

PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

MÓNICA GOGNA
(coordinadora)

**PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
PARA ADOLESCENTES**

Los casos de Buenos Aires,
México D. F. y San Pablo

**CONSORCIO LATINOAMERICANO DE PROGRAMAS
EN SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD**

Integrado por:

Programa Regional de Investigación Social, Entrenamiento y Asistencia
Técnica en Salud Reproductiva y Sexualidad.
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
Argentina

Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México
México

Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade.
Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP)
Brasil

© CEDES

A cargo de la edición:

Mónica Gogna

Alicia de Santos

Nina Zamberlin

Este estudio fue apoyado por el Policy Project, con financiamiento de USAID, bajo el contrato Nro. CCP-C-00-95-00023-04. El contenido y las opiniones vertidas en este informe no reflejan necesariamente las de USAID.

ISBN: 950-9572-19-5

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

Sánchez de Bustamante 27

(1173) Buenos Aires - Argentina

Tel.: 54 11 4865-1707/1704

Fax: 54 11 4865-0805

E-mail: salud@clacso.edu.ar

Web site: <http://www.cedes.org>

Impreso en junio de 2001 en Talleres Gráficos Leograf SRL

Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina

ÍNDICE

Currículos	9
I. Introducción general, por <i>Mónica Gogna</i>	13
II. Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en Buenos Aires, Argentina, por <i>María Alicia Gutiérrez, Mónica Gogna y Mariana Romero</i> . Con la asistencia de <i>Nina Zamberlin y Dalia Szulik</i>	25
Anexo 1	103
Anexo 2	113
III. Estudio de caso. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en México D. F., por <i>Claudio Stern y Diana Reartes</i> . Con la asistencia de <i>Erica Sandoval</i>	117
Anexo 1	181
Anexo 2	191
IV. Estudio de caso. Programas de Saúde Reproductiva para Adolescentes em São Paulo, Brasil, por <i>Maria Coleta Oliveira, Margareth Arilha, Estela Maria G. P. da Cunha y Jucilene Leite da Rocha</i>	195
Anexo 1	251
Anexo 2	265
V. Análisis comparativo de estudios de caso, por <i>Mónica Gogna</i>	269

CURRÍCULOS

MARGARETH ARILHA

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela PUC/São Paulo. Doutoranda em Saúde Pública no Depto de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. Fundadora e diretora de pesquisas da ong ECOS. Atua na área de gênero, saúde reprodutiva e políticas públicas de saúde.

Desenvolve pesquisas sobre saúde, gênero e masculinidades junto à população jovem. Membro do Conselho Nacional de Saúde, onde coordena a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher desde 1995.

MARIA COLETA FERREIRA ALBINO DE OLIVEIRA

Cientista Social, Mestre em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutora em Ciências Sociais, Professora do Depto de Antropologia do IFCH/UNICAMP. Pesquisadora do Nepo desde 1982, tendo-o coordenado entre 1994 a 1998. Sua produção teórica e de pesquisa concentra-se nas áreas de Família e Estudos de Gênero. Coordena a pesquisa “Os homens, esses desconhecidos. Masculinidade e reprodução” e coordenou o Consórcio Latino-americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade (2ª etapa). Integra o Comitê Nacional de Organização da XXIV Conferência Internacional de População da IUSSP (Brasil, 2001).

ESTELA MARÍA GARCÍA DE PINTO DA CUNHA

Socióloga, Mestre em Estudios Sociales de Población pelo CELA-

DE/ONU, Chile. Doutoranda em Saúde Coletiva no Depto de Medicina Preventiva da UNICAMP. Pesquisadora do NEPO desde 1986. Atua na área de demografia das desigualdades, concentrando-se nos estudos de morbimortalidade da população negra brasileira. Coordenou o Projeto “Estudo Multicêntrico da Morbimortalidade Feminina no Brasil”. Representou a UNICAMP junto ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Mulher de Campinas, desde a sua criação até 1997.

MÓNICA GOGNA

Socióloga, Universidad del Salvador, Buenos Aires. Diploma superior en Ciencias Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Buenos Aires). Investigadora titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Actualmente se desempeña como cocordinadora del Programa Regional de Investigación Social, Entrenamiento y Asistencia Técnica en Salud Reproductiva y Sexualidad (CEDES). Integra el Foro por los Derechos Reproductivos.

MARÍA ALICIA GUTIÉRREZ

Socióloga, Universidad de Buenos Aires, Master en European Studies, Bradford University. Feminista e investigadora visitante del Área Salud, Economía y Sociedad, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Foro por los Derechos Reproductivos y del Comité Editorial de la revista *Doxa*. Autora de diversos artículos sobre temas de las mujeres publicados en la Argentina y en otros países.

DIANA L. REARTES

Antropóloga egresada de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Maestría en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropolgía Social (CIESAS) de México. Actualmente cursa su Doctorado en Antropología en la misma institución. Se ha dedicado a investigar problemáticas tales como la planificación familiar y la salud reproductiva de los adolescentes y jóvenes.

MARIANA ROMERO

Médica, Universidad Nacional de Rosario. Maestra en Ciencias en Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Post-doctoral fellow, Center for Health Policy Research, University of California San Francisco. Candidata al doctorado, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Investigadora asociada del Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. Coordinadora de estudiantes de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO). Consultora de organismos internacionales como el FNUAP y de fundaciones extranjeras como The Population Council, Wellstart International y Packard Foundation. Integra el Foro por los Derechos Reproductivos.

ERICA SANDOVAL

Psicóloga egresada de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Desde 1998 trabaja como becaria y asistente de investigación en El Colegio de México con el Dr. Claudio Stern.

CLAUDIO STERN

Maestro y doctor en Sociología por Washington University, San Luis Missouri (1968, 1977). Es Investigador Nacional y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Es profesor-investigador de El Colegio de México desde 1969. Trabaja desde hace varios años sobre el embarazo en la adolescencia, tema sobre el cual ha coordinado diversas actividades y escrito varios artículos.

DALIA SZULIK

Socióloga. Magister en Ciencia Política del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. Doctoranda de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Carrera de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Asistente de investigación del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES. Investigadora de UBACYT.

NINA ZAMBERLIN

Bachelor of Arts en Estudios Internacionales y Sociología, Hamline University, St. Paul, Minnesota, Estados Unidos. Estudios de posgrado en metodología cualitativa, salud reproductiva y sexualidad. Investigadora asistente del CEDES. Docente del Seminario de investigación "Cuerpo y sexualidad en la adolescencia", Cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Coordinadora y asistente de diversas investigaciones sobre masculinidad, adolescencia y salud sexual y reproductiva para el CEDES y la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACYT).

I. INTRODUCCIÓN GENERAL

MÓNICA GOGNA*

CEDES

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Buenos Aires, Argentina

1. INTRODUCCIÓN

Este libro presenta los hallazgos de un proyecto de investigación sobre los principales programas públicos en el campo de la salud reproductiva adolescente en Buenos Aires, San Pablo y México D. F. El estudio fue realizado por el Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad,¹ grupo compuesto por equipos de investigación interdisciplinarios con base en El Colegio de México (México D. F., México), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES, Buenos Aires, Argentina) y el Núcleo de Estudos de População (NEPO, Campinas, Brasil), bajo la coordinación del CEDES.

El objetivo del proyecto fue describir y analizar estos programas con el fin de recomendar estrategias para satisfacer mejor las necesidades y expectativas de los adolescentes sobre su salud reproductiva. Los resultados fueron: a) la identificación de barreras políticas e institucionales que obstaculizan el desarrollo y crecimiento de programas y servicios de salud reproductiva adolescente, y b) el análisis de la perspectiva de los profesionales de la salud y de los usuarios acerca del funcionamiento de los programas y servicios.

* Coordinadora general de la investigación.

1. El Consorcio cuenta con el apoyo de la Fundación Ford.

Los estudios de caso utilizaron una variedad de fuentes y técnicas para producir:

- a) Un perfil sociodemográfico y un diagnóstico epidemiológico de la población objetivo basado en datos de fuentes secundarias y tabulaciones especiales. Este diagnóstico proporcionó insumos para el análisis de la adecuación de los programas públicos respecto de las necesidades de salud de los adolescentes.
- b) Un análisis de los documentos y materiales escritos de los programas seleccionados, que nos permitió estimar la adecuación de estos programas respecto de los lineamientos y compromisos de El Cairo y Beijing.
- c) La discusión y el análisis de la opinión de los funcionarios de la salud pública, del personal técnico y de los proveedores de servicios sobre la implementación de programas y las barreras (políticas, institucionales, etcétera) y los facilitadores del desarrollo de los programas. Se realizó un total de 12 entrevistas semiestructuradas con funcionarios de la salud pública y personal técnico (5 en Buenos Aires, 3 en México D. F., y 4 en San Pablo) y 35 entrevistas semiestructuradas con proveedores de servicios de salud (16 en Buenos Aires, 9 en México D. F. y 10 en San Pablo).
- d) La discusión y el análisis de las expectativas de los adolescentes² acerca de las características de los programas y servicios. Un total de 91 adolescentes usuarios de servicios de salud fue entrevistado (31 en Buenos Aires, 30 en México D. F. y 30 en San Pablo).

Sobre la base de los estudios de caso se efectuó un análisis comparativo para identificar contrastes y similitudes y reconocer sus causas (véase capítulo V).

Finalmente, cabe destacar que se realizó un taller en cada uno de los sitios, con el fin de difundir los hallazgos de la investigación entre funcionarios públicos, personal técnico, profesionales de la salud, organizaciones no gubernamentales y académicos que trabajan en el campo de la salud reproductiva adolescente.

2. Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideramos adolescentes a la población de diez a diecinueve años.

2. ACERCA DE LA SELECCIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS

Debido a las características propias de cada contexto, el status de los programas de salud adolescente difiere en cierta medida en los tres sitios. En Buenos Aires, donde existe una larga tradición de proveer servicios de salud para adolescentes en hospitales públicos, no hay formalmente ningún programa de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad. Por lo tanto, en este caso, el documento analizado es el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente. Por el contrario, en los otros dos sitios (México D. F. y San Pablo) hay varios programas. Como se explica en estos estudios de caso, se seleccionaron los más representativos y/o interesantes para ser estudiados. Consecuentemente, también existen diferencias, entre los servicios elegidos para el trabajo de campo en los distintos sitios, que vale la pena mencionar.

Una de esas diferencias tiene que ver con el tipo de servicios analizados: centro de salud y ambulatorio de especialidades³ en San Pablo; módulo de atención primaria y programa educativo dentro de un hospital especializado en gineco-obstetricia en México D. F. y servicios para adolescentes en hospitales públicos en Buenos Aires.

También hay cierta diversidad en los programas y servicios seleccionados en cuanto al grado de centralidad que tiene la atención de la salud reproductiva *vis à vis* la salud integral de los adolescentes. Así por ejemplo, el término salud reproductiva aparece sólo en el caso de México, mientras que los dos programas estudiados en San Pablo y el Plan Nacional de Argentina utilizan la terminología "salud adolescente" o salud integral del adolescente. En el caso del PROSAD (San Pablo), no obstante, sexualidad y salud reproductiva son explícitamente consideradas como áreas prioritarias para la acción.

Otra diferencia a destacar es el peso relativo de lo asistencial *vis*

3. Se trata de una unidad asistencial de nivel secundario que ofrece servicios de mayor complejidad que un centro de salud y de menor complejidad que un hospital. Los ambulatorios tienen profesionales de diversas especialidades. En el ambulatorio incluido en este estudio, los pacientes son atendidos por un médico clínico (sanitarista) que decide si es necesario derivar al paciente a un médico especialista (por ejemplo, ginecólogo).

