y de chica ya la traía entonces a nosotros también nos trajo siempre acá" (mujer, 13 años)

"Porque mi mamá cuando estaba embarazada ya venía acá, mi mamá tenía quince años también. Estaba embarazada y venía acá. Entonces la trajo a mi hermana más grande y después me trajo a mí. Y ahora estamos esperando que mi hermana sea más adolescente y traerla acá" (mujer, 17 años)

Se reconocen también otros factores o situaciones de diverso orden que inciden en dicho proceso, así como también trayectorias de atención que vislumbran déficits en la atención requerida por razones burocráticas, por ejemplo ante la presencia de una enfermedad grave. Así por ejemplo, en el caso de una joven que debía optar entre la atención por obra social o en el sector público. Es destacable cómo la atención en uno u otro efector impactaba en la vida familiar en su conjunto, cuestión que operó en la

decisión. Cuando se indagó por el sistema de atención al que habían acudido una de las respuestas es elocuente:

“¿Llegaste a atenderte alguna vez por la obra social?”

Nunca, nunca; porque era mucho lío y todas las sedes están acá en Capital. Y es lo mismo venirte de Merlo, que todo el papeleo, perder... mi papá tenía que perder todo un día de trabajo, tenía que, después, hacer todo el papeleo acá; que por ahí no lo podía hacer en un día y lo tenía que hacer en dos y ya perdía dos días y era lo mismo que comprar los remedios” (mujer, 17 años)

Una situación habitual que define la trayectoria en uno u otro efector es el ingreso por la guardia, tras un evento de urgencia o por consulta ante molestias o afecciones. En el caso cuyo relato se incluye seguidamente es llamativo ya que parecería ser indistinta la decisión más allá de que se trate de una consulta o de una emergencia:

“Vamos a este nomás, porque desde chiquitos ya venimos. Y estábamos en la guardia donde estaban para los chicos y después nos pasaron para adolescencia. [¿Y si tenés algún problema, alguna emergencia o algo vienen para acá o se atienden en alguna salita o algún hospital en Claypole?] No, venimos para acá..” (mujer, 13 años)

Las experiencias en la etapa adolescente suelen dejar marcas importantes. Para la psicoanalista Françoise Dolto (1996), la adolescencia es una etapa de mutación, donde el comienzo está marcado por la nueva orientación que el/la puber da a su propia vida. En este caso la valoración positiva de un servicio por parte de los adolescentes usuarios provoca un apego, que por la necesaria derivación debido al cambio de edad y las dificultades de conseguir en otro servicio cierta continuidad con respecto a la calidad de la atención, puede generar preocupación:

“Acá hasta los 20 en este servicio. Sí, eso es bueno porque a veces cuando cumplís cierta edad te dicen que no te podés atender más y es difícil encontrar otro hospital, entonces eso acá está bueno” (mujer, 13 años)

“Ahora me tiene un poco mal porque... sé que a los 18 ya no se puede venir más acá, bah, en realidad me dijeron que si, en realidad podés venir hasta los 21, pero si vos te desmayás o tenés que caer internada, ya te pasan digamos, porque ya sos mayor..., porque yo no me quiero ir, yo me quiero quedar acá, ya conozco a todos acá y me quiero quedar acá...” (mujer, 17 años)

Los tiempos de espera parecen ser otro factor de los que definen cambios en las trayectorias. La buena atención recibida tal como indica el próximo testimonio, implica incluso el cambio de lugar de atención, de la “salita” a un servicio de hospital:

“Me atendieron muy muy bien...La diferencia con la salita, es que me atiende una sola doctora, siempre tiene muchas pacientes y siento que debo preguntarle rápido las cosas y que me responda rápido porque atrás mío hay más, no sé como que me siento muy apurada ahí” (mujer, 19 años)

La comparación de la atención recibida en los efectores de la CABA con la provincia de Buenos Aires, se expresa en la escasez de recursos disponibles, en los tiempos de los turnos, en el trato, en la dedicación:

“..La verdad que la atención es muy buena porque son muy amables, yo vivo en la Provincia. En Buenos Aires, en Casanova, La Matanza. Y la verdad que allá la atención en los hospitales es bastante inferior a lo que es acá...” (mujer, 17 años)

Puntos destacados en esta dimensión:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ La elección del servicio se realiza, fundamentalmente, por recomendación de familiares y por derivación de otros profesionales del propio sistema de salud.✓ Se los consideran referentes en la atención de los adolescentes.✓ La valoración positiva de la atención que se les brinda impacta en su permanencia en el servicio.✓ Conseguir turnos con rapidez es un indicador de buena atención.✓ Se compara la atención brindada por los efectores de la Ciudad -CESAC o en hospitales- con la recibida en efectores de la provincia de Buenos Aires. La valoración positiva es para la Ciudad. |
|---|

✓ Se privilegia la buena atención por sobre la distancia geográfica, que pasa a un segundo plano en la elección del efector.

2.- Accesibilidad y estrategias de intervención

Abordamos estas dimensiones indagando qué registran y cómo relatan las y los adolescentes sus experiencias en los distintos servicios a los que concurren.

En la relación que se establece entre los profesionales/los servicios y la población cabe destacar que todo encuentro se asienta en experiencias anteriores, tanto personales como del grupo familiar, de pares, y de referentes importantes, en los “(...) procesos de socialización vividos, conocimientos, grado de conciencia de derechos, ubicación social, etnia, edad, experiencia en cuidado de la salud, experiencia en su relación con el poder, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana, contingencia que motiva la consulta” (Matamala, 1995) y que configuran también las expectativas con que se acercan.

Según se constata en varias investigaciones sobre salud-enfermedad-atención, en distintos sectores poblacionales, previamente se desarrollan prácticas de autoatención (Menéndez, 2004) que incluyen desde el reconocimiento de un malestar, la realización de diversas prácticas para aliviarlo hasta la toma de decisión de concurrir a un servicio médico o de otro tipo, así como también el seguimiento de pautas y tratamientos posteriores.

En el caso de los/las adolescentes, es frecuente que la percepción de “estar enfermo” genere malestar y hasta “enojo”, no obstante tales emociones parecen modificarse cuando la atención médica se presenta de un modo diferente al esperado, especialmente, pudiendo vincular sentidos positivos a dicha atención debido al trato recibido por los profesionales.

La atención en el consultorio es la modalidad privilegiada en los servicios. Al preguntar sobre los aspectos vinculados al momento de consulta, pueden rastrearse las significaciones acerca del ejercicio de derechos en tanto jóvenes consultantes de un

servicio público de salud: la posibilidad de elegir el profesional con quien atenderse; la presencia de un acompañante adulto o de otros profesionales durante la consulta; así como la comodidad y acuerdo con prácticas que respeten la privacidad de los adolescentes.

Este espacio puede resultar un lugar de confianza para el acceso a la información y aclarar dudas. Para algunos jóvenes, no obstante, el abordaje de temas vinculados con su sexualidad se asocia con emociones de incomodidad y vergüenza. Si bien se lo reconoce como un lugar donde se pueden abordar diversos temas y es posible plantear dudas, al pensar situaciones o personas de confianza para hablar de asuntos personales, no siempre se remite a la consulta con un profesional como el lugar más propicio. También suele mencionarse el espacio escolar o el entorno familiar:

“Igual en mi casa se habla mucho con mi mamá, tengo buena relación así como para hablar..., es bastante incómodo hablar con tu mamá pero no dejo de hacerlo porque es necesario, estoy todo el día con mi mamá. Pero es más fácil hablar con la doctora” (mujer, 18 años)

La privacidad e intimidad han sido aspectos que resultaron significativos en gran parte de las entrevistas, vinculados principalmente a los momentos de consulta por situaciones de exposición corporal frente al o los/as profesionales, el sexo de cada uno/a y hasta el nº de presentes, pero también al abordar determinadas temáticas.

Cabe señalar que fueron referidas por mujeres y varones de distintas edades y sexo:

“... te hacen desvestirte para saber cuánto pesas, la altura, la presión... Un poco incómodo... A mí me pareció incómodo porque no me gusta mucho que me desvistan, que me miren. Para mí sí me parece incómodo, bueno para otros puede ser que no que le gusten estar así desvestidos y nada más...me da un poco de vergüenza decirle: “tengo un poco de incomodidad”, me da vergüenza” (varón, 14 años)

En otros casos, en los que se hace referencia a la confianza en los profesionales, en particular médicos, la misma no parece sustentarse tanto por el tipo de vínculo

establecido, sino en el reconocimiento de un saber específico, que avalaría la información recibida en otros ámbitos como la familia o la escuela.

En cuanto a la elección del profesional se manifestaron distintas miradas acerca de la posibilidad de elegir. En algunos casos, esto no es visto como posible, entendiendo que es una decisión del servicio. En otros relatos, se expresa el interés por recibir atención más allá de la persona que lo realice. En cambio, todos/as refieren que sería importante que exista la continuidad en la atención con el mismo profesional a lo largo del tiempo. Aun cuando no se haya pensado en la posibilidad, de poder elegir entre un profesional varón o mujer, prefieren recibir la atención de un profesional de su mismo sexo.

Resulta preciso destacar que algunos adolescentes no identifican personas o espacios de confianza para compartir aspectos vinculados a la intimidad o para recurrir ante situaciones problemáticas:

"...no.. no me gusta el tema de contar problemas familiares en los médicos, no me parece algo, para eso hay un psicólogo, para eso hay una amigo, mi mama, mi papa, pueden ayudarme mejor que un médico que me ve una vez al mes o a la semana, no me parece algo lindo como para contar, uno viene a una consulta médica se mide, se pesa, analiza cómo le fue en esas cosas y nada más, no se va a poner hablar de lo que le pasa" (mujer, 19 años)

La consulta puede implicar, por otra parte, la presencia de más de un profesional y de un adulto acompañante (mayormente, las madres de los adolescentes). En las entrevistas la presencia de más de un profesional no resultó problemático para algunos/as entrevistados/as.

En cuanto a adultos acompañantes se advierten diversas situaciones. Por un lado, la opción es entendida en algunos casos como innecesaria, aunque varios de los/las entrevistados/as lo valoran y lo consideran natural. En el primer caso, consideran que al conocer el circuito y el lugar, no precisan de la compañía de un adulto; en el segundo caso, los padres pueden recibir las indicaciones o cuidar de ellos en caso de que asistan por un malestar. En algunos relatos destaca el desconocimiento acerca de la posibilidad de elegir estar o no acompañados por adultos para la realización de diversas prácticas.

La compañía de adultos en la concurrencia al efector y en el ingreso a la consulta no implica la presencia de éstos durante todo el proceso de atención. Así, en los testimonios recogidos se hace referencia a la posibilidad de tener un espacio a solas con el profesional ofrecido por éste último, en el que los acompañantes aguardan fuera del consultorio. Esto es reconocido y valorado por los jóvenes entrevistados.

Sobre las preguntas y explicaciones refieren que son claras, “se entiende”, y a su vez, reconocen la posibilidad de preguntar si lo necesitan. En particular, al abordar los temas vinculados con su sexualidad, durante las consultas se plantean sobre todo aquéllos relacionados con el cuidado sexual y la prevención de infecciones de transmisión sexual y, en menor medida, otros aspectos de esta temática. Cabe señalar que se hizo referencia a que esta información permitía complementar aquella recibida en la escuela.

No obstante muchas veces al inquirir sobre las explicaciones suelen recordarlas sin mucha fidelidad. Sería interesante poder chequear la comprensión y apropiación de la información brindada, en sucesivos encuentros tanto en espacio de consulta o como en sala de espera.