à vis el desarrollo de actividades educativas. La mayoría de los programas y servicios analizados se dedican básicamente a la provisión de servicios de salud. La excepción la constituye el PREA (México D. F.), que es un programa fundamentalmente educativo, aun cuando se desarrolla en un hospital especializado en gineco-obstetricia y ofrece consulta médica y psicológica.

En cuanto a la población usuaria, dos de los seis servicios incluidos en este estudio atienden exclusivamente a mujeres pues están insertos en servicios de ginecología u obstetricia, mientras que los restantes están teóricamente dirigidos a adolescentes de ambos sexos.

Existen también diferencias en el volumen de población atendida por los servicios seleccionados y en la composición profesional de los equipos de salud que prestan los servicios. En los casos de México D. F. y San Pablo, éstos están compuestos por médicos generalistas, psicólogos y enfermeras, mientras que en los servicios estudiados en Buenos Aires se incluyen también pediatras y trabajadoras sociales.

Fuimos conscientes de que aun cuando esta diversidad de situaciones podía suscitar algunas dificultades a la hora del análisis comparativo, resultaba prioritario seleccionar casos típicos o representativos de cada sitio y también ilustrar el mosaico de situaciones que en cada ciudad, y en la región en su conjunto, configura la oferta de servicios de salud reproductiva para adolescentes en la actualidad.

3. ACERCA DEL CONTENIDO DEL LIBRO

Este libro consta de cinco capítulos: I. Introducción general; II. Estudio de caso de Buenos Aires; III. Estudio de caso de México D. F., IV. Estudio de caso de San Pablo, y V. Análisis comparativo de estudios de caso. La introducción contiene una sección sobre los principios y los objetivos estratégicos sobre salud reproductiva adolescente de las Plataformas de Acción de El Cairo y Beijing. Esta descripción provee un marco para los estudios de caso, ya que uno de los propósitos de este proyecto fue estimar la adecuación de los programas existentes de salud reproductiva para adolescentes respecto de los lineamientos de El Cairo y Beijing. Los estudios de caso (capítulos II, III y IV) incluyen las siguientes seccio-

nes: Contexto institucional; Características de los servicios; Perfil sociodemográfico y epidemiológico de los adolescentes; Salud adolescente desde la perspectiva de los proveedores; Atención de la salud desde la perspectiva de los usuarios; y Consideraciones finales. Cada uno de los estudios de caso también presenta una breve descripción del trabajo de campo, un Anexo con los cuadros con información sociodemográfica y epidemiológica y un Anexo con los datos sociodemográficos de los entrevistados. El capítulo V contiene el análisis comparativo de los casos. En él se destacan los nudos críticos identificados mediante el análisis de los datos epidemiológicos, se realizan menciones a la adecuación de programas y servicios a los lineamientos de El Cairo y Beijing y se ofrecen recomendaciones para su desarrollo y mejoramiento.

4. LOS ACUERDOS DE EL CAIRO Y BEIJING

Las preocupaciones acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes fueron foco de debate y consenso en ambas conferencias. En la Plataforma de Acción del CIPD (ONU, 1994) hay una sección especial dedicada a los adolescentes (E) en el capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva. La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) incluye referencias a la salud reproductiva adolescente y a los programas sobre esta temática en las secciones C (La mujer y la salud) y L (La niña). Es necesario destacar que en ambos documentos la “problemática adolescente” es parte de las secciones a las que la Santa Sede expresó reservas generales. Este hecho puede considerarse un indicador de la naturaleza controvertida del tema.

La sección E del documento de la CIPD comienza reconociendo que “hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo” y por lo tanto propone que “la respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades en salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los emba-

razos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad” (7.41).

En el documento se pone especial énfasis sobre:

- a) La responsabilidad masculina en la sexualidad y la fecundidad: los hombres jóvenes deben ser educados para “respetar la libre determinación de las mujeres y para que compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la reproducción” (7.41).
- b) La prevención del embarazo adolescente: “La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y los hijos de las madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. Sobre todo en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo, y es probable que produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos” (7.41).

Se debe observar que a pesar de que el documento reconoce que “tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las adolescentes de bajos ingresos a las que aparentemente se ofrecen pocas oportunidades en la vida tienen escasos alicientes para evitar el embarazo y la maternidad” (7.42), el objetivo general es “reducir sustancialmente *todos* los embarazos adolescentes” (7.44b, nuestro énfasis). Por lo tanto en el documento el “embarazo adolescente” es tratado como un fenómeno homogéneo (sin distinguir, por ejemplo, entre las mujeres de mayor y menor edad dentro de ese mismo grupo etáreo) y básicamente como un “problema”.

La estrategia propuesta para abordar la problemática de la salud sexual y reproductiva adolescente (incluyendo los embarazos no deseados, los abortos inseguros, las enfermedades de transmisión sexual [ETS] y el VIH/sida) es doble: “El fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad” (7.44).

Ahora nos centraremos en las consideraciones de la Plataforma

de la CIPD sobre el perfil de los programas de adolescencia ya que éste es el foco principal de nuestro análisis.

En el párrafo 7.45 se establece que “reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesitan, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes”. Por otra parte, el documento lista las áreas en las que los programas deberían proveer educación y asesoramiento a los adolescentes: las relaciones de género y la igualdad, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del sida (7.47).

Por último, el documento indica que “los programas para adolescentes tienen una eficacia máxima cuando consiguen su plena participación en la definición de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y en la elaboración de programas que respondan a esas necesidades” (7.43).

También, se indica como responsabilidad de los programas “capacitar a todas las personas que estén en condición de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información, y los grupos de la misma edad e intereses”. Se hace especial referencia a la necesidad de “instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de éstos con sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva” (7.48).

En la Plataforma de Acción de Beijing se expresan ideas similares. El párrafo 93 señala que “El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad prematura, así como de contraer el VIH y otras ETS y de abortar en condiciones peligrosas. La maternidad prematura sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo. En líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos. No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción”.

Las acciones dirigidas a fortalecer los programas preventivos que promuevan la salud de la mujer (Objetivo Estratégico C.2) que pueden ser tomadas por los gobiernos en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, el sector privado y organizaciones internacionales relevantes incluyen: “Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre ETS, entre ellas el VIH/sida, teniendo en cuenta los derechos del niño, y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107e”⁴ (107g). “Satisfacer

4. “[...] con arreglo a las capacidades que vaya adquiriendo el niño, orientación apropiada en el ejercicio por el niño de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

las necesidades educacionales y de servicios de los adolescentes para permitirles manejar su sexualidad de manera positiva y responsable” es también una acción a ser tomada para lograr el Objetivo Estratégico C.3 (Tomar iniciativas en las que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las ETS, el VIH/sida y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva).

En la sección L (La niña) también se pueden encontrar referencias a la salud de los adolescentes y los programas acerca de esta temática; básicamente son tomados del párrafo 7.3 de la CIPD (véase más arriba). Además, el párrafo 273 establece que “Al ocuparse de las cuestiones relativas a la infancia y la juventud, los gobiernos deben promover una política activa y manifiesta en el sentido de incorporar una perspectiva de género en todas las políticas y programas de forma que antes de adoptar cualquier decisión se analice de qué forma afectará a la niña y el niño, respectivamente”.

Por último, algunos puntos clave relacionados con nuestra temática son revisados en relación al Objetivo Estratégico L.5 (Eliminar la discriminación contra las niñas en el ámbito de la salud y la nutrición). Los gobiernos y las organizaciones internacionales y no gubernamentales son instadas a “concientizar a las niñas, los padres, los maestros y la sociedad sobre la buena salud y la nutrición en general y sobre los peligros para la salud y los problemas de otra índole que entrañan los embarazos precoces” (281b); “Fortalecer y reformar la educación sanitaria y los servicios de salud, sobre todo los servicios de atención primaria de la salud, incluidas la salud sexual y reproductiva” (281c) y “Hacer hincapié en la responsabilidad que incumbe a los adolescentes por lo que respecta a la salud y las actividades sexuales y reproductivas mediante la prestación de servicios y el asesoramiento apropiados, como se indica en el párrafo 267” (281g).

Resumiendo, los acuerdos internacionales recientes han reconocido con claridad el derecho de los adolescentes a la información y a la atención en salud reproductiva (UNFPA-ICPD+5; 1998, pág. 4), y han resaltado que los servicios deben resguardar su derecho a la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento informado.

En todas las medidas que afecten a los niños, una de las consideraciones primordiales será el bienestar del propio niño” (Plataforma de Acción y Declaración de Beijng, ONU, pág. 67).

Aun así, se pueden detectar ciertas ambigüedades y tensiones en el texto. Parafraseando a Arilha (1999, pág. 41), las Plataformas de Acción se asemejan en cierta forma a un mosaico. Como señala Lasonde (1997) en la CIPD se alcanzó consenso gracias a la adopción de una sintaxis muy particular, donde las posiciones antitéticas son yuxtapuestas y los conceptos y las expresiones, vagos e imprecisos (por ejemplo, responsabilidad masculina y desarrollo sostenible) coexisten en el texto junto con expresiones que restringen el alcance de las recomendaciones (“según apropiado”, “dependiendo del caso”, etcétera) (citado en Arilha, 1999, pág. 43, nuestra traducción). La yuxtaposición de diferentes lenguajes o perspectivas también se hace evidente en las secciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Por ejemplo, la prevención del embarazo adolescente es justificada simultáneamente en términos de salud pública, del derecho de las mujeres a la autodeterminación y de necesidades demográficas (“para reducir el impulso del crecimiento demográfico”, párrafo 7.41). Esta sección también contiene varias expresiones imprecisas (por ejemplo “orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas”) y no reconoce explícitamente que pueden existir conflictos entre el derecho de los adolescentes a la privacidad y la confidencialidad y el derecho de los padres u otras personas legalmente responsables por los adolescentes. Además, el hecho de que el documento reconozca la necesidad de que los padres sean educados acerca de la conducta sexual y la salud reproductiva, y que es preciso mejorar la comunicación entre padres e hijos, es hasta cierto punto contradictorio con el hecho de que se espera que los padres “provean una guía apropiada en cuestiones de salud sexual y reproductiva”. Finalmente, debemos hacer una mención especial sobre el gran énfasis que pone este documento en el concepto de responsabilidad individual en relación con la sexualidad y la reproducción y el rol determinante que se atribuye a la información como un medio para mejorar esa responsabilidad.⁵ Esta perspectiva contrasta fuertemente con la evidencia basada en el trabajo con adolescentes en el sentido de que promover un sujeto sexual,

5. La palabra “responsabilidad” (y otras similares como “responsable”) se menciona 119 veces en el documento de El Cairo y 38 veces en el capítulo VII (Arilha, 1999).

un individuo capaz de ser el agente regulador de su propia vida sexual es un proceso complejo que requiere algo más que información y apelaciones a la responsabilidad (Paiva, 1996).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arilha Silva, M.: "Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução", mimeo, PUC, 1999.
- ONU: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.
- ONU: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995.
- Paiva, V.: "Fostering the sexual subject. Gender and class in the sexual scene", ponencia presentada en "Reconceiving Sexuality. International Perspectives on Gender, Sexuality and Health", organizado por IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Río de Janeiro, 14 al 17 de abril de 1996.
- UNFPA-ICPD + 5: Report on the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health. Key Future Actions, Nueva York, 14 al 17 de abril de 1998.
- U.N., The Beijing Declaration and The Platform for Action, 1996.

II. ESTUDIO DE CASO

Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en Buenos Aires, Argentina

MARÍA ALICIA GUTIÉRREZ

MÓNICA GOGNA

MARIANA ROMERO

Con la asistencia de NINA ZAMBERLIN y DALIA SZULIK

CEDES

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD

La Argentina, en relación con los niveles de los países en desarrollo, posee, en muchos aspectos, un sistema de salud altamente desarrollado. La expectativa de vida al nacer es de 71,9 años, la mortalidad materna ha declinado el 45% desde 1970 y cerca del 80% de los jóvenes están vacunados. El gasto en salud en la Argentina (alrededor de US\$ 650 por habitante) es más alto que en otros países de la región (Chile US\$ 250, Costa Rica, US\$ 160 y Uruguay, US\$ 124) (Bisang y Cetrángolo, 1997). Sin embargo, ese valor debe ser analizado a la luz de algunas aclaraciones. En la Argentina, la salud es cubierta por el sistema público, el privado y las obras sociales. Deduciendo el gasto privado, el monto de gasto en salud desciende a US\$ 335 anuales. Las obras sociales recaudan más de la mitad de ese monto, en consecuencia “el gasto por persona en salud pública (incluyendo todos los niveles de gobierno) alcanza apenas \$ 135 por año” (Bisang y Cetrángolo, 1997). En un país donde la población cubierta por el sector público es superior al 50%, estos datos estarían mostrando la iniquidad que presenta la cobertura sanitaria en la Argentina.

A pesar del gasto en salud comparativamente alto en la región, existen algunos indicadores que manifiestan diferencia negativa

en relación con otros países que poseen un menor ingreso per cápita y un gasto menor en salud. Por ejemplo Chile, Costa Rica y Uruguay tienen una alta expectativa de vida y una baja tasa de mortalidad infantil, en un rango que va de 14 a 20, comparado con la Argentina que tiene 29 por cada 1.000 nacidos vivos. De la misma manera la mortalidad materna y la desnutrición son inaceptablemente altas, con diferenciales muy importantes por regiones (significativamente altas las provincias del noroeste y noreste y las zonas de bajos ingresos del conurbano bonaerense).

Existen alrededor de 300 obras sociales nacionales que ofrecen cobertura a los trabajadores en actividad y a sus familias y 24 provinciales (una por cada provincia) que cubren a los empleados del sector público y a sus familias. Alrededor de 4 millones de jubilados, pensionados y discapacitados y sus familias poseen cobertura por el PAMI, Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados.

Durante los años setenta y principios de los ochenta, se estimó que el 70% de la población poseía cobertura de la seguridad social o privada. El restante 30% era atendido en el hospital público donde la cobertura era gratuita.

De acuerdo con los datos provistos por el INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos, la población con cobertura nacional de salud, incluyendo el PAMI, es, en la actualidad, de 15,8 millones de personas. En 1990 el total de la población con esa cobertura era de aproximadamente 18 millones (*Diario Clarín*, septiembre 26 de 1999, pág. 30).

La disminución de la cantidad de personas con cobertura se debió al incremento del desempleo (de una tasa del 6/7% al inicio de los noventa se pasó al 16,1% en agosto de 1998) y del empleo informal o no registrado.

Como resultado de esa situación, la mayor parte de la población sin cobertura se atiende en los hospitales públicos. Los datos oficiales muestran un crecimiento significativo en las consultas médicas y las admisiones en los hospitales públicos. Por otra parte, los profesionales entrevistados refieren un cambio en el perfil de la población usuaria. De acuerdo con la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, desde 1992 ha habido un crecimiento constante en las consultas médicas realizadas por personas desempleadas y los llamados "nuevos pobres".

La ciudad de Buenos Aires es una de las jurisdicciones que po-

see el mayor presupuesto en salud y más facilidades en términos de atención de la salud y de servicios de alta complejidad. Es una de las jurisdicciones nacionales con mayor número de camas hospitalarias y tecnología más desarrollada del país.

Posee 180 servicios de atención de la salud, 29 de los cuales dependen de la Secretaría de Salud de la ciudad (13 hospitales generales, dos hospitales de niños y 13 hospitales especializados). Existen 30 salas de atención primaria y recientemente se implementó un sistema de atención gratuito, organizado sobre la base del médico de cabecera o médico de familia.

En 1995, la ciudad de Buenos Aires tenía 23.052 camas hospitalarias, las que representaban el 15% del total de camas que posee el país. Un promedio del 60% de consultas en hospitales públicos corresponde a residentes de la ciudad de Buenos Aires y el resto, en su mayoría, a habitantes del Gran Buenos Aires.

En 1995 los pacientes atendidos en los hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires fueron 157.485 (excluyendo a los recién nacidos), de los cuales el 9,9% corresponde a pacientes de 10 a 19 años, y el 67% de ellos eran mujeres (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud, 1998).

El sistema de financiamiento de la salud en el país está en crisis. El total del gasto en salud, que es de aproximadamente US\$ 20 mil millones por año, representa alrededor del 7% del PBI. Los dos pilares más importantes del sistema público, la seguridad social basada en el seguro de salud y los gastos de las provincias en salud, han incurrido en un déficit importante en los últimos años, contribuyendo a los significativos problemas fiscales que posee la Argentina.

La capacidad y la calidad de la atención del servicio público de salud se han ido deteriorando por un inadecuado mantenimiento y financiamiento. Se registran dificultades en el gerenciamiento, en la rendición de cuentas y en la racionalidad en el ejercicio de la autoridad, así como también obsolescencia del equipamiento. Para tratar de resolver algunos de los problemas mencionados varias provincias comenzaron a crear hospitales públicos autónomos, con el objetivo de ejercer una eficiente administración y de recuperar una proporción de los gastos a través del cobro de la atención a aquellos pacientes que estén en condición de pagar.

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EN RELACIÓN CON ADOLESCENCIA

El gobierno nacional no tiene metas explícitas para adolescentes y no hay programa en salud adolescente o salud reproductiva. Sin embargo, existe un Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente que engloba grandes lineamientos para la formulación de programas a ser implementados en las provincias. En este plan, que fue formulado en 1993, se reconoce la influencia de los lineamientos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) para los programas de salud integral de los adolescentes.

Previamente, en 1991, un Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer firmó un acuerdo con la Secretaría de Salud para desarrollar acciones conjuntas con el Programa de Salud Materno Infantil, con el objetivo de “formular e implementar políticas públicas para ayudar a las mujeres adolescentes a prevenir embarazos no deseados y establecer una protección integral a las madres adolescentes” (Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer).

Si bien las políticas anunciadas nunca fueron implementadas, actualmente se le han otorgado muy pocos subsidios a algunas provincias para elaborar diagnósticos en el tema de embarazo adolescente (Gogna, 1996).

La resistencia del gobierno nacional a tratar la cuestión de la salud reproductiva de los adolescentes tiene que ver, básicamente, con el alineamiento ideológico y la defensa activa de la cosmovisión de la Iglesia Católica sobre estos temas, llevada a cabo por el ex presidente Carlos Menem (véase punto 1.5.).

Las razones expuestas por algunos informantes clave para explicar la ausencia de programas de salud adolescente serían por un lado, económicas (ante la existencia de recursos escasos, los directores de servicio tienden a privilegiar los gastos en la atención materno infantil para poder cumplir con las metas establecidas por el gobierno para el año 2000), y por otro, se refieren a la escasa importancia que se le otorga a la especialidad del trabajo con adolescentes en la formulación de políticas públicas.

En 1993, y a pesar de la resistencia a implementar programas y servicios en salud reproductiva para los adolescentes, el gobierno nacional formuló el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente. Este plan se llevó a cabo siguiendo las resoluciones de OPS (aprobadas por la XXXVI Reunión del Comité Ejecutivo de la Or-

ganización Panamericana de la Salud en 1992), que instaban a los gobiernos a desarrollar o fortalecer las iniciativas para promover la salud integral del adolescente.

Su objetivo es “promover y proteger la salud integral de los adolescentes a través de una cobertura creciente, tanto en cantidad como calidad, de los servicios (MSAS, 1993). En palabras de un funcionario entrevistado, el plan tiene:

[...] un enfoque desde la salud como un producto social, donde confluyen educación, trabajo y condiciones de vida. La salud integral fue concebida desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria (Director del Plan Nacional del Adolescente del Ministerio de Salud y Acción Social, médico).

En palabras de una de las autoras:

La intención del plan era generar un espacio para el adolescente y plantear los grandes lineamientos respecto de lo que significa salud integral del adolescente. Se trata de un enunciado político, no de una formulación de acciones. Esto debía permitir desarrollar una multiplicidad de programas en las distintas provincias y jurisdicciones (Coordinadora del Área de Obstetricia del Servicio de Adolescencia del Hospital Gral. José de San Martín, médica).

A pesar de la postura del gobierno, el Plan Nacional reconoce a los adolescentes como una población con necesidades e intereses específicos con derecho a recibir información y servicios que les permita desarrollar una actitud de “responsabilidad con su sexualidad” (MSAS, 1993, pág. 27).

Bajo el paraguas del Plan Nacional se crearon o legitimaron grupos, consultorios o servicios para adolescentes en diferentes jurisdicciones, relacionados con el área materno infantil o con el área materno-infanto-juvenil. En la actualidad, veinte de las veinticuatro provincias tienen algún tipo de experiencia con programas para adolescentes.

En el caso de la ciudad de Buenos Aires,¹ a pesar de existir ser-

1. En 1994 el Parlamento argentino modificó la Constitución Nacional y creó la ciudad de Buenos Aires como jurisdicción autónoma. Desde 1996 la ciudad tiene su propia Constitución y el Jefe de Gobierno es elegido por la

vicios para adolescentes en la mayoría de los quince hospitales públicos y en varios de los centros de atención primaria, el gobierno local no tiene un programa de salud integral ni de salud reproductiva para ese grupo étnico.

Sin embargo, desde 1988 existe en el ámbito de la Capital Federal, un programa de planificación familiar, denominado Programa de Procreación Responsable (PPR) que incluye a mujeres de entre 15 y 19 años como parte de la población a ser cubierta. La preocupación central del PPR es la planificación familiar. No fue incluido en nuestro estudio porque decidimos trabajar con aquellos servicios que ofrecen una atención integral del adolescente y no sólo anticoncepción.

En el año 1993, los grupos que atendían a adolescentes en la Capital Federal constituyeron la Red de Adolescencia, cuyos objetivos eran establecer intercambios entre los equipos de adolescencia acerca de sus diferentes experiencias, de sus logros y dificultades, y consolidar la complementación entre los servicios de los hospitales, la organización de cursos de capacitación, trabajos de investigación multicéntricos, etcétera.

Esta red funcionó con cierta regularidad hasta el año 1997, cuando debido a una serie de cambios administrativos y políticos se suspendieron las reuniones. El problema se debió a la competencia por la atención de los adolescentes entre los especialistas en adolescencia y los pediatras. Como resultado de ese debate interno, la Red de Adolescencia fue incluida en la Red de Pediatría y no hubo convocatoria de reunión hasta la fecha.