Entre los componentes para conocer la calidad de la atención se destaca el de la accesibilidad en sus distintas dimensiones. Entre ellas, las significaciones de los adolescentes acerca de las posibilidades de acceso al hospital, ya sea por el transporte utilizado o el tiempo necesario para llegar al efector, el circuito interno atravesado para llegar a una consulta con un/a profesional del servicio, que incluye desde aspectos administrativos, hasta las características del trato recibido en las distintas instancias y la espera para el ingreso a la consulta. Todos estos son aspectos relevantes para entender el acceso y la continuidad en la atención.

En caso de lejanía no se expresó como un inconveniente o dificultad mayor por parte de los adolescentes, sino que parecía ser entendido como una instancia del proceso de atención. De la misma manera, en el caso de la solicitud de turnos, entre aquellos que mencionan que para solicitar el turno deben concurrir el mismo día por la mañana, aunque lo señalan como una dificultad es aceptado, aun cuando deban acercarse muy

temprano. Aspectos que permite preguntarnos por la naturalización de estas prácticas en los servicios de salud y su posibilidad de problematización por parte de los usuarios:

"... y por ahí hay mucha gente, mucha espera porque el hospital es muy grande, pero no. Hay peores, hay peores. [P: ¿tuvieron que venir temprano para el primer turno?] a las siete, siete y media estábamos acá" (mujer, 15 años)

"...tuvimos que esperar bastante... [diferencia con Obra Social] Este es un hospital público, y el otro es un hospital de obra social, privado. Es como que, acá te atienden pero para sacar turno, si yo no tuviera a mi prima acá para sacar turno tengo que esperar un milenio porque hay mucha gente, o sea acá no sé hay mucha cola" (mujer, 15 años)

No obstante, el acceso se ve facilitado en algunos casos por el modo en que los jóvenes llegaron a las consultas. Esto es, por derivaciones desde otros servicios o desde la guardia, por lo cual se les otorga directamente un turno programado por el mismo profesional, sin necesidad de ingresar al circuito general de turnos.

Gran parte de este proceso de atención no es realizado por los adolescentes en soledad. Si bien las composiciones familiares de los adolescentes entrevistados son diferentes, la presencia de sus madres deviene relevante en todo el proceso de acceso al servicio: ya sea en la recomendación de concurrencia a éste, la solicitud de turnos tanto de manera telefónica como presencial y en el acompañamiento a la consulta. En ese sentido, en algunas de las entrevistas los adolescentes indicaron, incluso, que desconocían cómo se solicitaban turnos o los requisitos para conseguirlos.

En cuanto al trato del personal administrativo, si bien fue poco mencionado entre los entrevistados, en general y con diferencias se registró conformidad con la atención recibida en esas instancias:

[Sobre profesionales que atendieron en la consulta] "...te tratan bien. Te tratan muy bien. Te atienden bien. De eso no me quejo, pero en la entrada sí, en la ventanilla para cuando te dan el turno... La gente de ahí te trata re mal. O venís mañana para sacar el turno, y te dicen "no pero hoy no te damos turno

programado, tenés que venir ayer". Y ayer vine, pero no me quisieron dar. Cosas así" (mujer, 15 años)

Otro aspecto del proceso de atención refiere al momento de espera entre el ingreso al servicio y la consulta. Aquí, cómo en el caso en relación del tiempo de viaje o de solicitud de turnos, el tiempo de espera es visto como adecuado para los jóvenes. Al preguntarles por cuánto tiempo habían esperado para ser atendidos expresan "no mucho", siendo mayormente entre media hora y una hora el tiempo de espera.

Ahora bien, cuando hacen referencia al espacio, las experiencias difieren ya que en algunos servicios se menciona que la presencia de mucha gente en la sala, resulta algo molesto y agotador. Para otros, la espera en la sala del servicio resulta algo "aburrida", aun cuando no hayan esperado mucho tiempo. Por ellos, se valoran las propuestas que se realizan por parte del equipo de salud rescatando, por ejemplo, la realización de talleres y juegos en el espacio de la sala de espera. En algunos casos se traen como recuerdo en sus relatos, la presencia de payamédicos o propuestas de juego o lectura en las salas de internación y pediatría por la que pasaron en otras oportunidades: *"Siempre hay charlas acá afuera, pero ahora no están las chicas. Pero siempre están hablando de todo, el cuidado, cómo son las inyecciones, las pastillas, cómo ponerse el preservativo. Te enseñan muchas cosas acá. Me parece muy interesante porque algunas madres no hablan de eso. Mi mamá no habla de eso, esas cosas no habla. Y vos vas a un Hospital, y te explican cosas que no sabés, que en tu casa no te lo dicen, me parece muy interesante. Porque muchas chicas más jóvenes que yo quedan embarazadas, porque no hablan con los padres, porque no tienen con quién charlar. La información que está acá está buena para que te concienticen, para que sepamos" (mujer, 18 años)*

A su vez, durante la espera se presenta la oportunidad de lectura de folletos y carteles. Al preguntarles por el contenido de tales recursos, resulta significativo el hecho de que los adolescentes habían leído los mensajes con atención e incluso podían recordar algunos de sus contenidos, sobre todo, aquellos relacionados con el cuidado sexual como el uso de preservativos y el embarazo, así como otros temas como el alcoholismo. No obstante, no recuerdan contar con recursos como dispensers de preservativos:

“...Folletería nunca. Afiches hay por todos lados. Lo bueno es que promueven la protección para los chicos cuando quieran explorar su cuerpo, para que no tengan embarazos indeseados, que lamentablemente hoy en día pasa mucho. Pero están bastante bien aclarados los afiches. Además me doy cuenta que hay unos cursos que creo que son de ginecología o algo así, que está bueno que los chicos lo vean, se metan [¿Participaste en alguno?] No, acá nunca. Yo vengo me siento, espero y me voy”

[¿cuáles fueron los que más te llamaron la atención]...”ese en el que explican que los chicos se tiene que cuidar. Está bien que lo divulguen. Y estaba leyendo en los carteles, porque hoy en LOS CHICOS ya empiezan desde muy chiquitos para mí. Ya a los 11 años ves una chica caminando que está embarazada y yo tengo 18 (...) Te pone mal ver eso. Entonces, que te pongan esos carteles de que aunque sea se cuiden, y que disfruten tranquilos, me parece bien. Hoy en día es algo que hay que darle atención. Sería bueno decirle a la nena: ‘tenés que esperar’. Pero bueno... por algo se empieza” (mujer, 18 años)

“sí, hay muchos carteles... acá hay sobre protección, nomas...protección sexual o algo así, hay de las vacunas, hay de que hay que... me parece que no me acuerdo más, son los únicos que veo yo, porque no hay nada más (ríe). Después, de tener cuidados, de que hay que chequearse de vez en cuando, tener una alimentación balanceada y todo eso. Después, creo que nada más...” (mujer, 15 años)

Puntos destacados de estas dimensiones:

- ✓ La atención en el consultorio es la modalidad privilegiada en los servicios.
- ✓ En esa instancia se puede reconocer las significaciones acerca del ejercicio de derechos en tanto adolescentes consultantes de un servicio público de salud:
 - la posibilidad de elegir el profesional con quien atenderse;
 - la consulta sobre la presencia de un acompañante adulto o de otros profesionales durante la consulta;
 - la comodidad y acuerdo con prácticas que respeten la privacidad,
 - el recibir información completa y en forma entendible,
 - el repreguntar y proponer alternativas en relación a la atención.
- ✓ Aun cuando no se manifiesta en general gran cuestionamiento sobre esperas y turnos, se reconocen como obstáculos.
- ✓ La sala de espera es un espacio y un tiempo valorado como una posibilidad de mayor información e intercambio.

3.- Abordaje sobre la sexualidad y reproducción

La sexualidad, componente básico de la condición humana, recorre la vida del sujeto desde su nacimiento hasta la muerte. Sin embargo, las definiciones sobre sexualidad y reproducción han sido formuladas y reformuladas en el transcurso del tiempo y se correlacionan con momentos históricos, sociales, culturales y políticos. En este contexto entendemos por sexualidad a un aspecto de la vida de todos los seres humanos, que se encuentra relacionada con la capacidad de sentir placer e incluye aspectos físicos, sentimentales y emocionales. Esto significa que la sexualidad involucra todo lo que somos como sujetos lo que supone que no se reduce exclusivamente al contacto genital sino que supone la existencia de relaciones humanas atravesadas por el afecto. Dentro de esta amplia definición podemos ubicar a los derechos sexuales y reproductivos, los que incluyen como un componente importante la reproducción: embarazo, parto, puerperio, cuidados para evitar embarazos no buscados, aborto entre otras cosas.

Así como la sexualidad recorre en su totalidad y plenitud la vida de las personas en el caso de los/as adolescentes es un componente clave. Las razones de la consulta en un servicio de salud pueden ser claras y específicas aunque en muchos casos están soterradas bajo otras problemáticas. Es función clave del profesional develar esas “incógnitas” (o esos miedos a expresarse) para poder abordar sin prejuicios ni

valoraciones morales las necesidades de los jóvenes para un desarrollo saludable de su vida sexual.

En la mayoría de los relatos se expresa comodidad en el diálogo con los profesionales sobre los temas relacionados con su sexualidad:

"Siempre como que hubo mucha conexión cuando hablamos y ella me entendía y yo la entendía a ella" (mujer, 17 años)

Ello es más contundente cuando tienen la posibilidad de elegir el profesional, cuando hay continuidad en la atención con la misma persona y cuando se respeta el derecho a la privacidad y la información, como fue detallado en otra sección de este informe. Refieren que los profesionales establecen un diálogo que permite abordar la práctica de relaciones sexuales y tras ellos los mecanismos necesarios para el cuidado. Ante las relaciones sexuales, la pregunta de los profesionales (aunque suene retórica) *¿te cuidás?* aparece repetidamente en la enunciación de los entrevistados:

"nada más me preguntó si tenía novio, con quién vivía, si era activa en las relaciones, si me cuidaba y nada, si me iba a comprometer en tomar las pastillas todos los días, y nada más después" (mujer, 15 años)

A partir de allí se enlaza un discurso que va desde la simple indicación del método anticonceptivo hasta un diálogo informativo donde dan a conocer, aunque en muy pocos casos ofrezcan, la variedad de métodos existentes. La posibilidad de elegir es un derecho humano básico de los derechos sexuales y reproductivos. La mayoría de los entrevistados hablan de las "pastillas" en relación a MAC. No hay referencia a otros métodos, aunque queda claro que han tenido información especialmente de la anticoncepción de emergencia:

"Las dudas que tenía, y ya venía juntando para hacerle a las doctoras, me respondieron todas...hasta me hicieron el dibujito de cómo es el efecto y todo. Lo tengo acá en mi libreta. Ellas me preguntaron cómo nos cuidamos y todo eso. Y de las transmisiones sexuales, y todo eso también me comentaron" (mujer, 19 años).

“me dijeron que estaba el DIU, las inyecciones, las pastillas. Pero yo preferí las pastillas” (mujer, 18 años)

“Sobre el MAC inyectable le pregunte aparte porque siempre pienso como a ver si es un riesgo o no, siempre está ese miedo, pero si me explico cómo era el tema de las hormonas que tiene y tengo que cumplir siempre el mes” (mujer, 17 años).

“que me tenía que cuidar siempre. Que además de las pastillas que trate de cuidarme siempre con preservativo porque nunca se sabe si mi pareja tiene relaciones con otra persona y capaz se puede contagiar algo además del riesgo de tener un embarazo” (mujer, 18 años).

La enunciación refiere a una “obligación” que se acompaña con el imperativo “siempre” vocablo difícil de registrar en la etapa adolescente. Esta positiva intencionalidad del profesional (la “doble protección”) suele encontrarse con una barrera del joven. La importancia de la información es indiscutible, la cuestión radica en la posibilidad de comprender, por parte de los/as profesionales, que el “tiempo de espera” de esa etapa de la vida dificulta, en alguna medida, que lo “sabido” pueda traducirse en una práctica.

En relación a la sexualidad los entrevistados hacen alusión al diálogo especialmente sobre cuidados referidos a MAC y a enfermedades de transmisión sexual. También refieren tener información que adquieren en la escuela.

“En realidad yo lo había aprendido en la escuela, si una vez que vine acá me explico, me dio el método anticonceptivo que ella indico para mí, yo ya los conozco, ya lo sé, me enseñaron a usarlos en la escuela, pero si me enseñaron también acá, me han dado su opinión de cual era más cómodo y más útil para mí” (mujer, 19 años)

“pero de cualquiera manera yo creo que en esta etapa de mi vida ya se mucho, desde hace muchos años, desde mi etapa en el colegio ya empezaban a incluir esto, la información existe y está bien repetirla de sobra siempre”..., el servicio está bien planteado y se está ejerciendo bien” (varón, 20 años)

Entre las entrevistas se encuentran casos de embarazos que deciden continuarlos y expresan haber tenido una atención cuidadosa. Se sienten protegidas y que se les

realizan los exámenes correspondientes. En relación al aborto no hay referencias explícitas salvo un caso que plantea:

“En realidad lo pensamos mucho y no quería abortar nada por un riesgo, aparte que no hubiera gustado que a mí me pasara el riesgo no, pero no me gustan esas cosas. Entonces preferí seguir” (mujer, 17 años)

La expresión “no me gustan esas cosas” denota lo que otras investigaciones han detectado: pareciera que existe una dificultad de aceptación en los adolescentes del aborto, aunque sea contradictorio con las prácticas. Principios morales, religiosos, miedos, clandestinidad, ilegalidad entre otros probablemente condicionen las concepciones acerca del aborto y por ello, en muchas circunstancias, la decisión de continuar con el embarazo.

Puntos destacados de esta dimensión

- ✓ Los/as entrevistados/as refieren una atención cordial y atenta. Pocos casos se muestran descontentos.
- ✓ Plantean que reciben información sobre sexualidad que en algunas situaciones complementa la que les brinda la escuela.
- ✓ Reciben información sobre MAC aunque no todos/as manifiestan haber tenido conocimiento de todos los métodos existentes.
- ✓ Refieren en algunos casos información sobre enfermedades de transmisión sexual con indicación de la “doble protección”.
- ✓ Hay escasa referencia a la cuestión del aborto en las entrevistas

ANALISIS DE RESULTADOS:

Encuesta a profesionales de la red SAP

Introducción

La etapa de trabajo con profesionales se desarrolló especialmente en el marco de las reuniones del Comité de Adolescencia de la SAP, en las que participamos los distintos actores que coordinamos el proyecto. A partir de estos encuentros se establecieron dos jornadas³ para el debate y reflexión conjunta en función de los resultados que emergieron de la aplicación de dos estrategias: por un lado, entrevistas realizadas a jóvenes concurrentes a servicios de adolescencia en hospitales públicos de la CABA⁵ y, por otro lado, una encuesta aplicada a los profesionales que conforman la red nacional de Adolescencia en la SAP. Dicha encuesta tenía, sobre todo, un carácter exploratorio ya que se planteó como una primera indagación acerca de las experiencias de los profesionales a nivel nacional. El equipo de la SAP elaboró el formulario con un conjunto de preguntas que permitieran, por una parte, establecer un perfil de los profesionales entrevistados y por otra, explorar sus experiencias identificando aspectos relativos a las barreras que encuentran en su quehacer profesional, así como las fortalezas y estrategias implementadas en el abordaje de la salud adolescente desde sus distintas inserciones y realidades.

El equipo de sociólogas analizó los resultados sobre 47 encuestas respondidas por profesionales de distintos puntos del país. Las encuestas fueron autoadministradas (presencial y virtual). Del total, 24 fueron contestadas vía mail y 21 fueron presenciales.

Aquí presentamos los resultados más significativos de dicha encuesta en cuatro ejes analíticos:

- a. Perfil de los/as encuestados/as**
- b. Obstáculos y barreras percibidas**
- c. Fortalezas y estrategias**
- d. Reflexiones sobre la práctica profesional**

³ La primera jornada de trabajo se realizó en octubre de 2014 y la segunda, en mayo de 2015. En ambas reuniones los profesionales de otras provincias pudieron participar on-line del intercambio. ⁵ Esta estrategia se encuentra analizada en el capítulo sobre Adolescentes.

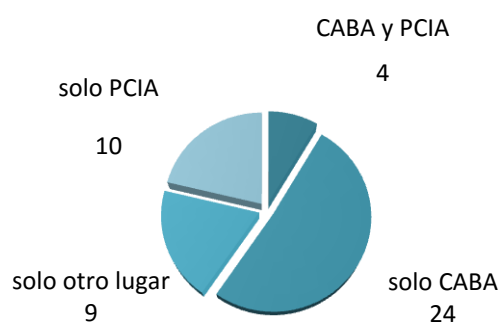
a) Perfil de los/as encuestados/as

Para conocer algunos aspectos del perfil de los profesionales encuestados se preguntó acerca del lugar de atención (ubicación geográfica), el ámbito de la práctica profesional (público-privado⁴), la posibilidad de contar con un espacio diferenciado de atención adolescentes y la cantidad de horas semanales destinadas a su atención de manera exclusiva.

Lugar de atención

Del total de los 47 encuestados, más de la mitad (24) desarrolla su práctica profesional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). No obstante, debe señalarse un número significativo de profesionales de provincia de Buenos Aires y de otras provincias del país como Santa Fe, Córdoba, Tucumán, Chubut y Tierra del Fuego.

Lugar de atención (ubicación geográfica)

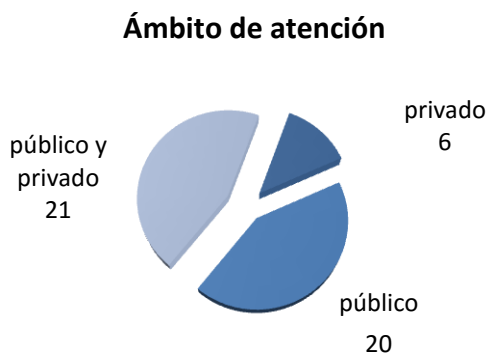


Ámbito de atención

En cuanto al ámbito en el que se lleva adelante dicha práctica, si bien gran parte de los profesionales desarrolla su práctica en el ámbito público, es destacable el número de

⁴ Cabe aclarar que en el instrumento, en la pregunta por el ámbito de trabajo no se incluyó la opción “obra social”.

encuestados que alterna sus actividades en el ámbito público y privado (21 encuestados). En ese sentido, podemos inferir que gran parte de sus respuestas darán cuenta, sobre todo, de su experiencia en el sector público.



Entre los encuestados que participan del sector público, la mayoría lo hace en hospitales (26 encuestados). De este total, fueron 5 los que mencionaron que trabajan simultáneamente en hospital y centros de salud y sólo 3 profesionales atiende sólo en centros de salud (7 profesionales no respondieron esta pregunta).

Espacio de atención diferenciado

La posibilidad de contar con un espacio diferenciado para la atención de los adolescentes fue mencionado casi en el total de los casos (43 de los 47 encuestados respondieron que contaban con dicho espacio).

Resulta significativo que la mayoría de los encuestados (31 de 47) dedica más de 12 horas semanales a esta tarea. En segundo lugar estuvieron aquéllos que dedican entre 6 y 12 horas (9 encuestados) y en menor medida, los que desarrollan menos de 12 horas semanales (4 encuestados/ 3 No sabe-No contesta). Este punto permite advertir que los profesionales encuestados tienen una importante dedicación en la atención a adolescentes, por lo que sus respuestas dan cuenta de una práctica amplia y continua.

b. Obstáculos y barreras percibidas

La propuesta fue analizar las respuestas según los tipos de barreras u obstáculos basándonos en autores que han desarrollado estas dimensiones en sus trabajos teóricos y en numerosas investigaciones (Matamala, 1995; Petracci et al, 2004; Comes et al, 2006).

Partimos del concepto de *accesibilidad* entendiendo que ésta es constituida a partir de las relaciones y el trabajo de los servicios de salud con la comunidad, compartiendo y estimulando la recuperación de sus saberes como la participación en la toma de decisiones sobre sus necesidades y propuestas:

“En este sentido (...) [se] define a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (...) Este vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner et al, 2000 en Comes et al 2006: 203)

En relación con la población adolescente resulta importante considerar las barreras vinculadas al cumplimiento de la normativa legal vigente, que establece y garantiza la autonomía progresiva de N N y A como sujetos de derecho. Citando a Mariana Chaves:

“El piso del reconocimiento de derechos es lo que nos habilita a ingresar a las discusiones sobre barreras de acceso, ya sea en términos de barreras geográficas (inexistencia), o sobre todo, como barreras institucionales, burocráticas y simbólicas” (2014: 56).

Las barreras u obstáculos que se mencionan en las encuestas son:

Barreras institucionales

Hay respuestas que marcan falta de políticas públicas, que son referidas a la falta de apoyo, seguimiento y mayor información desde organismos públicos de salud.

Importante el señalamiento de las diferencias en las políticas de atención dentro de una misma institución, lo que se constituye en trabas que dificultan la atención a adolescentes. Estas diferencias se centran, especialmente, en el desconocimiento del marco legal que, en general, se cumple según criterios personales.

La mayoría mencionó la existencia de espacio físico dedicado a la atención de adolescentes. Aun así, algunos consideraron que suele ser incómodo. Sobre el funcionamiento de ese espacio fue significativo el hecho de que no resulte reconocido, promovido o difundido por otros profesionales de otras especialidades u otros servicios de las mismas instituciones donde funcionan. Eso conlleva a que no haya una adecuada derivación y/ o información sobre su acceso. Al respecto, varios entrevistados recomendaron reforzar la existencia de un consultorio para demanda espontánea.

En cuanto a los insumos, en algunos casos se destaca la falta de suministros de MAC (tanto en CBA como en Provincia en servicios públicos), así como una escasa entrega de implantes subcutáneos y anticoncepción inyectable trimestral. En las guardias generales, se señaló que suele haber poca información y dificultades en el suministro de anticoncepción hormonal de emergencia.

Con respecto a los aspectos administrativos se identificaron, sobre todo, la falta de personal y dificultades en el sistema de organización de turnos. Los profesionales manifestaron que no es posible cubrir la demanda, ni ampliar el horario de atención (especialmente en el caso de los CAPs y CeSAC) y en los hospitales faltan cubrir los cargos de especialistas, de personal de enfermería y administrativo. Una respuesta lo resume así: *“diferencia entre necesidades y ofertas, la demanda supera las posibilidades de atención”*. Finalmente, en el momento de la consulta las respuestas dieron cuenta de una falta de tiempo para realizar una atención de manera adecuada.