En 1996, un conjunto de profesionales, muchos de ellos miembros de la Red, elaboró una Propuesta de Programa para la Atención Médica integral de adolescentes² en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Formularon lineamientos para la atención de los

población (anteriormente era elegido por el Presidente de la Nación). Desde ese año la ciudad ha sido gobernada por el Partido Radical (un partido centenario con una ideología social demócrata). Es importante remarcar que en el período 1989-1999 el país fue administrado por el presidente Menem, del Partido Peronista.

2. El concepto de salud integral engloba una visión de la salud más desde una perspectiva de lo social que del contexto médico. A lo largo de este informe, los términos "integral" y "holístico" son usados de manera intercambiable.

adolescentes tomando como base las características de la población adolescente y sus problemas de salud.

Las concepciones culturales y religiosas acerca de la sexualidad adolescente fueron una de las barreras más importantes para que la propuesta no fuera presentada en la Legislatura porteña.

De acuerdo con lo expresado por los profesionales de salud entrevistados, y como resultado de la falta de una regulación específica en salud reproductiva, no existen criterios unificados para la atención de los adolescentes (de hecho cada servicio desarrolla sus acciones según las características y las concepciones de cada grupo de trabajo) ni suministros de recursos específicos.

1.3. PROGRAMA SELECCIONADO: PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

En consideración a lo anteriormente detallado, seleccionamos para analizar el Plan Nacional de Salud del Adolescente, que fue creado y diseñado por el Ministerio de Salud y Acción Social en el año 1993 (Secretaría de Salud de la República Argentina).

Este plan tiene jurisdicción nacional y define como población objeto a los adolescentes de ambos sexos. Su propósito es: “promover y proteger la salud del adolescente a través de una creciente cobertura en calidad y cantidad de servicios” (MSAS, 1993).

Este objetivo general fue formulado en una serie de objetivos específicos que comprenden desde la consideración de la adolescencia como una “etapa específica de la vida del individuo, con necesidades y derechos definidos y con perspectivas de futuro” hasta la suscripción a la movilización de todos los recursos y potencialidades para lograr la salud integral de los adolescentes “mediante la prevención de riesgos y daños prioritarios”.

El plan adopta una concepción holística (bio-psico-social) no sólo del adolescente sino también de la atención en salud. Por otro lado, define la importancia de la transdisciplina y el uso de todos los “recursos” disponibles (sistema de comunicaciones, relaciones de organismos gubernamentales con organizaciones no gubernamentales, etcétera) para lograr los propósitos planteados (MSAS, 1995).

En entrevistas con dos profesionales que participaron en la formulación del plan (la coordinadora del Área de Obstetricia del Servicio de Adolescencia del Hospital San Martín, médica, y la ti-

tular de cátedra del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Tucumán, médica), se nos indicó que no se había considerado pertinente elaborar un plan nacional de salud reproductiva, dado que cada provincia debía formular su programa, siguiendo las directivas generales del Plan Nacional.

Sin embargo, el plan nacional que estamos analizando tiene una sección dedicada a la salud reproductiva y refleja la necesidad de promover la sexualidad y procreación responsable así como también la información, dado que es “un aspecto especialmente descuidado en la atención de adolescentes”.

1.4. RELACIÓN DEL PLAN NACIONAL CON LAS PLATAFORMAS DE EL CAIRO Y BEIJING

Es importante señalar que el Plan Nacional (1993) fue aprobado previamente a las conferencias mencionadas. Por lo tanto, en palabras de una médica entrevistada que participó en su formulación:

No teníamos en la cabeza los principios que después se plasmaron en El Cairo y Beijing pero sí estuvo presente la perspectiva de género. Siendo mujeres conocíamos muy bien las dificultades y la discriminación sufridas por las mujeres y la falta de derechos (Coordinadora del Área de Obstetricia del Servicio de Adolescencia del Hospital Gral. José de San Martín, médica).

De hecho el plan incluyó varias de las especificaciones que se plasmaron en las Plataformas de Acción de El Cairo y Beijing. Se plantea que los adolescentes deberían tener acceso a la información para “un manejo responsable de su sexualidad” y se reconoce la importancia de que los servicios estén adecuados a las necesidades de los adolescentes y posean un enfoque interdisciplinario.

A pesar de que no está formulado en un lenguaje de derechos y de que no está especificada la salud reproductiva como un legítimo derecho de los adolescentes, se hace mención a la importancia de que sean correctamente atendidos, respetando su tiempo y privacidad (“Los adolescentes necesitan un largo tiempo para expresar sus dudas e inquietudes”).

Finalmente, el plan promueve la participación de diferentes áreas de gobierno, organizaciones no gubernamentales (incluyen-

do universidades y asociaciones científicas) y la comunidad en el diseño y evaluación de las intervenciones (MSAS, 1993).

Ciertas coincidencias entre las formulaciones del plan y las plataformas estarían indicando que a) los acuerdos a nivel internacional reflejan los debates que se estaban desarrollando en las diversas jurisdicciones nacionales, y b) debido a muchos años de práctica profesional, debates e intercambios, en los lineamientos generales del plan se plasmaron las temáticas que luego se configuraron en las plataformas.

Sin embargo, hay algunas diferencias entre el plan y las Plataformas de Acción que es importante señalar. Una de ellas es que no se menciona en el plan la necesidad de promover la equidad de género. Sólo existe una vaga referencia a “tender a la igualdad de oportunidades de los adolescentes, teniendo en cuenta la equidad” (MSAS, 1993). Por otro lado, tampoco se menciona la necesidad de promover la responsabilidad de los varones en relación con la sexualidad y la anticoncepción. Otra clara diferencia es que en el plan no se utiliza un “lenguaje de derechos” excepto en una sola oportunidad donde se refiere a las “necesidades y los derechos” de los adolescentes. Más aún, las necesidades son planteadas de manera paternalista: “Los adolescentes necesitan que los adultos (padres, maestros, profesionales de la salud, etcétera) entiendan y acepten su sexualidad. Sobre estas bases, debe ser pro vista toda la información necesaria” (MSAS, 1993).

Tampoco hay mención al derecho de autonomía de las mujeres adolescentes en sus decisiones reproductivas.

1.5. OBSTÁCULOS Y/O FACILITADORES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Y DE SALUD REPRODUCTIVA

La existencia, en nuestro país, de una estrecha alianza conservadora entre el gobierno nacional y la Iglesia Católica respecto de la postura frente a los derechos sexuales y reproductivos fue uno de los mayores obstáculos para el desarrollo de programas para adolescentes.

Esta alianza ha sido producto de un largo y sinuoso recorrido histórico, donde la Iglesia Católica siempre tuvo (excepto en pequeños períodos) injerencia en las decisiones políticas, básicamente en los temas de educación y familia, interviniendo en la for-

mulación de las políticas y estrategias en relación con la salud reproductiva y últimamente en la implementación de campañas preventivas de HIV/sida.

En marzo de 1994 el presidente Carlos Menem participó en la IV Reunión de Jefes de Estado de Iberoamérica, llevada a cabo en Cartagena de Indias (Colombia) donde, por primera vez, formuló su alineamiento a las posturas del Vaticano defendiendo el derecho a la vida desde la concepción. A partir de allí, el gobierno y la jerarquía eclesiástica consensuaron la propuesta, congruente con las políticas del Vaticano para la posición oficial llevada a la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), a la Conferencia de Desarrollo Social en Copenhague (1995) y a la IV Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing (1995) (Gutiérrez, 1998). En El Cairo y Beijing la delegación oficial argentina sostuvo posturas conservadoras, efectuando reservas a la cuestión del aborto, los derechos reproductivos y las "diferentes formas de familia" e insistiendo en el derecho a la vida desde la concepción (Lubertino, 1996).

Estos acuerdos persistieron hasta la actualidad y explican la resistencia del gobierno nacional y de algunos gobiernos provinciales, a formular leyes, programas y políticas públicas en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esto es mucho más grave en el caso de los adolescentes, quienes al ser considerados "menores de edad" legalmente, sólo podrían recibir anti-concepción con autorización paterna.

La provisión de anticonceptivos a los adolescentes fue uno de los temas conflictivos que dio como resultado la imposibilidad de discutir en el Senado de la Nación el proyecto de Ley de Salud Reproductiva que tenía media sanción en la Cámara de Diputados en 1995.

Estos obstáculos tanto políticos como culturales, se reflejan en la inexistencia de normativas y, en consecuencia, de partidas presupuestarias para cubrir la demanda.

El Plan Nacional, al reconocer la salud reproductiva como un aspecto central de la vida de los adolescentes legitimó el trabajo que los equipos de salud vienen desarrollando desde hace varios años. (En algunos hospitales públicos de Buenos Aires, por ejemplo, los servicios de adolescencia comenzaron a principios de la década de 1980.) El problema radica, como lo desarrollaremos en los próximos capítulos, en que la falta de políticas explícitas da co-

mo resultado la carencia de normas institucionales y recursos (personal, capacitación, insumos de todo tipo, etcétera) y que, los servicios deben resolver los problemas de acuerdo con gestiones personales y redes informales.

La responsabilidad en la atención de los adolescentes, recae en los profesionales de la salud, de acuerdo con el testimonio de una entrevistada:

Estoy segura de que si la Iglesia se enterara de que estoy colocando DIU a las adolescentes, aparecerían notas en todos los diarios [...]. El gobierno central está en contra de la anticoncepción y vota en contra de la planificación familiar a nivel internacional, mientras el gobierno municipal permite desarrollar más cosas [...] (médica, Hospital Argerich).

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DE LOS SERVICIOS

No resultó fácil la selección de los servicios donde realizar el trabajo de campo, dado que, como ya se expresó, no existen programas de salud reproductiva en la ciudad de Buenos Aires.

Luego de un relevamiento preliminar de los servicios que ofrecen atención en salud reproductiva a adolescentes y conversaciones informales con informantes clave, se seleccionaron dos que poseen algunas características comunes y también diferencias que los hacían muy interesantes para su comparación.

El Hospital Argerich posee un Servicio Integral de Atención del Adolescente, donde una de las especialidades es ginecología y sexualidad, en tanto el Hospital Rivadavia tiene un Consultorio de Adolescencia dentro del Servicio de Ginecología General. Son servicios de reconocida trayectoria en el ámbito médico hospitalario y extrahospitalario. Ambos forman parte de la estructura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, por lo tanto tienen, entre otras tareas, la formación de profesionales dedicados a la atención de los adolescentes y cuentan con alguna experiencia en investigación.

Desde hace más de veinte años³ se abocan a la atención de ado-

3. El Consultorio de Adolescencia del Hospital Rivadavia fue establecido en 1976. El Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich funciona desde 1983, al ser trasladado desde otro hospital en el que se había iniciado en 1978.

lescentes, lo que les permite, dado que transitaron por diferentes administraciones políticas, hacer una evaluación de su tarea en el tiempo y así poder detectar algunos de los logros y las dificultades.

Ambos servicios tienen una concepción integral de la salud, es decir, comprende con ello los aspectos bio-psico-sociales y, en ese sentido, una atención que responde, dentro de las posibilidades, al espíritu del plan analizado.

En el caso del Hospital Argerich se atienden a adolescentes de ambos sexos, en tanto el Hospital Rivadavia sólo a mujeres.

El Hospital Argerich está ubicado en una zona conformada, en su mayoría, por clase baja y clase media baja. Está en los límites de la ciudad y atrae población de bajos recursos, no sólo del barrio sino de la zona sur del conurbano bonaerense.