“Diferencia entre

*necesidades y ofertas,
la demanda supera las
posibilidades de
atención”*

Una respuesta no clara acerca de la “*confidencialidad médico paciente*” nos lleva a preguntarnos ¿se considera que no respetarla es un obstáculo para la atención de adolescentes o que la confidencialidad puede dificultar la atención?

Con respecto a la confidencialidad en los casos de adolescentes víctimas de maltrato, también se suelen presentar confusiones en los profesionales, lo que lleva a que muchas veces no realicen la comunicación al organismo de protección correspondiente.

Barreras atribuidas a saberes y prácticas profesionales

Se menciona reiteradamente la sobre carga de los profesionales, evidenciada en muchos casos en la simultaneidad de tareas y cantidad de horas de trabajo.

Fue destacado por varios encuestados el desconocimiento de los derechos de los adolescentes. Las respuestas marcan principalmente esto entre quienes no son de la especialidad, lo que se agrava por la falta de interés por trabajar con este grupo etario. De acuerdo a lo manifestado en las encuestas, esta desinformación provoca que la atención esté marcada, en consecuencia, por prejuicios, miedos y creencias personales. Por ello, los profesionales señalaron la necesidad de capacitar a pediatras en derechos y recursos existentes para favorecer una correcta derivación y trabajo articulado. Esto permitiría estimular la posibilidad de acercamiento y re-pregunta y por lo tanto, no poner freno a las consultas de los jóvenes.

Para las adolescentes que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información, además del tratamiento de la lesión, siendo imprescindible que los mismos conozcan la normativa en estos casos.

Barreras atribuidas a los adolescentes

En general para referirse a éstos usan el plural masculino y no se diferencia por sexogénero cuando se refiere a las personas que atienden.

“Sólo quieren saber si se embarazaron...”

Marcan como barreras el bajo nivel de escolarización. El temor a consultar, la falta de hábitos de prevención, *“sólo quieren saber si se embarazaron”*. Los mitos, prejuicios, *“descontroles y omnipotencia”*.

Según estos profesionales los adolescentes no consultan a las instituciones sobre sus derechos, aunque como menciona uno de los encuestados: *“si lo hacen, no son satisfechas sus demandas”*. En otros casos se señala que, en realidad, no saben que pueden consultar a cualquier especialidad –no sólo ginecólogos–, por lo que *“los pacientes”* y familias desconocen los recursos existentes.

Partiendo de respuestas de dos personas encuestadas: *“barreras culturales”* - *“barreras sociales- asimetría en la consulta”*- nos interesa reflexionar sobre las llamadas barreras culturales o simbólicas.

Pensarlas da contenido y sentido a las barreras descritas por los profesionales sobre los adolescentes cuyas experiencias propias, de pares y familiares van conformando un *“(...) imaginario social y representaciones sociales que también pueden constituirse en barreras”* (Comes et al., 2006: 209). En ese sentido:

“Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso” (Comes et al, 2006: 209).

c. Fortalezas y Estrategias

Al indagar acerca de las fortalezas que los profesionales advierten en sus lugares de trabajo se destacaron los siguientes aspectos:

Formación de los profesionales

Los encuestados señalaron que los profesionales especializados en la atención adolescentes tienen un importante nivel de capacitación. Así, el reconocimiento de “Adolescencia” como especialidad también resulta un punto significativo que permite dar cuenta, a su vez, de un recorrido y experiencia de los que han profundizado sus conocimientos en el área. Ese conocimiento específico, no obstante, se vincula con el número reducido de profesionales en esta especialidad.

Además de los saberes específicos, una buena formación profesional parece asociarse a rasgos personales como la empatía, la escucha adecuada, la paciencia y buena voluntad en la atención.

Finalmente, en este punto se advierte que la presencia de residentes y becarios, es decir profesionales en formación, permite a su vez generar un espacio de actualización para los profesionales con mayor continuidad y experiencia.

Estrategias utilizadas

Este punto resultó el más significativo entre las fortalezas

<p><i>La existencia de servicios de atención para los adolescentes para los adolescentes como “servicios amigables” y sus estrategias de atención, favorecen el acceso y la continuidad en el tiempo.</i></p>	<p>observadas por los encuestados en sus lugares de trabajo.</p> <p>Estas estrategias apuntan a distintos momentos en el proceso de <i>diferenciada atención</i>. Así, la existencia de servicios de atención diferenciada para los adolescentes como “servicios amigables” y sus estrategias de atención, favorecen el acceso y la continuidad en el tiempo.</p> <p>Entre tales prácticas se destaca la modalidad para solicitar turnos.</p> <p>Aquí, se alternan los turnos programados con la atención por demanda espontánea. Esta última especialmente para cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva.</p>
---	--

De acuerdo a los/as encuestados, en el marco de la consulta, se apela a la construcción de un espacio que resulte accesible y agradable: conociendo y respetando los derechos de los/as adolescentes –ya sea que concurren solos o acompañados–; habilitando la escucha y el lugar para las preguntas; así como también, disponiendo del tiempo necesario para atender a las necesidades de éstos y sus familias.

Finalmente, los talleres en sala de espera se plantean como un complemento importante en el marco de estas estrategias.

Trabajo al interior del equipo de salud

Entre los/as encuestados, se destacó la importancia del trabajo con otros profesionales para una mayor integralidad de la atención. Debe destacarse una de las respuestas en la que hizo referencia al trabajo con el personal administrativo para la mejora en la recepción y acceso de los jóvenes a la consulta.

En cuanto al intercambio con el resto de los profesionales del equipo de salud se mencionan la multidisciplina y la interdisciplina como prácticas que fortalecen el trabajo con los adolescentes. Debido a que se han asociado diversas significaciones a estos términos, cabe preguntarnos por el modo en que esto se lleva a cabo y en ese sentido, ¿qué se entiende por multidisciplina o interdisciplina? ¿en qué momentos se produce y ante qué situaciones?

Por ejemplo, entre diferentes significaciones acerca del trabajo en equipo pueden rastrearse sentidos en los que la interdisciplina se distingue de una derivación o interconsulta. Así, mientras la interconsulta se presenta como breves intercambios entre profesionales de disciplinas o servicios diversos, con escasa articulación y casi nulo seguimiento o abordaje conjunto de pacientes. En cambio, la interdisciplina parece plantearse como una instancia superadora. Esta perspectiva contemplaría, entonces, la articulación e integración de diversos saberes cuasi indiferenciados para generar intervenciones que respondan a la complejidad con la que se entienden los problemas de salud a partir de un “saber común”.

Cabe señalar la concepción de interdisciplina que Alicia Stolkiner (1999) plantea para reflexionar acerca de las prácticas de lo que denomina como *equipos interdisciplinarios asistenciales*. Al respecto, indicará que en tales equipos la interdisciplina no se daría por la mera yuxtaposición de disciplinas o el simple encuentro entre

*¿Qué se entiende por multidisciplina o interdisciplina?
¿En qué momentos se produce y ante qué situaciones?*

diferentes profesionales, sino por un proceso de construcción común de un problema de salud planteado en el contexto cotidiano de las instituciones de salud. Dicho proceso requiere entonces poder reconocer:

“(…) que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos. Más aún, en momentos en que las mismas disciplinas difieren en su interior en cuanto a la definición de su objeto, se puede afirmar que una disciplina, por lo general, no es una, es decir no es unívoca y sin fragmentaciones en su mismo seno” (Stolkiner, 1999: 1).

Por tal motivo, destacará que la existencia de tales disciplinas se expresa a partir de los propios profesionales que la producen y reproducen en sus prácticas, ya sean individuales o grupales. En consecuencia, el trabajo interdisciplinario plantea tensiones a nivel grupal, expresados por las luchas de poder por la hegemonía de los distintos saberes y a nivel individual, producto de las renuncias necesarias que plantea el trabajo con otros profesionales ante la aceptación de la incompletud del propio saber disciplinar para dar cuenta de manera acabada de un problema.

Vínculos con escuelas

En cuanto a las relaciones con distintos actores se mencionó la relevancia del trabajo conjunto con las escuelas. En particular, se resaltó la realización de talleres dirigidos tanto a adolescentes como a docentes. Y por otro lado, se observó también la presencia del sector salud a través del programa de Salud Escolar.

Marco legal

La existencia de una legislación que explicita el marco de acción cotidiano también fue destacada en las respuestas de los profesionales. Dicho marco se manifiesta como promotor de nuevos espacios de capacitación, así como también habilitador de prácticas que ya se venían desarrollando. Así, por ejemplo, se señala sobre todo el caso del trabajo con escuelas a partir de la sanción de la ley de Educación Sexual Integral.

Recursos

Finalmente, entre las fortalezas que se advierten en las respuestas de los encuestados, puede reconocerse la relevancia dada a la provisión de métodos anticonceptivos, así como a la difusión de la información vinculada a éstos a través de material gráfico como folletos o afiches disponibles en los servicios.

d. Reflexiones sobre la práctica profesional

Junto a los aspectos cualitativos de la encuesta diseñada por el equipo de Adolescencia de la SAP, relativos a obstáculos/barreras así como fortalezas y estrategias desarrolladas en la atención adolescente, se solicitó a los entrevistados una reflexión acerca de las experiencias en su trato cotidiano con las y los pacientes y como las mismas habían impactado en su quehacer profesional. Algunas apelan a aspectos generales a lo largo de sus años de atención, mientras que otros refieren a experiencias concretas que tuvieron impacto en la atención.

La mayor parte de estos relatos refieren a situaciones relativas a adolescentes mujeres que concurren por temas vinculados a posibles embarazos, a solicitar anticoncepción de emergencia o acudir con embarazos avanzados y sin controles previos. Situaciones que pueden estar vinculadas a hechos de violencia que generalmente no son explicitados por las adolescentes durante la consulta, y tampoco interroga a los y las profesionales.

Ya sea desde una perspectiva positiva o negativa se señala el desconocimiento de los adolescentes acerca de su cuerpo, sexualidad y los cuidados preventivos. Recogemos algunos de estos relatos a fin de que sean a la vez disparadores en otros profesionales que atienden a esta población.

“El desconocimiento de los adolescentes sobre los Servicios de Adolescencia y sus derechos de atención. Haber atendido adolescentes que desconociendo sus derechos se han expuesto a situaciones de altísimo riesgo” (público CABA).

Uno de los casos relatados por un profesional destaca:

"Justamente en la última semana recibí tres casos de chicas de 16, 17 y 19 años, todas ellas con seguimiento "adecuado" en el servicio de adolescencia que refirieron no usar ningún tipo de método anticonceptivo a pesar de contar con toda la información y la disponibilidad de los mismos y que ante la consejería lo más empática y correcta posible se negaron refiriendo que a ellas no se iban a enfermar ni a embarazar y que si lo hacían verían en el momento como lo resolverían..." señalando que le generó alto nivel de impotencia (Hospital CABA).

Otro de ellos señala preocupación por las consecuencias del desconocimiento que tienen los adolescentes acerca de sus derechos y cómo ello repercute en la atención recibida y los comportamientos asumidos por ellos:

“(...) a partir de lo expresado-desconocimiento de derechos del adolescente- hubo una situación con una adolescente de 15 años que consultó sola por flujo vaginal. Recién el cuarto profesional que consultó fue el que la revisó y la guió en su diagnóstico y tratamiento....señalando " Me generó indignación por no ponerse en el lugar de la adolescente y desconocer sus derechos ejerciendo una medicina defensiva desde lo legal "teóricamente" y no resolutiva con respecto a la demanda de esa adolescente que tuvo que pasar todo el día viajando por el gran Bs. As y CABA para que la revisaran" (privado CABA).

Una experiencia interesante y altamente positiva la destaca otro de los profesionales quién señala satisfacción por haber atendido a una pareja de adolescentes que temían

un embarazo que no era tal pero cómo esta profesional pudo de esa manera captar satisfactoriamente a la pareja:

"Ayer concurrieron al consultorio, por primera vez, una joven de 16 años y su novio de 17 años. Descartaron embarazo y se les suministro información y se fueron con turno acordado.... si estos jóvenes hubieran concurrido antes o hubieran tenido acceso a algún servicio o profesional que los hubiera orientado, podrían haberse evitado la angustia que les genero pensar que ella estaba embarazada" (hospital de CABA).

Pero frente a esas situaciones que producen satisfacción también algunos apuntan a victimizar al adolescente debido a su desinterés en informarse:

"Mi percepción es que si preguntamos e insistimos sobre la salud sexual, no es tema que les preocupa. Creo que debe ser por la población que asisto culturalmente es natural el embarazo a edades temprana y es asumida con naturalidad. Obvio que hay casos puntuales y conflictivos que hay que darle un tratamiento especial. Veo que las adolescentes tienen información sobre cómo cuidarse pero no lo hacen. Este profesional considera que su trabajo debe centrarse en " la toma de conciencia hay que trabajar para que no se vuelvan embarazar" (Hospital CABA)

Sin embargo también surgieron expresiones críticas frente a colegas médicos que desatienden y culpabilizan a las adolescentes embarazadas y que le provoca alto nivel de vergüenza e impotencia.

Según la Ley Nacional Nº 26.485, la violencia obstétrica es "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales".

Uno de ellos señala:

“Atención en la guardia de una adolescente de 14 años con trabajo de parto .Me llama pidiendo ayuda o apoyo. Me dio vergüenza el trato que había recibido, la falta absoluta de contención y hasta diría menosprecio por haberse embarazado. Solo recriminaciones mientras nacía su bebe” (hospital CABA). u

otra que señala:

"(...) un colega pediatra atendió a una adolescente de 13 años que concurría para información y entrega de MAC, no se lo han brindado por la edad y porque concurría sola. La derivaron a consulta con ginecología, le dieron turno a los 3 meses, la paciente concurre con un embarazo de 10 semanas" (Hospital CABA y GBA).

De manera similar el relato de otra experiencia de una paciente con VIH que estaba controlada desde infectología y frente a la cual no se pudo prevenir un embarazo, la lleva a pensar que algo no está sucediendo correctamente desde su servicio:

“Paciente VIH de transmisión vertical en control desde siempre por infectología y desde hace un tiempo por adolescencia que tenía varios turnos programados enviada por la infectóloga por pérdida de peso que no asistió. La semana pasada asiste con su mamá con un test de embarazo positivo” (Hospital GBA)

Respecto a otro tema es cuando concurren a solicitar anticoncepción de emergencia. Un profesional reflexiona sobre un caso de una adolescente que solicitó AHE a las 20 hs. y que, por casualidad, el Centro de Salud estaba abierto por una reunión, que no era lo habitual. La adolescente pudo concurrir posteriormente para una cita de consejería. (Hospital y Centro de salud, otra provincia). Si bien le produjo satisfacción haber intervenido eficazmente, ve la urgente necesidad de ampliar los horarios de atención.

Otro caso significativo de otro profesional acerca de este tema:

“Las reiteradas oportunidades en que las adolescentes concurren a la guardia solicitando la administración de anticoncepción de emergencia, la cual les es negada por desconocimiento y no por falta de provisión, siendo derivadas al Servicio de Adolescencia al día siguiente desperdiándose la posibilidad de una atención oportuna. También los servicios de especialidad, que por patologías

crónicas atienden a las jóvenes desde temprana edad y consultan con el Servicio de Adolescencia sólo ante un hecho que los desborda (ej. embarazo adolescente) sin pensar que una derivación más temprana hubiera facilitado adherencia, información e indicación de los MACs correspondientes" (hospital CABA).

En este ejemplo se observa cómo la adolescente fue víctima de violencia institucional por parte del Hospital Público, ya que se le negó la anticoncepción a la cual tiene derecho a acceder. Otro de ellos señala como: *"un serio obstáculo la no administración de anticoncepción de emergencia en la guardia del hospital*

Otros de los testimonios acerca de las experiencias refieren a los derechos y la falta de contención en los servicios. Según un profesional a partir de su experiencia señala de manera crítica lo que les sucede a profesionales en ese ámbito

"Múltiples muestras de temor de profesionales de educar en sexualidad y ser enjuiciados por ello, para este profesional ello le genera una gran impotencia ante la ignorancia de los profesionales que temen ser enjuiciados por lo que hacen" (público y privado, CABA).

Otro de ellos señala

"Me indignó la mirada de algunos colegas varones que consideraban que la indicación de anticonceptivos a una adolescente favorecía la promiscuidad o el libertinaje.... Muy grave la existencia de prejuicios que justamente no redunden en un beneficio para el paciente (Público y privado, hospital y Cesac CABA).

Entre los aspectos positivos cabe destacar aquellos que a partir de su experiencia destacan que:

"Lo más impactante es el regreso de quienes consultan impulsados por el espacio de confianza y confidencialidad" (CESAC CABA)

"Lo que mi mejor alumna en aquel momento podía llegar a considerar a mi paciente de 17 años mejor informada y formada en salud sexual y reproductiva, con el primer novio bombero, con la primera relación sexual quedo embarazada, luego se casó y tuvo 3 hijos con él" (público y privado, CABA)

“En nuestro hospital la asistencia en SSyR es a demanda y sin turno, con lo cual la demanda es muy alta, permite la continuidad y adherencia... orgullo, satisfacción profesional, un gran logro”

Asimismo rescatan como aspecto altamente positivo:

“(...) la realización de talleres con adolescentes mostró ser una herramienta efectiva. La actividad académica, por ej. ateneos” (hospital, CABA)

Mientras que entre los aspectos negativos algunos relatos señalan:

“(...) adolescente de 18 años, madre adolescente con un hijo (ECNe) y otro de 1 año y 8 meses, que consulta por retraso menstrual de 2 meses. Test de embarazo positivo. No deseaba el embarazo, no usaba ningún método anticonceptivo [Ello según relata, le generó] "impotencia. Sólo pudo acompañarse a la adolescente. Aún no tiene método anticonceptivo adecuado (no volvió a la consulta luego de su tercer parto)" (hospital, CABA)

“Paciente que surge como "consulta secundaria" sospecha de embarazo. Interesante pensar en la dificultad que tuvo para plasmar la demanda. Y luego, la dificultad para conseguir el test de embarazo en todo el hospital. Ello le hace reflexionar sobre necesidad de "aceitar" el acceso a los y poder pensar que se juega a la hora de poder hablar estas cosas en una consulta" (hospital, CABA)

“Rechazo para turnos en ginecología a los adolescentes sin DNI, a pesar de derivación (hospital CABA)

“Situaciones de abuso. Embarazos tempranos... impotencia. Vulnerabilidad. Falta de cuidado. Información que no se apoya en formación” (privado, provincia)

“(...) recibimos a diario adolescentes solicitando antibióticos por infecciones de transmisión sexual debido al no cuidado en las relaciones... impotencia” (hospital CABA)

“Violencia de género de hombre mayor de edad hacia menor y la imposibilidad de ella de salir de la situación...tristeza, impotencia” (hospital CABA)

“Muchas veces los adolescentes concurren a la consulta luego de haber iniciado relaciones sexuales sin protección. No se han cuidado por falta de información, luego de brindarse la información necesaria hay un cambio de actitud... impotencia, esperanza de cambio” (hospital CABA)

Resulta significativa la recurrencia del uso de la palabra “impotencia” para describir las emociones que generan las situaciones percibidas como negativas y que ocurren cotidianamente en sus prácticas. Esta expresión de impotencia parece vincularse así a una necesidad de brindar respuestas en función de esfuerzos y capacidades personales, que desdibujan de alguna manera la visibilización de las responsabilidades institucionales y la generación de políticas públicas ante estas problemáticas.

Sugerencias

Si bien otro ítem de la encuesta destinada a realizar sugerencias no fueron solicitadas a todos aquellos a los que se les aplicó la entrevista, recogemos algunas de ellas por considerarlas significativas:

- Organización de actividades intrahospitalarias para que el personal se actualice sobre algunos temas y para que más allá de sus creencias pueda brindar una consejería que por lo menos permita la libre elección del paciente.
- Importancia de la escucha en la consulta y de un espacio que les de confianza a los adolescentes.
- La ley es fundamental. Trabajar con toda la comunidad hospitalaria y con los alumnos de pregrado en ciencias médicas, paramédicas, enfermería, etc, para que conozcan los derechos de los adolescentes en lo que respecta a su atención porque si no por un lado no aseguramos la accesibilidad que requieren los adolescentes desde sus derechos.

- Trabajo interdisciplinario, abrirlo a diferentes áreas dentro de los hospitales, intentar que se realicen capacitaciones en otros espacios donde sí o sí asisten los jóvenes como son las guardias.
- Cuesta mucho llegar hasta el núcleo cultural, desterrar el machismo, la violencia en el noviazgo, los prejuicios. Hay que seguir trabajando y articulando desde la interdisciplina, con los jóvenes como protagonistas. Quizá sería bueno el *role play* u otras técnicas de mayor participación para conseguir mejores resultados
- Trabajar desde la infancia con la familia en la “llamada latencia” que actualmente es la cocina de conductas de riesgo, ignorada desapercibida, por padres y profesionales pediatras dada la temprana erotización de la infancia con la información on-line que los chicos manejan, hacen que la información, el porno y el acceso indiscriminado al mundo sexual de internet se constituya en situaciones muchas veces de riesgo”.
- Continuar con la capacitación de los médicos más jóvenes (residentes, concurrentes). Seguir incluyendo estas temáticas en las jornadas y cursos interdisciplinarios, buscar un acercamiento entre el sector salud y educación, elaborar un documento avalado por organizaciones de peso (SAP, UNICEF, UBA) donde se explique la importancia de aplicar el marco legal vigente para que cada uno de nosotros lo trabaje con las autoridades correspondientes del hospital no desde una acción individual sino colectiva.

**ETAPA DE INTERVENCIÓN Interacciones entre
adolescentes/prestadores
a partir de la dinámica de talleres**

Talleres sobre salud integral de los y las adolescentes

A partir de un interés compartido por distintos equipos de profesionales de diversas instituciones, entre ellas, una organización social que trabaja con jóvenes de sectores populares, referentes de servicios del CeSAC 35 y el hospital Penna, el Comité de Adolescencia de la SAP y el equipo UBA, se propuso la realización de talleres con jóvenes.

Los mismos se desarrollaron en dos espacios que presentaban dos grupos diferentes: los participantes de una murga en la Villa 21-24, coordinados por un referente barrial, y los asistentes a los talleres artísticos gratuitos que ofrece una organización social en Parque Patricios. Allí concurren jóvenes de distintos barrios de la CABA, especialmente de la zona sur como Barracas, Nueva Pompeya, Villa Soldati y Villa Lugano.