El Hospital Rivadavia está localizado en el Barrio Norte, un área de clase media. La población que atiende está constituida fundamentalmente por empleadas domésticas y habitantes del conurbano. Debido a su prestigio, al igual que el servicio del Argerich, recibe derivaciones de otros servicios hospitalarios.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

2.1. HOSPITAL ARGERICH

El Hospital Argerich, perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, es un hospital escuela de alta complejidad. Posee servicios de todas las especialidades y es centro de capacitación, formación y docencia de los estudiantes que cursan la carrera de Medicina en la Universidad de Buenos Aires.

Está ubicado en la zona sudeste de la ciudad de Buenos Aires, en el barrio de La Boca.⁴ La demanda está constituida por población que proviene de los barrios de La Boca, San Telmo, Barracas y de la zona sur del conurbano bonaerense.

4. Es un barrio tradicional de Buenos Aires, habitado originariamente por inmigrantes, especialmente italianos. Se caracteriza por la actividad portuaria, el sistema habitacional de conventillos, y la presencia del club de fútbol Boca Juniors, particularidades que le confieren una fuerte identidad al vecindario. La mayoría de la población del barrio se atiende en el Hospital Argerich.

2.1.1. Características del servicio

El Servicio de Adolescencia está ubicado en la planta baja de un edificio de varios pisos. Su acceso está correctamente señalado. Hace unos años, el espacio del Servicio era limitado (80 metros cuadrados con tres consultorios conectados por un pasillo de uso sólo para el equipo de salud y una sala de espera). En 1991 la Fundación Bagley (una fábrica de galletitas) hizo una donación para ampliar y adecuar las instalaciones a las necesidades de la demanda. Actualmente poseen cinco consultorios, un espacio para enfermeras y voluntarias, una sala de reuniones para el equipo médico y la biblioteca.

Su equipo profesional está formado por siete pediatras (dos hombres y cinco mujeres), uno de ellos jefe del servicio; tres ginecólogas; un pediatra que está realizando una pasantía por tiempo limitado; una enfermera, y una voluntaria que desarrolla las tareas administrativas.

Además, hay un grupo de psicólogas del Servicio de Psicopatología, que atienden adolescentes; una trabajadora social del Servicio de Asistencia Social, que trabaja en la detección y el seguimiento de situaciones de alto riesgo de los adolescentes; una obstetra del Servicio de Obstetricia, especializada en la atención de embarazos adolescentes y un pediatra del Servicio de Pediatría, que provee atención a los hijos de madres adolescentes.

El siguiente cuadro presenta información acerca del volumen y flujo de consultas del servicio.

CUADRO 1
VOLUMEN Y FLUJO DE CONSULTAS

Año	Mañana	Tarde	Total
1994	7.458	5.400	12.858
1998	10.666	5.372	16.038

Fuente: Proyecto Adolescencia Buenos Aires (1995).

2.1.2. Dinámica asistencial

El criterio de atención responde a una concepción integral de salud del adolescente. El equipo está constituido en su mayoría por pediatras-clínicos, quienes, en la visión de algunos médicos entrevistados, son los más adecuados para realizar el seguimiento desde la niñez hasta la adultez. Este criterio es controversial pues otros médicos entrevistados consideran que la adolescencia es una etapa con sus especificidades, que requiere, por lo tanto, una capacitación específica y adecuada.

Las derivaciones que efectúan a los profesionales de los servicios de obstetricia, psicopatología, laboratorio, asistencia social, etcétera, no son pautadas a nivel institucional entre los servicios involucrados, sino con aquellos profesionales que de manera personal comparten la ideología del equipo de adolescencia.

La dimensión de integralidad en la atención de la salud del adolescente supone (en consonancia con los lineamientos filosóficos del plan nacional) una concepción bio-psico-social, en la que la relación con la comunidad, como sistema de referencia, se constituye en un elemento crucial. Tanto la interconsulta como la multidisciplinaria constituyen dinámicas del desarrollo de la tarea que contribuyen a hacer efectiva, tanto en la atención como en la prevención, la concepción de integralidad.

La interconsulta, de la manera detallada anteriormente, es efectuada de manera informal. La interdisciplina se ha podido sostener en el tiempo e implica la existencia de un médico de "cabecera" y una interlocución permanente con ginecología, clínica, nutrición, psicología, obstetricia, y trabajo social, entre otros.

En la historia del servicio la transdisciplina efectiva ha encontrado dificultades para su desarrollo. Por un lado, porque implica la "convivencia" en el mismo espacio de profesionales que, si bien tienen un idéntico objeto de atención y estudio (los adolescentes), aportan miradas y abordajes diversos, lo que significa nombrar en el servicio profesionales provenientes de variadas disciplinas. Por otro lado, porque presupone un intercambio que trasciende el ámbito de lo asistencial. No obstante, y a pesar de las dificultades, se realizan "pases de historia" o ateneos, en los que se discuten el diagnóstico, la terapéutica y las estrategias a implementar.

La actividad transdisciplinaria fue llevada a cabo con el aporte de la Fundación Kellogg durante dos años, período en el que se

diseñó un plan de trabajo que articulaba las actividades del servicio con la comunidad. Actualmente persisten algunas actividades realizadas por algunos miembros del equipo médico en forma voluntaria y gratuita.

La admisión se realiza a través del Servicio de Consultorios Externos de manera centralizada y computarizada, de acuerdo con las reglamentaciones generales del hospital. En primer lugar, los pacientes deben obtener un turno y luego van al Servicio de Adolescencia para ser atendidos. Para el seguimiento deben retornar al consultorio externo para fijar un nuevo turno. Esto provoca dificultades para el personal y quejas por parte de los usuarios por el largo tiempo de espera al que se ven expuestos, tanto para conseguir el turno como para ser atendidos. Estas demoras son motivo, en muchos casos, de deserción. Los médicos de adolescencia demandan una atención preferencial en el otorgamiento de turnos para sus pacientes, dado que, en su visión:

El adolescente que es obligado a ir varias veces a pedir turnos y tiene una larga espera, no aparece más. Con los años, algunos profesionales fueron entendiendo esta particularidad del grupo etéreo y lo atienden muchas veces sin turno. Se trata de pensarlo como una urgencia, puesto que se trata de un grupo muy vulnerable (médica, Hospital Argerich).

El horario de atención es de 8.00 a 16.00. Los profesionales se subdividen en dos turnos, tienen la misma carga horaria pero diferente caudal de trabajo.⁵

Los usuarios son recibidos en el Servicio de Adolescencia, donde el médico que los atiende les realiza la historia clínica y los interroga acerca de sus datos personales, sus historias de desarrollo/crecimiento, enfermedades, escolaridad, trabajo, composición familiar, adicciones, etcétera. En palabras de una entrevistada, estudiante de medicina, realizando una rotación por el servicio:

5. Hay una larga tradición en la Argentina, muy difícil de revertir, por la que los hospitales atienden en el horario de mañana. Los hospitales, cuya administración es de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, resolvieron incluir la jornada completa de atención. En la medida en que la demanda no está concientizada de esta posibilidad, de hecho el mayor caudal de usuarias se presenta en la mañana, se sobrecargan las actividades de los profesionales de ese turno.

[...] cuando recibo una paciente voy directo a lo clínico, después viene la doctora y empieza a preguntar y a ahondar más... yo me olvido de interrogar otras cosas... no lo tengo incorporado... ahora lo aprendí (estudiante de medicina, Hospital Argerich).

El médico del Servicio evalúa si es necesaria la interconsulta con el Servicio de Psicopatología. En ese caso, se le otorga un turno para la admisión, si es una urgencia se atiende al paciente en el momento que se realiza la interconsulta. Los usuarios son citados con turno que acuerdan con la terapeuta, por lo tanto, el tiempo de espera no excede los diez minutos. Se registran muy pocos casos de “libre demanda” para psicología.

En relación con el funcionamiento del laboratorio se da una situación paradójica. Por un lado, los estudios se efectúan de manera organizada, eficiente y rápida, en tanto que en la entrega de los resultados al servicio existe una significativa demora, lo que retrasa la evaluación necesaria para la realización de los diagnósticos. Los medicamentos son adquiridos, principalmente, en laboratorios privados como muestras gratis.

Los anticonceptivos, tanto orales como preservativos, son suministrados por los laboratorios privados y el Programa de Procreación Responsable (PPR) que pertenece a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al cual se han incorporado recientemente. El PPR también suministra la cantidad de DIU solicitada por el servicio.

El hospital es arancelado, y sus tarifas dependen de la práctica. En el caso de la atención cada usuario debe pagar un bono de \$ 2. Si el usuario no pudiera abonarlo debe realizar una serie de trámites burocráticos para solicitar el Certificado de Pobreza que lo exime del pago. En el caso del Servicio de Adolescencia, a los usuarios no se les requiere el bono, decisión adoptada para facilitar el acceso de los adolescentes a la consulta.

2.1.3. Caracterización de la población

Todas las personas de entre 10 y 20 años, que arriban al hospital por cualquier motivo de consulta son derivadas al Servicio de Adolescencia.

Se advierten dos intervalos de edades donde hay una mayor concentración de usuarios. Entre 13 y 15 años, cuyos motivos de

consulta son, mayoritariamente, las enfermedades estacionales. El 70% asiste acompañado por un adulto responsable. El grupo de entre 17 y 20 años consulta mayoritariamente por cuestiones relacionadas con la sexualidad y, en este caso, el 90% asiste solo o acompañado por pares.

Desagregadas por sexo, las consultas se subdividen en: 60% de mujeres y 40% de varones. De acuerdo con las informaciones, la razón podría ser:

[...] tiene mucho que ver con el cuidado... sobre todo en el tema de los anticonceptivos... tengo entendido que las mujeres consultan más que los varones, en todas las etapas de la vida (médica, Hospital Argerich).

Con relación a los varones, los profesionales plantean que:

[...] son chicos temerosos de concurrir al servicio de salud, no están acostumbrados, vienen con mucha timidez, con mucha dificultad para preguntar, por eso vienen por urgencias (médico, Hospital Argerich).

Los pacientes, en general provienen de la clase media baja y baja. Varios pacientes están en condición de NBI (necesidades básicas insatisfechas), aunque no existen casos de pobreza extrema. La mayoría de los pacientes ha completado la escuela primaria, pero ha desertado de la escuela secundaria o la está cursando con dificultades.

La mayoría de los proveedores entrevistados se refiere al cambio de la población asistida no sólo en términos de su nivel socioeconómico sino en relación con el nivel cultural:

[...] hace diez años, cuando empecé a venir al hospital veía gente pobre, veía chicas (que me llamaba la atención) que venían con los pies llenos de barro, con dos o tres chicos. En los últimos dos años esa población no llega más al hospital (médica, Hospital Argerich).

[...] atendemos una población de bajos recursos, eso se nota mucho en este momento del país. Antes eran pobres del conurbano o de casas tomadas, ahora son los nuevos pobres, que a veces vienen medio asustados al hospital público, vienen con prejuicios. De todos modos, es una población con receptividad, siguen viniendo y solicitan su médico de cabecera (médica, Hospital Argerich).

Los entrevistados mencionan la existencia de usuarias con familias denominadas disfuncionales, conformadas por padres golpadores, alto índice de alcoholismo, abuso sexual, etcétera. En diversas investigaciones realizadas en el servicio se ha detectado que el antecedente de abuso –lo que implica el inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad– es un factor de riesgo para un embarazo temprano.

2.1.4. Motivos de consulta manifiestos y latentes

Las consultas de los varones obedecen básicamente a enfermedades estacionales o prevalentes, gripes, anginas y bronquitis. Es reducida la cantidad de consultas de varones relacionadas con la salud reproductiva y su prevención, y no configuran una demanda explícita sobre anticoncepción, ETS o temas relacionados con la sexualidad.