Entre ambos grupos pueden distinguirse algunas diferencias, en cuanto al perfil de los participantes: en el caso del grupo de la murga, dado que la actividad se realizó en un lugar abierto de circulación con personas de distintas edades, había una gran diversidad entre quienes participaron del taller, desde niños hasta adultos; en el caso de la organización, los jóvenes que asistieron al taller eran aquellos que concurrían a las actividades que realizan allí habitualmente los días sábados en la sede de Parque Patricios: circo, tela, trapecio, malabares y tango. En último caso, en su mayoría, tienen entre 14 y 18 años y llegan allí, especialmente, por intermedio del Programa Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la CABA.

Dado que el proyecto se inscribe en la línea temática relativa a la promoción de derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género, destinado a difundir el acceso a los derechos de aquellos sectores en situación de mayor vulnerabilidad social, las temáticas se centraron en temas de salud, cuerpo, sexualidad, género y derechos; no obstante, también se incluyeron otras cuestiones vinculadas a la salud integral de los jóvenes, como el consumo problemático de sustancias.

TALLERES

Aquí presentamos algunas observaciones y emergentes de los talleres realizados con ambos grupos.

Taller de derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes

El objetivo del taller era contribuir al conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes atendiendo en particular los aspectos relacionados con la sexualidad, la reproducción, la prevención de las violencias en sus vínculos y el acceso a los servicios públicos de salud.

Para el desarrollo del taller se generaron distintas propuestas lúdicas y recreativas que permitieran crear un clima de confianza para promover la participación y la cooperación. A partir de las técnicas utilizadas nos interesaba problematizar las significaciones y estereotipos en torno a la sexualidad, el género, las adolescencias, los vínculos violentos, etc. Al mismo tiempo, se buscaba favorecer el acceso a información acerca de los recursos y servicios disponibles en forma gratuita en la ciudad como una instancia significativa para facilitar que los jóvenes se acerquen a los servicios de salud.

La convocatoria al taller se realizó por los referentes de la organización durante la mañana de un sábado, en el encuentro participaron alrededor de 40 chicos y chicas de 14 a 18 años.

El lugar contaba con un amplio espacio en el que suelen funcionar los distintos talleres que ofrecen, entre ellos, acrobacias de piso y aéreas, tango, teatro, percusión.

En el momento inicial se propuso realizar una presentación para conocerse un poco más entre sí y que los coordinadores pudieran conocer algo acerca de ellos. En parejas cada uno debía preguntar a su compañero distintos aspectos de su vida, sus gustos o algo que lo caracterizara, para luego poder contar esto al resto de los participantes. Rápidamente comenzaron a charlar, hubo pocas parejas mixtas y pudieron darse cuenta que provenían de barrios cercanos o hacían actividades que sorprendían a sus compañeros.

En su mayoría los jóvenes dieron cuenta de la edad, de la música que les gustaba (tipos de música, cantantes favoritos) y las actividades que realizaban (gran parte vinculadas a actividades físicas deportivas o artísticas). También se mencionó bastante la concurrencia a la escuela secundaria y en uno o dos casos, a la universidad. En menor medida se mencionó el barrio del que provenían o la composición familiar. Algunas expresiones fueron: “ella está en el centro de estudiantes”; “ella estudia para ser manicura”; “es muy buena chica, la conocí este año”; “tiene 8 hermanos”; “a ella le gustan los hombres”; “le gusta ir a bailar”.

La tarea fue con el juego de la “Carrera de la sexualidad”. Se dividieron en cuatro grupos, cada uno acompañado por algún coordinador y observadores del encuentro. Los referentes se encontraban alrededor del espacio observando.

A partir de las tarjetas de preguntas, verdadero o falso o situaciones, se abordaron distintas temáticas vinculadas a derechos y al cuidado sexual.

La primera de las tarjetas remitía a una imagen de una pareja besándose. Para una chica del grupo era “claramente dos hombres besándose”. Alguna otra chica dijo que podía ser una chica con pelo corto. La idea que propuso el grupo fue que cada uno era libre de estar con quien quisiera, ya sea hombre y mujer, y la sociedad debía respetar esas decisiones. El resto de los grupos acordó.

Las preguntas se vinculaban a cuestiones del cuidado sexual. Así se planteó el uso de métodos anticonceptivos, cuáles conocían y cuáles no, cómo funcionaba cada uno, cuánto se conocía acerca de eso, así como también acerca de la posibilidad de elegir esos métodos para cada persona. Se tuvo en cuenta las relaciones homosexuales y las formas de cuidado en esos casos. En general había conocimiento acerca de los distintos métodos, pero aparecían algunas dudas acerca de su uso o modo de acceso.

Se realizó una demostración del uso del preservativo. Ante la propuesta de que alguno de ellos lo hiciera, rápidamente un chico se acercó e hizo la colocación del preservativo de forma adecuada pudiendo dar cuenta del porqué de ciertos recaudos para su uso.

Una de las chicas consultó acerca de la “pastilla del día después” y si era posible tomarla con continuidad. A partir de ahí se problematizó el uso de esta pastilla, el momento en que debía

tomarse y dónde era posible conseguirla. Esta misma joven preguntó luego cómo era entonces en el caso de las pastillas abortivas y mencionó que preguntaba por esto, aunque sabía que el aborto era “inmoral”. Aquí se diferenció la pastilla de emergencia de estas pastillas y se planteó la situación del aborto en nuestro país, por ejemplo, considerando los casos de aborto no punible y las consejerías existentes a las que podían acceder. Este tema sin embargo, no abrió debate entre los jóvenes.

A partir de una situación que planteaba a una chica que, junto a su novio, deseaba comenzar a tener relaciones sexuales y concurrir a un centro de salud para saber cómo cuidarse, sin que su madre supiese, los jóvenes hicieron referencia a que muchas veces las chicas no confían en sus madres y no pueden hablar de estas temáticas, por lo que les parecía bueno contar con otros adultos para consultar.

Asimismo, ante el modo en que los jóvenes pueden acceder a la información emergió la posibilidad de buscarla en internet cuando uno quiere conocer acerca de alguna temática no supervisado por un adulto. Se hizo referencia a la cantidad de información que circula y la veracidad de ésta. Se informó sobre la línea de salud sexual del ministerio. Los chicos refirieron no conocerlo pero se interesaron por el funcionamiento y el carácter anónimo y accesible del contacto.

También se destacó la importancia del conocimiento del propio cuerpo, de la propia exploración, para conocerse vía el placer, pero también para detectar posibles lesiones en genitales por ITS, sobre todo en el caso de los varones.

Al hablar del cuerpo se hicieron preguntas acerca del crecimiento y desarrollo del varón, a sus cambios corporales y a las "pocas oportunidades para hablar de este proceso en los varones". También surgieron inquietudes sobre los métodos anticonceptivos. Tenían información y preguntaron por nuevos anticonceptivos de duración prolongada. También aparecieron algunos mitos, “las pastillas engordan?”, “tenés que hacer descanso de la toma?”.

Por último, se habló acerca de la transmisión del VIH y las vías de transmisión. Todavía el tema de la saliva o compartir ciertos elementos se les presentaban como difusos en tanto modos o no de transmisión. Para finalizar cada grupo tenía que nombrar de distintas

formas a los órganos genitales o a las relaciones sexuales. Esto generó muchas risas, pero fue interesante ver que varios de ellos se animaban a decirlas en voz alta a todo el grupo.

Durante el encuentro pudo observarse que los jóvenes conectaron rápidamente con la propuesta y se los notó interesados durante todo el encuentro. En algunos momentos donde había explicaciones acerca de los procesos biológicos del cuerpo se generó distracción o desinterés. Si bien puede reconocerse que 5 o 6 chicos solían tomar la palabra, en general los más grandes de edad, otros también se animaron a hablar o aún cuando no hablaran, se mostraban atentos. Durante el encuentro se los notó cómodos y predispuestos para participar, tanto a varones como mujeres.

Luego de la actividad se ofrecieron folletos y preservativos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que se desplegaron en una mesa para que pudieran agarrarlos directamente de allí.

Talleres con el grupo de murga de la villa 21-24

Los talleres estuvieron coordinados por profesionales de la SAP y del CeSAC 35, del cual participaron como observadoras dos integrantes del equipo UBA. Se realizaron en la villa 21-24 con los participantes del grupo de murga que funciona desde el año 2004. Dado que este grupo no cuenta con un espacio físico cerrado para llevar adelante sus actividades, los talleres se desarrollaron al aire libre, a un costado del Cesac 35, lugar donde suelen juntarse para las prácticas. De la murga participan adolescentes de diversas edades, también niños y adultos, a quienes se incluyó en la actividad.

1er Taller: Enfermedades Prevalentes y salud sexual y reproductiva

El primer taller y a pedido del referente barrial, estuvo destinado a entidades emergentes y prevalentes en niños y adolescentes, como es la detección de problemas respiratorios, así como a la posibilidad de asistir al centro de salud antes que el problema fuera más grave. Se trabajó en primera instancia con los conocimientos comunitarios y con experiencias de los jóvenes en relación a la “dificultad respiratoria”, utilizando

algunas técnicas que facilitaran la emergencia de preguntas e intercambios, por ejemplo, buzón de preguntas, afiches con dibujos, situaciones problemáticas.

La primera actividad apuntó a la detección de problemas respiratorios en los niños y adolescentes, así como a la posibilidad de asistir al centro de salud antes que el problema fuera más grave. Se hizo énfasis en el uso del aerosol que se entrega en forma gratuita en el CeSAC. Se jerarquizó el uso del Salbutamol en las crisis y la importancia del tratamiento preventivo con diversos tipos de aerosoles para evitar las crisis o prolongar los periodos sin síntomas. Se informó sobre la importancia de la continuidad de los tratamientos y las consultas periódicas para evitar limitaciones en la vida cotidiana. Se explicó y se reflexionó sobre hábitat saludable y las condiciones de salud; en este caso en un barrio cercano a la cuenca del Riachuelo. Este tema evidenció mucho interés en los jóvenes ya que muchos veían dificultada su asistencia a la Murga por limitaciones por ejemplo de una crisis asmática.

La segunda actividad apuntaba a contenidos más relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se planteó una situación en la que una pareja que no se cuida, suponen que la joven quedó embarazada y luego detectan que tienen una ITS. La mayoría participó activamente, si bien a algunos les daba más vergüenza levantarse y ubicar las imágenes en los afiches, se les preguntó si podían vincularlo con alguna situación que le haya pasado a algún amigo/a y la mayoría opinó que sí. Frente a estas situaciones, se explicó la disponibilidad de preservativos en el CeSAC y la posibilidad de llevarse un número importante para entregarle al resto de los integrantes de la murga. Se informó sobre la posibilidad de conseguir la anticoncepción de emergencia –no sólo en el CeSAC ya que no dispone de guardia- sino también en los hospitales de la zona. Se comentó que el preservativo no es el único método anticonceptivos, se explicó la diversidad de métodos existentes y que son gratuitos y de fácil acceso al concurrir a alguna institución pública de salud.

Se trabajó sobre las lesiones que generan las infecciones de transmisión sexual y que los varones se podrían dar cuenta primero por las características de aparato genital masculino. También, se señaló que pueden denunciar si algún profesional se negara a darles insumos.

Se abordó también dentro de este taller algunas consideraciones de los noviazgos violentos y se dieron pautas para identificar conductas que, pueden ser visibilizadas como asimetría de poder dentro del vínculo de la pareja. Se brindaron herramientas de empoderamiento para quienes pudieran estar siendo víctimas de esta asimetría.