El servicio intenta que estas demandas latentes se puedan explicitar. Para ello trabajan con folletos y proveen preservativos para generar un espacio de confianza que los ayude a percibir el cuidado de la salud como algo crucial de sus vidas y promover un cambio de conducta en esa dirección. Cuando estas estrategias no logran el objetivo esperado hacen referencia al concepto de “oportunidad perdida”, de allí la importancia de trabajar juntamente con instituciones y asociaciones de la comunidad para capturar la demanda no voluntaria.

Los varones escolarizados son derivados por los colegios, para realizarse el chequeo general requerido para las prácticas deportivas.

Las derivaciones a psicología son, en su mayoría, por trastornos de la alimentación, embarazos, problemas familiares, etcétera.

Las ginecólogas refieren que los motivos de consulta varían de acuerdo con los grupos de edades. Entre 13 y 15 años las consultas más frecuentes se refieren a trastornos del ciclo, menstruaciones dolorosas, patología mamaria, etcétera.

En el grupo de edad de entre 17 y 20 años las consultas están relacionadas con anticoncepción, flujo, ETS, condilomas y todo tipo de enfermedades genitales.

[...] Solemos detectar las infecciones bastante rápidamente pues a todas las pacientes que han iniciado su vida sexual les hacemos Papa-

nicolau de rutina y a varias colposcopia (médica, 66 años, Hospital Argerich).

2.1.5. Actividades desarrolladas en relación con la comunidad

El Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, participó, durante tres años en una experiencia transdisciplinaria de actividades asistenciales, de investigación y de extensión hacia la comunidad.⁶ El objetivo general del proyecto era “contribuir a mejorar las condiciones de crecimiento de los adolescentes, su familia y su núcleo de pertenencia ampliado, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales”. Entre los objetivos específicos figuraban: “reformular y fortalecer el control y atención ambulatorios de los adolescentes consultantes en el Servicio de Adolescencia del Hospital, por demanda espontánea, promovida o por derivación”, “sistematizar la atención extrahospitalaria en zonas de influencia del hospital”, “estructurar un sistema integral de docencia para el equipo de salud que actúa en el ámbito del Proyecto tanto dentro como fuera del hospital” (Servicio de Adolescencia del Departamento Materno Juvenil del Hospital Argerich, 1995).

En la percepción de los prestadores fue una experiencia importante, dado que veinticinco profesionales de distintas especialidades de la medicina y de las ciencias sociales, trabajando colectivamente, mejoraron la calidad de atención y recuperaron parte de la demanda que no accede de manera espontánea al servicio de salud.

Se percibe añoranza de aquel clima de trabajo y los pocos prestadores rentados y no rentados que quedaron intentan recrear aquella experiencia a pesar de los numerosos obstáculos que encuentran (económicos, burocráticos, etcétera).

El proyecto incluyó acciones preventivas e informativas en colegios, hogares de niños de la calle y en hogares de trabajadoras sexuales. Aunque ya finalizó, lograron, luego de sucesivos diálo-

6. La experiencia se realizó entre los años 1992-1994 con un subsidio de la Fundación Kellogg y el aporte de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (desde la infraestructura y el aval hospitalario), la Organización Panamericana de la Salud, la Fundación Pedro Mosotegui, la Fundación A. y E. Rocca, Laboratorios Bagó, la Fundación para la Salud del Adolescente del Año 2000 (FUSA 2000). Los resultados de esta experiencia se presentaron en el libro *Proyecto Adolescencia Buenos Aires (op. cit.)*.

gos con la jefatura del Servicio de Consultorios Externos, preservar dos turnos diarios para atender a los chicos de la calle. De acuerdo con la percepción de un profesional entrevistado:

Ahora no estamos saliendo a la comunidad debido a la actual concepción de "salud pública": extensión de la jornada de trabajo, gran cantidad de trámites burocráticos para poder hacer asistencia fuera del hospital, prohibición del trabajo de concurrentes,⁷ etcétera. De todas maneras estamos intentando rearmar los equipos de trabajo hacia la comunidad, pero, entre tanto, tratamos de cubrir la demanda que nos envían desde colegios, hogares de niños de la calle, etcétera (médico, Hospital Argerich).

Al mismo tiempo, están intentando restablecer los grupos de información en la sala de espera, utilizando el tiempo mientras los adolescentes aguardan ser atendidos. Los profesionales refieren la importancia de estos encuentros, que generalmente los llevaban a cabo los estudiantes de medicina, quienes por su edad lograban establecer un vínculo más cercano con los adolescentes.

Las actividades desarrolladas durante el proyecto fueron posibles por contar con suficientes recursos humanos y económicos así como con un apoyo significativo de las autoridades del hospital. En la actualidad, es muy difícil su continuación, debido a la carencia de recursos económicos y humanos y por las reglamentaciones del hospital que obstruyen la posibilidad de realizar actividades fuera del ámbito hospitalario para convocar a los adolescentes, quienes de manera espontánea no asisten al servicio. En el hospital, el criterio de eficiencia y su evaluación son medidos a través de la productividad (el número de pacientes atendidos diariamente) lo que quita tiempo a los proveedores para las activida-

7. El sistema de formación de posgrado de los médicos adopta dos modalidades: residencia y concurrencia. En el primer caso se trata de un régimen formal, rentado que exige un examen de admisión muy riguroso con una alta competencia pues hay muchos aspirantes y pocos cargos. Es acotado en el tiempo (de dos a tres años según la especialidad) y los médicos que ingresan forman parte del personal hospitalario.

Los concurrentes son aquellos estudiantes no rentados que deben desarrollar una serie de actividades estipuladas, luego de las cuales rinden un examen y con ello acceden a la especialidad. Últimamente está prohibida la presencia de concurrentes.

des de prevención en una población (los adolescentes) que se caracteriza por ser de una alta vulnerabilidad. Se evidencia, a través de los testimonios y con las dificultades que poseen actualmente, la valoración que el equipo de salud tiene del trabajo interdisciplinario en conexión con la comunidad.

2.2. HOSPITAL RIVADAVIA

El Hospital Rivadavia, perteneciente a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, es un hospital escuela de alta complejidad. Posee atención de todas las especialidades y es centro de capacitación, formación y docencia de los estudiantes que cursan la carrera de Medicina en la Universidad de Buenos Aires.

Como ya se mencionó, está ubicado en el Barrio Norte de la ciudad de Buenos Aires, en el que hay una importante concentración de población de clase media y clase media acomodada. Cuenta de varios edificios para los diferentes servicios, separados por un gran espacio verde.

A diferencia del Hospital Argerich no trabaja con un centro de atención primaria. Atiende a una importante demanda constituida por mujeres migrantes (de otras provincias y de países limítrofes) que trabajan como empleadas domésticas en la zona, por población del conurbano bonaerense y por derivaciones de otros centros asistenciales.

La Sección Adolescencia del Hospital Rivadavia está constituida por el Consultorio de Adolescencia del Servicio de Ginecología y el Consultorio de Hebiatría. El trabajo de campo fue llevado a cabo en el Consultorio de Adolescencia del Servicio de Ginecología, que comprende las siguientes áreas: psicología, educación y trabajo social.

2.2.1. Características del servicio

El Servicio de Ginecología se encuentra a una distancia aproximada de cien metros de la puerta de entrada, recorrido que debe ser realizado al aire libre.

El Consultorio de Adolescencia posee instalaciones en diferentes pisos del mismo edificio. Por un lado, en la planta baja, se encuentran la sala de espera (ubicada en la entrada general al edificio), dos consultorios de admisión, dos consultorios para atención

ginecológica y una sala de reuniones de médicos y psicólogas. Las instalaciones, exceptuando la sala de espera, son cálidas, agradables y acondicionadas con los elementos necesarios.

Por otro lado, en el cuarto piso, se encuentra el equipo de psicología que consta de una sala con los materiales de trabajo, incluyendo computadora, y una sala de reunión con mesa, sillas, video y televisor, donde se llevan a cabo, entre otras actividades, los grupos de información sobre sexualidad y anticoncepción.

El equipo de salud está compuesto por cuatro ginecólogas, una de ellas Jefa del Servicio, y un ginecólogo; cinco psicólogas; dos licenciadas en Ciencias de la Educación que concurren una vez a la semana y conducen los grupos de información, y una trabajadora social que asiste dos veces a la semana.

2.2.2. Dinámica asistencial

El criterio de atención responde a una concepción integral de salud del adolescente. En principio los profesionales acuerdan con la filosofía holística propuesta en el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, si bien sólo atienden a mujeres en algunas de las áreas incluidas en la concepción de salud integral. Desde sus orígenes en 1978, el equipo que atiende adolescentes está constituido por médicos ginecólogos, hebiatras, psicólogas, sociólogas, educadoras, quienes están en contacto permanente con las trabajadoras sociales.

El equipo ha articulado una red de relaciones con profesionales de otros servicios que comparten la ideología de trabajo interdisciplinario (obstetricia, laboratorio y endocrinología, que tiene una doctora en el Servicio de Adolescencia).

La aproximación transdisciplinaria ha sido, en la historia del servicio, un objetivo muy importante a lograr: todos los profesionales comparten el mismo espacio físico y realizan reuniones diagnósticas y de evaluación de manera conjunta.

La actividad asistencial se lleva a cabo de martes a viernes entre las 8.00 y las 12.00. Los días lunes realizan reuniones de equipo y actividades de docencia y de investigación. En las reuniones se presentan casos (en su mayoría lo hacen las psicólogas) y se decide colectivamente la estrategia y la terapéutica a desarrollar, atendiendo la perspectiva de integralidad bio-psico-social. Luego del intercambio general, cada equipo desarrolla sus actividades. Los

médicos tienen su reunión específica donde realizan intercambios sobre diferentes casos e investigaciones científicas en curso.

El equipo de psicología tiene dos reuniones: una de actualización de bibliografía y otra con un supervisor externo con quien analizan los casos más complicados, dispositivo que cumple con la doble función de ser formativo del equipo e indicativo de la terapéutica a desarrollar.

La usuaria ingresa al hospital por el Consultorio Externo de Ginecología Infanto Juvenil o el de Hebiatría. Allí se le realiza una pequeña historia clínica de admisión, en la que se atiende el motivo de consulta manifiesto. De acuerdo con el diagnóstico es derivada para su seguimiento al Consultorio de Adolescencia de Ginecología⁸ con citación previa. Los tiempos de espera son relativamente reducidos dado que concurren a Adolescencia con el turno prefijado.

La admisión en el Servicio de Adolescencia es conjunta médico-psicóloga y, cuando tienen personal, se aplica una exhaustiva encuesta social. La historia clínica incluye los datos personales, la historia médica general y reproductiva, los datos socioeconómicos, la religión, el motivo de consulta, los antecedentes familiares, las adicciones, etcétera. Todas las pacientes son convocadas a las reuniones de información sexual, coordinadas por licenciadas en ciencias de la educación, que se realizan semanalmente los días martes.

Para la atención psicológica se desarrollan diversas estrategias. En primer lugar, el médico y la psicóloga que inician la atención de la paciente realizan un primer diagnóstico. Luego, la psicóloga tiene una entrevista breve, en la que explica la dinámica de trabajo y la importancia de participar tanto en los grupos de información como en las entrevistas diagnósticas. Se acuerda con la paciente el día, la hora y la frecuencia de atención. La instancia de tratamiento ya sea grupal o individual es una decisión personalizada con cada paciente posteriormente a la realización del diagnóstico.

La importante deserción registrada en los últimos tiempos lle-

8. El Servicio de Adolescencia en el Hospital Rivadavia no es independiente sino que pertenece al Servicio de Ginecología, y es identificado como Consultorio de Adolescencia. En el presente trabajo y para simplificar, lo denominaremos Servicio de Adolescencia.

vó al conjunto del equipo de salud a organizar una actividad en la sala de espera para informar la dinámica de trabajo del equipo y la importancia de acceder a la atención integral (médico, psicóloga, educadora, asistente social, etcétera).

Varios de los profesionales entrevistados refirieron tener dificultades relacionadas con dos cuestiones: por un lado, el funcionamiento demorado del laboratorio (los médicos plantean que sólo pueden tener los resultados en un tiempo razonable si los solicitan personalmente) y por otro, el costo de los estudios de cierta complejidad no puede ser afrontado por las usuarias. Ello atenta con la posibilidad de realizar un diagnóstico certero y en un lapso de tiempo razonable.

Los insumos, medicamentos, anticonceptivos orales y preservativos, son suministrados por los laboratorios privados. El Consultorio de Adolescencia recibe algunos insumos por el Programa de Procreación Responsable, derivados de la dirección general del Servicio de Ginecología que es el que pertenece a ese programa.

Como la mayoría de los hospitales públicos, el Rivadavia es arancelado y sus tarifas dependen de la práctica. Para la consulta se debe pagar un bono de \$ 2. Si la persona no pudiera pagarlo debe realizar trámites burocráticos para solicitar el Certificado de Pobreza que la exime del pago. En el caso del Servicio de Adolescencia a las usuarias no se les requiere el pago del bono.

2.2.3. Caracterización de la población

La población que se atiende en el consultorio es de entre 10 y 21 años, con una mayor concentración en las edades entre 17 y 20 años. Muy pocas niñas menores de 10 años demandan atención.

La población asistida está constituida por dos grupos socioeconómicos diferenciados: por un lado, sectores de muy escasos recursos y, por otro, de clase media baja.

El primer grupo está compuesto por empleadas de servicio doméstico, migrantes (de otras provincias y de países limítrofes), empleadas de almacenes, supermercados, desocupadas, trabajadoras sexuales residentes en un hogar de la zona, etcétera. El nivel de educación en este grupo es de primaria incompleta o completa; son jóvenes solteras, en su mayoría, y, en una reducida proporción, conviven con su pareja. En 1998 la población se componía, en relación con la nacionalidad, por 81,90% de argentinas, 8,06%

de paraguayas, 6,98% de peruanas y el resto de otros países limítrofes.

En palabras de un proveedor entrevistado:

[...] la clase pobre tiene tantas dificultades que ya ni viene al hospital... supongo se atenderán en las salitas barriales... ya no hay ninguna función preventiva (médico, Hospital Rivadavia).

El segundo grupo está constituido por usuarias de clase media baja que, por efecto de la crisis económica, han perdido el empleo y la obra social. En su mayoría son estudiantes secundarias y universitarias. En este grupo se constata cierta asincronía entre un nivel económico bajo y un nivel intelectual relativamente alto.

En relación con el estado civil, el 81% son solteras, el 13,7%, concubinas, el 4,9%, casadas, y el 0,1%, separadas.

En los últimos cuatro o cinco años, se produjo un cambio notorio en la población asistida no sólo en sus posibilidades económicas sino en sus condiciones generales de vida, definidas como de mayor riesgo y vulnerabilidad. De acuerdo con la visión de una psicóloga entrevistada:

[...] hay que atender el motivo de consulta manifiesto pero en realidad lo "otro" (lo social, familiar, etcétera) es tan complicado, está tan desarticulado y es tan doloroso que hay que tratar de organizar todo ello para poder abordar el motivo manifiesto de consulta. Antes las redes de contención estaban mucho más articuladas (psicóloga, Hospital Rivadavia).

2.2.4. Motivo manifiesto y latente de consulta

Los motivos de consulta manifiestos (para el año 1998), según grupo de edad fueron: de 11 a 15 años, alteraciones del ciclo (28,9%); vulvovaginitis (24,6%); control (11,5%); anticoncepción (8,6%); patología mamaria (5,6%); embarazo (4,3%); abuso sexual (2,8%); psicología (2,8%); etcétera.

De 16 a 20 años, anticoncepción (23,3%); alteraciones del ciclo menstrual (16,1%); control ginecológico (11,9%), distribuyéndose el 50% restante entre vulvovaginitis (11,3%); embarazo (6,2%); algia pelviana (5,6%); amenorrea (5,0%); patología mamaria (3,2%); abuso sexual (0,5%); aborto incompleto (0,3%), etcétera.

El motivo latente de consulta es detectado a través de las entrevistas con las psicólogas, registrándose una importante variedad de preocupaciones (cuidado del cuerpo, anticoncepción, proyecto de vida, etcétera). Todos los entrevistados hacen referencia a la importancia de la prevención, el seguimiento y el trabajo en equipo para el abordaje de la anticoncepción y la sexualidad.

Desde hace aproximadamente tres años la anticoncepción pasó a ser el primer motivo de consulta, desplazando al embarazo al quinto lugar.

El decrecimiento en el número de consultas entre el año 1995 y 1998 es significativo. Ello puede ser atribuido a las dificultades económicas y a los cambios en el status social de las pacientes.

CUADRO 2
VOLUMEN Y FLUJO DE CONSULTAS

Las prestaciones totales se distribuyen de la siguiente manera:

	1995	1998
Ginecología	3.757	2.756
Psicología	1.791	1.081
Trabajo social	878	177
Grupos de información	–	60
Total	6.426	4.074

En el área de psicología, durante el año 1998 se realizaron 241 admisiones, de las cuales 87 fueron conjuntas con médicos y 154 psicológicas. Se registraron dificultades para el seguimiento.

La deserción es de alrededor del 50% y las razones más importantes que se refirieron son: a) la situación socioeconómica, b) el ser adolescentes pertenecientes a familias con un dificultoso proyecto de vida y c) la condición de migrantes en búsqueda de trabajo.

2.2.5. Actividades desarrolladas en relación con la comunidad

El Consultorio de Adolescencia no se ha caracterizado por tener una trayectoria de trabajo con la comunidad. Se realizan deri-

vaciones a instituciones en aquellos casos que exceden las posibilidades y la capacitación del equipo.

En los últimos años se desarrollaron actividades con diversas instituciones. Se llevó a cabo un convenio con el Club Gimnasia y Esgrima, que otorgaba treinta becas para que las adolescentes realizaran deportes y se estableció un acuerdo con una escuela de dibujo, donde las usuarias podían asistir a tomar clases. Se organizó también un grupo de personas voluntarias que daban apoyo escolar. Todas estas actividades incentivaban la demanda, dado que las usuarias encontraban una red de contención a necesidades diversas que no poseían en otros espacios. En la actualidad, debido a la carencia de asistentes sociales en el consultorio, todas las actividades se fueron diluyendo hasta desaparecer.

3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Según el censo de 1991, el 9% de la población del país vive en la ciudad de Buenos Aires y el 25% en los diecinueve distritos del Gran Buenos Aires. La población de la ciudad (3.036.891 habitantes en 1997) presenta una estructura relativamente envejecida (véase gráfico 1, en Anexo 1). Algunos indicadores de esta situación son la baja proporción de niños y adolescentes (18,2% de la población es menor de 15 años), el alto porcentaje de ancianos (17% tiene 65 años o más) y la edad promedio de la población, de 38,8 años para ambos sexos (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Publicación N° 32, 1998).

Los adolescentes (10 a 19 años) componen el 13,8% de la población de la ciudad (el grupo de 10 a 14 años representa el 6,3% y el grupo de 15 a 19 años, el 7,5%). La razón entre varones y mujeres es 101,79 varones por cada 100 mujeres en el grupo de 10 a 14 años y 100,60 varones por cada 100 mujeres en el grupo de 15 a 19 años.

El 97% de los varones y mujeres de 10 a 14 años y tres cuartos de los del grupo de 15 a 19 años estaban escolarizados en 1991.⁹ Se

9. En la Argentina, la ley federal 24.195 (abril de 1993) establece la escola-

pueden identificar dos situaciones entre los no escolarizados: algunos han desertado y otros han abandonado el sistema luego de haber completado al menos un ciclo. En el grupo de 10 a 14 años el porcentaje es bajo y muy similar: el 1,4% abandonó y el 1,1% completó el ciclo primario. Los que nunca han estado escolarizados suman el 0,4%. El índice de deserción escolar aumenta en el grupo de 15 a 19 años: 11,5% para los varones y 9,6% para las mujeres. Otro 13% de ambos sexos no estaba escolarizado en el momento del censo, pero había completado la escuela primaria o la secundaria. El porcentaje de nunca escolarizados es de 0,3% (véase cuadro 2, en anexo 1).

Respecto de las condiciones socioeconómicas, tabulaciones especiales de la Encuesta Permanente de Hogares del año 1997 señalan que el 14,3% de los adolescentes (10 a 19 años) en la ciudad de Buenos Aires vive en hogares bajo la línea de pobreza y el 5% en hogares con necesidades básicas insatisfechas.¹⁰ A fin de comparar, debe notarse que en 1991 la proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas era del 16,5% para todo el país, del 7% para la ciudad de Buenos Aires y del 16,5% para el Gran Buenos Aires (INDEC 1997, pág. 85).

Además, de acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares, el 26% del grupo de 15 a 19 años en el área metropolitana es económicamente activo.¹¹ Cuando los datos se desagregan por sexo, aparecen claras diferencias: el 32,5% de los varones y el 19% de las mujeres tienen trabajo o están buscando trabajo. El porcentaje de desocupados es similar: el 9,5% para los varones y el 9,7% para las mujeres (véase cuadro 3, en anexo 1). La mitad de los adolescentes que trabajan lo hacen en el comercio, aproximadamente

ridad obligatoria entre los 5 y los 15 años. En la provincia de Buenos Aires, y por lo tanto en los diecinueve distritos del Gran Buenos Aires, una ley provincial extiende el período de educación obligatoria hasta los 17 años (la finalización del modelo "polimodal").

10. El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas es utilizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Combina indicadores tales como hacinamiento en el hogar, características del hogar, nivel educativo del jefe del hogar y número de hijos no escolarizados.

11. En la Argentina se prohíbe el trabajo de personas menores de 18 años, pero la legislación permite que los jóvenes de 14 a 18 años trabajen si cuentan con la autorización de los padres.

el 15% en la industria y el 15% en servicios. El salario promedio de los trabajadores de este grupo de edad es de US\$ 287 (aproximadamente una vez y media el salario mínimo), con pequeñas variaciones entre sectores. Los niveles más altos se registran en la industria.

Respecto del estado civil, el 95,7% de las mujeres y el 98,7% de los varones de 15 a 19 años de edad eran solteros (datos de 1991). El 4% de las mujeres en este grupo de edad declaran estar casadas o en uniones consensuales. Cabe destacar que la tasa de nupcialidad para mujeres de 15 a 19 ha declinado: de 17,3 por 1.000 en 1980 a 4,0 por 1.000 en 1997. La tasa para varones menores de 20 también ha disminuido en un tercio: de 3,8 por 1.000 en 1980 a 0,9 por 1.000 en 1997 (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 1998).