El encuentro cerró destacando la importancia del espacio de la murga y su vínculo con el centro de salud e información sobre los contenidos del resto de los talleres.

2do taller: Consumo y sexualidad

En el segundo encuentro se abordaron temas relacionados con el consumo de sustancias y la salud sexual y reproductiva. Participaron niñas, jóvenes y tres adultos (2 madres y el referente de la murga). Los jóvenes participaron activamente e intercambiaron opiniones y dudas.

La dinámica inicial fue la de pensarse como participantes en un programa de televisión. Las preguntas para evocar saberes previos fueron introducidas a partir de pequeñas pancartas con imágenes y citas de distintos personajes mediáticos. Ante la pregunta de “qué drogas reconocen”, mencionaron en primer lugar al Paco, pasta, marihuana, y más tarde al alcohol y el tabaco; siendo estas últimas naturalizadas en su contexto cotidiano, dificultando su reconocimiento como drogas peligrosas. En último lugar se enumeraron “pastillas”.

Las madres que estaban presentes definieron la impotencia de ver por el barrio el impacto del paco en los chicos. Con respecto a la fuente de donde obtenían información sobre drogas surgió: de la familia, de los amigos, de la iglesia. (No mencionaron al Sistema de Salud ni al colegio en este ítem)

Se informó y reflexionó en conjunto sobre el consumo esporádico excesivo de alcohol como problemático y acciones de reducción de riesgos y daños en relación a consumos en general. Los profesionales indicaron las medidas que eran posibles tomar en caso que alguien estuviera alcoholizado, así como las señales de alerta para evitar un coma alcohólico (no dejar que la persona se duerma, si no se despierta llevarlo a la guardia).

Asimismo, se aconsejó darle agua, no dejarlo conducir, no dejarlo solo, ponerlo de costado, etc.). A medida que se iba desarrollando el taller las respuestas de los participantes y de los profesionales eran colocadas en un afiche. Los profesionales corroboraron o corrigieron las afirmaciones de los jóvenes.

Se dieron y abordaron premisas para reducir efectos no deseados del alcohol y otras sustancias (precaución con la cantidad de alcohol ingerido, mezcla de sustancias, hipotermia, características del metabolismo del mismo, etc.), así como también, se dieron pautas básicas para el manejo de situaciones de consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias entre “pares”. Fue muy interesante la opinión de las participantes más pequeñas (de 10 años aproximadamente), quienes en el caso de consumo de alcohol y sustancias, fueron las primeras en manifestar cómo cambian las personas con el alcohol y otras sustancias manifestando: “se pelean, gritan”, “se ponen pesados”.

Se reforzaron situaciones inclusivas y de derecho que corresponden a la atención de todos los adolescentes y jóvenes por parte del sistema de salud, sin discriminar motivo de consulta (alcoholizados, “drogados”, etc.). En esta instancia refirieron el maltrato que sufren muchas veces en la guardia del hospital, no sólo por el motivo de consulta, sino también por el barrio donde viven y la ropa con la que están vestidos. Destacaron la solidaridad con la que son atendidos en el Cesac 35.

Se relevó qué opinión tenían en relación a la autonomía de decisiones e indemnidad corporal cuando se asocian consumo y sexo; como así también el cuidado en la prevención de ITS y embarazo con las asociaciones mencionadas, así como la asociación entre la motivación por sustancias de consumo y las relaciones sexuales.

Se advirtió el modo en que el consumo de sustancias puede generar menores reflejos y disminuir la capacidad de autocuidado y la exposición a situaciones violentas. En el taller si bien eran más varones que mujeres, participaron más las mujeres y fueron quienes evidenciaban el riesgo “de asociación de sustancias y relaciones sexuales no cuidadas”. Los varones fueron menos categóricos en reconocer riesgo en las asociaciones precitadas y algunos hacían referencia que está en su esencia “cuidarse” y que el alcohol u otra sustancia no influiría en el riesgo al momento de una relación sexual. Se enfatizó la

garantía desde el CeSAC de los programas de salud sexual y reproductiva y en los lineamientos de la atención integral de adolescentes y jóvenes (la disponibilidad de preservativos y de la anticoncepción de emergencia) y se transmitió la obligatoriedad de esta gestión de derechos en todos los efectores de salud.

A partir de una de las técnicas utilizadas en las que se presentaba el caso de una joven que había sido asesinada y cuestionada por su sexualidad desde los medios informativos, se propuso debatir acerca de los prejuicios y las miradas sobre los jóvenes que circulan en los medios públicos. Se desarrolló un debate en el que aparecieron posiciones encontradas en relación a los comportamientos de los jóvenes. Al trabajar la temática relacionada “con discriminación por atributos de género”, mostraron también mayor participación las jóvenes y niñas, quienes reforzaban que la manera de vestir, el número de vínculos o noviazgos de una adolescente o joven no debían justificar la vulneración de derechos (Por ej. porque es una chica fácil le pasó eso). Los varones se mantuvieron atentos, pero callados, ante estas temáticas. Se comenzó a trabajar en aproximación a violencia de género, noviazgos violentos, derecho a la privacidad. Se brindaron teléfonos de asistencia para Noviazgos Violentos y Folletería en SS y R. Con lo trabajado en los talleres se confeccionaron materiales que quedaron a disposición de los jóvenes.

Finalmente, entre los principales temas emergentes durante el taller surgieron cuestiones vinculadas al derecho a la intimidad, tanto en relación a la pareja como en relación a los padres. Asimismo, se cuestionó la existencia de cierta naturalización en el control de los vínculos de la pareja y de una mirada estereotipada de género en relación a lo esperable o no en una mujer, que surgió a partir del caso de análisis.

REFLEXIONES FINALES

En esta investigación nos propusimos analizar el vínculo generado entre dos actores centrales: los y las adolescentes, en su condición de usuarios de los servicios de salud adolescente, y los prestadores. Asimismo otro actor institucional relevante fue el servicio de salud mismo ubicado en el marco hospitalario y en los centros de salud.

Diversas investigaciones desarrolladas por éste equipo nos han permitido acercarnos a la interacción entre los actores mencionados.⁵ En el caso de los y las adolescentes interesó indagar acerca del conocimiento, de sus percepciones, necesidades, información y valoración del cuerpo, la sexualidad, la salud, los derechos a recibir una atención de calidad y en particular el conocimiento y práctica de sus derechos sexuales y reproductivos. Desde los prestadores hemos procurado conocer las estrategias de captación y seguimiento de los y las usuarios, la confección y seguimiento de los registros y básicamente el conocimiento de la legislación nacional e internacional y los derechos a la salud. Desde el actor institucional el servicio, conocer la organización del servicio, la accesibilidad hacia los usuarios, tanto física como administrativa, el trato y disponibilidad de recursos.

Desde el punto de vista metodológico hemos propuesto distintas estrategias de investigación –tanto cuantitativas como cualitativas–, así como también, de intervención, con ambos actores. Estos instrumentos nos permitieron indagar temas sobre la subjetividad adolescente, sus condiciones de salud y sus vínculos con la atención en efectores públicos en servicios de adolescencia, así como caracterizar al otro actor central que son los prestadores, buscando establecer cómo y qué factores se juegan en el encuentro o desencuentro entre estos distintos actores y además buscar establecer el rol que cumple el servicio como institución.

De este modo, consideramos que a modo de apertura para nuevas experiencias, la propuesta que hemos desarrollado entre las organizaciones participantes conjuntamente sobre las características y modalidades de atención adolescente es un aporte más a la elaboración de acciones desde la intersección de diversos enfoques disciplinares, pues desde cada óptica se optimiza la reflexión sobre el abordaje de aquellos temas relevantes de la salud adolescente, en particular la sexual y reproductiva.

⁵ Investigación UBACyT “Calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de género y derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinada por S. Checa y equipo. 2004-2017

Resulta posible advertir que los jóvenes cuentan con abundante información proporcionada por éstos, así como acceso gratuito a los MAC y en algunos casos la posibilidad de elegir. Llegan a la consulta con información consistente (refieren haber obtenido información en la escuela) y sólo requieren alguna aclaración o el acceso al MAC. Sin embargo, en sus prácticas de cuidado pueden vislumbrarse dificultades para sostener el uso de métodos de manera adecuada a fin de evitar la transmisión de ITS o embarazos no buscados.

Una primera aproximación nos ubicaría en una profunda contradicción entre el saber/hacer o entre la información y la capacidad de operar en la vida cotidiana con el cuidado necesario (y la exigencia que ello implica). Otra posibilidad podría ser que la aproximación a la sexualidad requeriría de una mirada que permitiera incluir todas las dimensiones expresadas en la definición inicial lo que hablaría de la importancia de un abordaje transdisciplinario para que puedan ponerse en juego, en esa instancia (la consulta, por ejemplo) un sinnúmero de dimensiones donde la información (aunque sea exhaustiva y clara) no es suficiente.

La construcción de un lazo afectivo, la consulta con un profesional de confianza y con la posibilidad de elegirlo, la interrelación con aspectos psicológicos quizás permitirían un abordaje más integral y con ello la posibilidad de un acompañamiento en un camino que no está exento de aciertos y dificultades.

Otro de los nudos críticos que nos debe llevar a la reflexión y promover el debate es acerca de las políticas públicas relativas a la población adolescente y hacer hincapié en la necesidad de generar sinergias entre dos de las instituciones centrales que operan sobre la trayectoria de vida de este ciclo como son los efectores de salud y de educación. Ambas instituciones cumplen un rol central en la promoción de derechos y obligaciones de los y las adolescentes. Los servicios de salud ofreciendo información fidedigna y oportuna así como de calidad buscando captar las necesidades de los adolescentes y por su parte las instituciones educativas promoviendo y aplicando los avances logrados en el campo de la Educación Sexual integral. Como se ha observado en el trabajo de campo y que también las estadísticas demuestran, en las áreas urbanas la población adolescente mayoritariamente concurre a establecimientos educativos.

En el campo de la salud son particularmente las adolescentes mujeres quienes concurren a sus servicios por problemas vinculados a su salud sexual y reproductiva. Promover la concurrencia de los varones es una tarea pendiente y que facilita tanto a las /las prestadores/as como a usuarios/as establecer relaciones de género igualitarias y democráticas entre los géneros de varones, mujeres y otras pertenencias o identidades sexuales.

Retomando los conceptos de Pierre Bourdieu y siguiendo las reflexiones de Hugo Spinelli, reconocer la importancia teórica y operativa, de considerar el campo de la salud como un espacio de " (...) convergencia de distintos actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales" (Spinelli, 2010: 276), permite dar cuenta de que en el campo de la salud en nuestro país, como en varios de la región, existen importantes situaciones de inequidad y exclusión. Tales condiciones afectan a los sectores más desprotegidos, social y económicamente y generan desigualdades entre los distintos grupos poblacionales según recursos económicos, género, generación, etnia y/o condición migratoria, dando lugar a un escenario con medicinas diferenciadas.

Sin embargo, es importante considerar y visibilizar las experiencias exitosas y el compromiso de profesionales de diversos equipos de salud en distintos puntos del país, como muchos de los recopilados en este trabajo, a fin de replicar prácticas que resisten y problematizan las acciones hegemónicas en los servicios de salud.

Bibliografía

Bianco, M.; Wachter, P.; Chiapparrone, N.; Müller, M. B. (2015). Abuso Sexual en la Infancia: Guía para orientación y recursos disponibles en CABA y Provincia de Buenos Aires, recuperado el día 19 de noviembre de 2015 de <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/GuiaASI2015.pdf>

Bringiotti, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós.

Barilari S. (2007). Noviazgos violentos. Recuperado el día 26 de noviembre de 2015 de <http://sandrabarilari.blogspot.com.ar/2010/07/noviazgos-violentos.html>

- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de Sociología*. Madrid
- Carrano, P. y Peregrino, M. (2005). La escuela en expansión: un desafío para los jóvenes. *Anales de la Educación Común. Adolescencia y Juventud*. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Tercer siglo. Año 1. Números 1 y 2.
- Chaves, M. (2010). *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- (2014). Haciendo trámites con los pibes y las familias: barreras de acceso y micropolíticas públicas, en *Escenarios*, 21: (en prensa).
- Checa, S. (2003) Introducción. En S. Checa (Comp). *Género, Sexualidad y derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós. Tramas
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R. y A. Stolkiner (2006). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de investigaciones*. Volumen XV. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones.
- Comité de Adolescencia. Sociedad Argentina de Pediatría (2012) *Información a la Comunidad*. Disponible en: http://www.sap.org.ar/comunidad_adolescencia.php
- Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Sociedad Argentina de Pediatría (2014) Noviazgos violentos. Disponible en: www.sap.org.ar/docs/publicaciones/noviazgosViolentosSAP2014.pdf
- Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. Sociedad Argentina de Pediatría (2015) Uso correcto del preservativo. Disponible en: www.sap.org.ar/index.php/comunidad/detalle/.../Uso-correcto-del-preservativo
- Cravino, M. C. (2009). *Vivir en la villa. Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Daverio, A. (2006) El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales. El caso del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" y su área programática. En M.
- Petracci y S. Ramos (comp.): *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires. CEDES – UNFPA.
- Dolto F. (1996) *La causa de los adolescentes*, Buenos Aires: Seix Barral.
- Fernández A. (1993). *La Invención de la Niña*. Buenos Aires: Unicef.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press.
- García P. (2001). La verdad sobre la identidad. Buenos Aires: PAIDÓS.
- Gomez, R. y Couto M. (2014). Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 10(3). Argentina

- Gutiérrez, M. A. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En S. Checa (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- González, R. y Santana, J.D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Matamala, I (1995). *Calidad de la Atención Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Chile
- Menéndez, E. (1992) Grupo doméstico y proceso de salud-enfermedad-atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo", *Cuadernos Médico Sociales*. Nº 59.
- (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (comp.): *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Makepeace, J.M. (1981) Courtship violence among college students. En *Family Relations*. EE.UU.: National Council on Family Relations. 30, pp. 97-102.
- Mazzeo, V; Lago, M.; Rivero, M. y Zino, N. (2012). ¿Existe relación entre las características socioeconómicas y demográficas de la población y el lugar donde fija su residencia? Una propuesta de zonificación de la Ciudad de Buenos Aires. En *Población de Buenos Aires*. 9(15), 55-70
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Disponible en: www.ms.gba.gov.ar/sitios/.../1-guia_nacion_Atencionadolescentes.pdf
- Paganini, J. M. (2005) *Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud-Una propuesta para el análisis de las bases filosóficas de la salud colectiva*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata.
- Paggi, P. y Viar, J. P. (2000) .Violencia hacia niños, niñas y adolescentes. Maltrato y abuso sexual infantil. Elementos básicos para su atención en el sector salud. Ministerio de Salud de la Nación
- Palazzesi, A. (2015). Noviazgos violentos: detección, abordaje y prevención desde el Hospital Público. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*. 57(258), pp. 203-208.
- Pantelides, E. y Binstock, G. (2007) La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, v. 5 (9), pp. 24-43.
- Pantelides, E., Binstock, G. y Mario, S. (2007): *La Salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005*. Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- Petracci, M. (coord.)(2004). *Mesa debate: Calidad de atención en salud. Serie Seminarios Salud y Política Pública*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Ramos V. (2015). Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos. En. Alejandra López Gómez (coord.). *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay-Facultad de Psicología Instituto de Psicología de la Salud. Con apoyo de UNFPA.

Sociedad Argentina de Pediatría- UNICEF. Atención Integral de niños, niñas y Adolescentes con VIH. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/NNA_VIH_Web.pdf

Spinelli H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*- Volumen 6 Número 3.

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo-Psi-Revista de Información especializada*, 3 (10). Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/nuevo/anteriores.htm>

Souza Minayo (2005): Construcción de los instrumentos cualitativos y cuantitativos en, *Evaluación por triangulación de Métodos*. Buenos Aires: Ed. Lubar.

Trufó, L. (2012). *Amor: ¿qué da?, ¿qué no da? Malos tratos en las parejas jóvenes*. Buenos Aires: Trama.

UNICEF-Ministerio de Educación de la Nación (2010) Por qué, cuándo y cómo intervenir. Guía conceptual sobre el maltrato a la infancia y la adolescencia. Recuperado el día 20 de noviembre de 2015 de http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_conceptual_MI03_08.pdf

UNICEF- SAP (2013) *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires.

UNICEF (2014) Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Recuperado el 29 de noviembre de 2015 de http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/informeocultosbajolaluz_0.pdf

Urresti, M. y Cecconi S. (2007). Territorios subalternos: una aproximación a los sectores populares urbano. En M. Magulis, M. Urresti y H. Lewin, *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires. Investigaciones desde la dimensión cultural*. Buenos Aires: Biblos Sociedad.

Valdez-Santiago, R.; Ramírez, J. C.; Rojas, R.; Hidalgo, E. y Ávila Burgos, L. (2007). La violencia durante el noviazgo ¿Cómo la perciben las y los jóvenes en México? En: Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F: SSCNEGySR.

Valenzuela Arce, J. (2005). El futuro ya fue. Juventud, educación y cultura. *Anales de la Educación Común. Adolescencia y Juventud*. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Tercer siglo. Año 1. Números 1 y 2.

Weeks, J. (1999). *Sexualidad*. México: Paidós. Universidad Nacional Autónoma de México - Programa Universitario de Estudios de Género.

Whitehead, M. (1990) *The Concepts and principals of equity and health*. Copenhagen. World Health Organization Office for Europ. Documente EUR/ICP/RPD/414

Estadísticas

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2010) *Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina - año 2009*. Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Ministerio de Salud de la Nación.

Departamento de Epidemiología GCBA (2008) *Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires*. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dirección General de Estadísticas y Censos GCBA (2010). *Estadísticas vitales y proyecciones de población*.

----- (2012). *Resultados básicos Encuesta Anual de Hogares 2011. Salud*. Informe de resultados 522.

----- (2012) *Resultados Censo 2010/2001*.

----- (2012) *Selección de cuadros de Población*.

----- (2012) *La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Situación al año 2011*

----- (2013) *Encuesta Anual de Hogares 2012. Ciudad de Buenos Aires. Síntesis de resultados*. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

----- (2013b) *Encuesta Anual de Hogares. Aspectos demográficos. Años 2010/2011*. Informe de resultados 570. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

----- (2013c) *La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Situación al año 2012*. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

----- (2013f) *Encuesta Anual de Hogares. Tabulados básicos*.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2012) *Presentación de variables seleccionadas del Censo 2010*. Disponible en: <http://www.Censo2010.indec.gov.ar/>

Programas y planes

Disponibles en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes>

Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y la Adolescente. (Resolución 934/2012);

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673/2002)

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (Resolución Ministerial N° 619/2007)

Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes - CABA (Resolución N° 1.751 - MSGC/2008)

Programa Nacional de Sanidad Escolar (Resolución 439/2008)

Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150/2006)

Plan Sumar (2012)

Otras Investigaciones del equipo UBA:

1998- 2000- Investigación: “Cuerpo y Sexualidad en la adolescencia: utilización y atención de los Servicios de Adolescencia en Hospitales Públicos de la ciudad de Buenos Aires”- U.B.A.C.y.T AS03 -Unidad Ejecutora: Facultad de Ciencias Sociales.

2004/2006- Investigación “Sexualidad en la adolescencia: un estudio de las representaciones y prácticas sexuales de la villa 20 de la Ciudad de Buenos Aires”- Institución Acreditadora Programa VIG+A –Fondos para la Investigaciones Operativas Unidad Ejecutora: Facultad de Ciencias Sociales-.

2004- 2007- Género y Sexualidad en Adolescentes de Sectores Populares Urbanos – Institución acreditadora: Dirección de la Mujer. Ministerio de Desarrollo Social. GCBA- 2006- 2009.-“Embarazo y Maternidad en la Adolescencia: un estudio sobre comportamientos sexuales y reproductivos intergeneracionales en adolescentes de sectores populares urbanos”- UBACYT. Resolución Código S835-Unidad Ejecutora: Facultad de Ciencias Sociales-.

2010- 2013- “Calidad de la atención de la salud adolescente desde una perspectiva de género y derechos” UBACyT, Resolución (CS) N° 859/86 de Universidad de Buenos Aires Ciencia y Técnica (UBACyT). Directora Lic. Susana Checa

2010-2013: “*Entre la fragmentación y la integración: las políticas de salud tras las reformas neoliberales. Un análisis de las estrategias de atención a jóvenes embarazadas de barrios populares en centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*”. Tesis de Silvia Tapia para optar por el título de Magister en Políticas Sociales. Director: Dr. Pablo F. Di Leo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Aprobada en junio de 2014.

ANEXOS

Anexo I – Perfil de los/as jóvenes entrevistados/as

Efactor N° 1

	Sexo	Edad	Lugar de residencia	Estudia	Trabaja
1	mujer	18	CABA	Si (terminó secundario)	s/D
2	mujer	15	CABA	si	No
3	mujer	19	GBA	Si	No (busca trabajo)
4	mujer	17	s/D	No (quiere retomar)	s/D
5	mujer	18	GBA	Si	s/D
6	varón	14	CABA	Si	s/D
7	mujer	17	CABA	Si	s/D
8	mujer	17	GBA	Si	Si
9	mujer	17	GBA	Si	s/D
10	mujer	20	GBA	No (quiere estudiar)	No (busca trabajo)
11	varón	s/D	GBA	Si	s/D

Efactor N° 2

	Sexo	Edad	Lugar de residencia	Estudia	Trabaja
1	Mujer	16	GBA	Secundario en curso	Si
2	Varón	16	CABA	Secundario en curso	No
3	Varón	15	GBA	Secundario en curso	No
4	Varón	17	GBA	Secundario en curso	No
5	Mujer	15	GBA	No estudia por enfermedad	No
6	Mujer	15	GBA	Secundario en curso	No
7	Mujer	14	GBA	Secundario en curso	Si

8	Mujer	15	GBA	Secundario en curso	Si
9	Mujer	13	GBA	Secundario en curso	No
10	Mujer	15	GBA	Secundario en curso	No
11	Mujer	15	GBA	Secundario en curso	No
12	Mujer	15	CABA	Secundario en curso	No
13	Mujer	17	GBA	Secundario en curso	No

Efactor N°3

	Sexo	Edad	Lugar de residencia	Estudia	Trabaja
1	mujer	13	GBA	Secundario en curso	No
2	varón	14	CABA	Secundario en curso	No
3	mujer	15	GBA	Secundario en curso	No
4	mujer	15	CABA	Secundario en curso	No
5	mujer	16	GBA	Secundario en curso	No
6	mujer	16	CABA	Secundario en curso	No
7	mujer	16	CABA	No	No
8	mujer	17	GBA	Secundario en curso	No
9	mujer	18	CABA	Universidad en curso (CBC)	No