3.2. MORTALIDAD

La tasa de mortalidad general para Buenos Aires ha sido estable durante el período 1970-1997. En 1997 la tasa fue de 11,0 por 1.000 con diferencias según sexo y tramo de edad (los varones tienen una tasa de mortalidad 12% mayor que las mujeres).

Las tasas para la población adolescente no son una excepción: el 0,23 por 1.000 para los varones de 10-14 años y 0,19 para las mujeres en el mismo grupo de edad. Los adolescentes de 15 a 19 años muestran tasas de mortalidad de 0,63 por 1.000 entre varones y 0,29 entre mujeres. Las causas externas de mortalidad y morbilidad (capítulo XX de ICD 10) constituyen la primera causa para ambos sexos y tramos de edad. Aun así, la magnitud de las causas externas es mayor entre los varones: el 45% en el grupo de 10 a 14 años y el 60% en el grupo de 15 a 19 años. Las tasas para las mujeres de los mismos grupos de edad son el 38,9% y 29,4% respectivamente (véase cuadro 4, en anexo 1). Las causas que siguen en magnitud a las causas externas deben ser analizadas cuidadosamente ya que el número de casos es muy pequeño y las interpretaciones que se hacen basadas en estos datos pueden cambiar de un año al otro. En este contexto resulta razonable decir que los tumores constituyen la segunda causa de muerte para todos los grupos de edad, seguidos por las enfermedades respiratorias.

Algunas de las causas externas ameritan un comentario especial. La tasa de suicidios tiene un patrón particular de acuerdo con el sexo y la edad: mientras que en la mayoría de los grupos de

edad la tasa de suicidio para varones es dos veces mayor que la de las mujeres, en el grupo de 15 a 19 años las mujeres tienen una tasa más alta que los varones (3,5 por 100.000 vs. 1,7) (véase cuadro 5, en anexo 1).

Las causas de muerte relacionadas con accidentes de tránsito siguen un patrón donde la diferencia entre varones y mujeres aumenta con la edad. En el grupo de edad de 40 a 44 años, los varones tienen cuatro veces más posibilidades que las mujeres de morir por causas relacionadas con accidentes de tránsito. En el grupo de 15 a 19 años, la tasa para los varones es de 3,5 por 100.000, en tanto que la de las mujeres es sólo 0,9 por 100.000 (véase cuadro 6, en anexo 1).

Por último, en 1997 la tasa de mortalidad por sida fue de 14 por 100.000 en la ciudad de Buenos Aires. La población masculina tuvo una tasa de mortalidad relacionada con el sida de 25,1 por 100.000 comparada con la tasa de la población femenina de 4,7. Estas mismas tasas para la población adolescente muestran resultados similares a los de años anteriores: en ese año no hubo muertes por sida entre mujeres de 15 a 19 y sólo una muerte en el grupo de varones de la misma edad (véase cuadro 7, en anexo 1).

3.3. MORBILIDAD

Los datos disponibles sobre morbilidad adolescente se basan en los diagnósticos de egresos de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires (MSAS, 1998). El grupo de edad de 10 a 14 años representa el 3,4% del total de egresos, mientras que el grupo de 15 a 19 años representa el 6,7% del total.

No existen casi diferencias en números absolutos en el número de egresos de mujeres y varones de 10 a 14 años. La estructura de causas para este grupo de edad indica que los traumatismos y las intoxicaciones¹² son las causas predominantes entre varones (19,9%), seguidos de enfermedades del tracto digestivo (12,6%) y malformaciones congénitas (11,5%). Para las mujeres de este grupo de edad los traumatismos e intoxicaciones son la primera causa de egreso,

12. Según la IX Clasificación Internacional de Enfermedades, la categoría "traumatismos e intoxicaciones" incluye fracturas, intoxicaciones, quemaduras y otros eventos traumáticos.

las que junto con las enfermedades del tracto digestivo representan el 11,2% de los egresos. Siguen en magnitud a estos dos grupos de causas, las causas obstétricas y las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, las que representan cada una el 8,8% de los diagnósticos de egreso (véase cuadro 8, en anexo 1).

Entre las mujeres de 15 a 19 años, el parto normal y las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio representan el 45,2% y 21,7% de los diagnósticos de egreso, respectivamente. Esto indica que los egresos por eventos reproductivos son cerca de tres veces mayores que los egresos por otras causas (6.090 vs. 2.329). Considerando sólo causas obstétricas relacionadas con morbilidad, y dejando de lado el parto normal, las causas obstétricas directas (toxemia, hemorragia y sepsis) son las más importantes (80,1%), seguidas por embarazo terminado en aborto (18%) (véase cuadro 9, en anexo 1).

Entre los varones de 15 a 19 años, las intoxicaciones y los traumatismos constituyen la primera causa de egreso (20,8%), seguidas por enfermedades del tracto digestivo (11,4%). Los desórdenes mentales y las enfermedades del sistema respiratorio aparecen como la tercera causa en proporciones iguales (7,9%) (véase cuadro 10, en anexo 1).

Por último, el número absoluto de causas traumáticas entre varones es casi igual que en las mujeres jóvenes. La edad no produce diferencias cuando se mira el peso relativo que tiene cada subgrupo de causas traumáticas para varones y mujeres.

3.4. EMBARAZO ADOLESCENTE

La tasa de fecundidad adolescente es relativamente alta comparada con la tasa de fecundidad general. Esta tasa ha aumentado durante los años setenta (como ocurrió en todos los grupos etáreos) y alcanzó un pico en 1980. Desde entonces, la tasa de fecundidad adolescente ha descendido al mismo nivel que tenía en la década de 1960.

La fecundidad adolescente descendió de 38,71 por 1.000 en 1980 a 31,7 en 1995. Este descenso se explica por la disminución de la tasa de fecundidad adolescente tardía¹³ (de 76,8 por 1.000 en

13. La tasa de fecundidad adolescente tardía incluye a adolescentes de 15 a 19 años.

1980 a 60,6 en 1995) mientras que la tasa de fecundidad adolescente temprana¹⁴ permaneció igual.

Sin embargo, el porcentaje de niños nacidos de madres adolescentes ha aumentado de 11,2% en 1958 a 15,7% en 1995. En la ciudad de Buenos Aires el 16% del total de nacimientos corresponde a madres adolescentes, proporción que coincide con la media nacional. No obstante, existen grandes contrastes regionales en la tasa de fecundidad adolescente: en 1995 la tasa de fecundidad adolescente temprana fue de 0,7 por 1.000 para Buenos Aires y de 4,6 para Chaco. La tasa de fecundidad adolescente tardía fue de 2,5 por 1.000 en Buenos Aires y de 102 por 1.000 en Formosa. Las tasas más bajas para Buenos Aires pueden atribuirse al hecho de que –de acuerdo con un estudio con una muestra representativa de siete áreas metropolitanas de la Argentina– el 86,4% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad estaba usando o había usado métodos anticonceptivos (INDEC, 1996).

Respecto de la mortalidad materna,¹⁵ un estudio de Vinocur *et al.* (MSAS, 1987) encontró un subregistro en las muertes reportadas (40% en la ciudad de Buenos Aires). Los autores advierten que las fluctuaciones y los descensos observados deben ser explicados muy cuidadosamente antes de arribar a conclusiones. El pequeño número de casos también hace difícil poder elaborar conclusiones sobre mortalidad materna.

La tasa de mortalidad materna para Buenos Aires, que fue de 3,9 por 10.000 nacidos vivos en 1980, descendió a 1,1 en 1985, subió a 3,9 en 1990 y luego volvió a bajar a 1 por 10.000 nacidos vivos en 1995. En 1997 no se registraron muertes maternas en la ciudad. En cuanto a la estructura de causas de mortalidad materna, mientras que el aborto representa un tercio de las muertes maternas del país, en la ciudad de Buenos Aires las complicaciones de abortos son responsables de al menos la mitad de las muertes reportadas (véase cuadro 1, en anexo 1).

14. La tasa de fecundidad adolescente temprana incluye a adolescentes de 10 a 14 años.

15. En 1995 la tasa de mortalidad materna en la Argentina fue de 4,4 muertes por 10.000 nacidos vivos. Existen diferencias regionales importantes: en Chaco la tasa de mortalidad materna fue de 12,6 muertes por 10.000 nacidos vivos y en Formosa y Jujuy, más de 10 muertes por 10.000 nacidos vivos.

3.5. USO DE DROGAS

En 1999 se llevó cabo en la Argentina el Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Adictivas.¹⁶ Según esta fuente, el 65% de los varones de 12 a 15 años y el 52% de las mujeres de la misma edad habían consumido alcohol en los doce meses anteriores. En cuanto a las drogas ilícitas (marihuana, cocaína, inhalantes, opiáceos y anestésicos, etcétera), el 2,7% de los varones y el 3,3% de las mujeres del mismo grupo de edad habían consumido esas drogas en el período mencionado anteriormente. Entre la población de 16 a 24 años, el 91% de los varones y el 82% de las mujeres habían consumido alcohol en los doce meses anteriores. El consumo de tabaco fue menor: el 57% de los varones y el 47% de las mujeres reportaron haberlo consumido. Respecto de las drogas ilegales, el 12% de los varones y el 6% de las mujeres habían consumido marihuana, y el 7% de los varones y el 3% de las mujeres habían consumido cocaína.

4. SALUD DE LOS ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROVEEDORES

4.1. PERSPECTIVA DE LOS PROVEEDORES SOBRE SALUD INTEGRAL, SALUD REPRODUCTIVA, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y GÉNERO

Se realizaron quince entrevistas a proveedores de los dos servicios seleccionados, que incluyen médicos, psicólogas, estudiantes de medicina, coordinadores de área médica y de psicología, etcétera.

Ambos servicios poseen una concepción de salud integral del adolescente y describen su abordaje como bio-psico-social. Esto significa que el síntoma es visualizado como un indicador de "problemas" en los tres niveles. La idea no es sólo curar el dolor sino tomar en cuenta todos los aspectos de la vida del adolescente, concepción que implicó un significativo compromiso con la tarea.

En palabras de una médica entrevistada:

16. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, Buenos Aires, Argentina, 1999.

[...] si no te querés enterar, atendés el síntoma y listo... no te enterás de nada. En ese caso no existen los abusos, no existen los adictos, no existen los problemas psicológicos, ni te enterás cómo se compone la familia... cuando te metés... no te queda otra que brindar información, brindar material, citar a la pareja, a la familia, averiguar los riesgos, explicarles, ver en qué medio se mueve, etcétera. Éste es el criterio del servicio (médica, Hospital Argerich).

El desarrollo e implementación de esa perspectiva implica, para muchos de los profesionales, una considerable adaptación, dada la perspectiva en la cual fueron formados en las facultades de medicina.

Tenemos un concepto etiológico de la salud, vemos al individuo como una entidad noseológica, es decir, como enfermedades a ser curadas. Desde este punto de vista no es nada fácil desarrollar una concepción de integralidad con énfasis en la prevención, en todos los aspectos relacionados con la salud reproductiva (médico, Hospital Rivadavia).

Esta filosofía no es fácil de implementar por varias razones. Una de ellas es la tensión existente entre el número de pacientes que cada médico debe atender en su horario de trabajo y el hecho de que conocer en su totalidad al adolescente, su familia y su medio demanda mucho tiempo. Otro de los factores que dificultan la implementación de esa perspectiva son las actitudes o expectativas de la población. Como lo explicó un entrevistado:

[...] cuando un adolescente viene a la consulta y uno le dice “te voy a revisar”, inmediatamente preguntan: “¿Y por qué si tengo nada más que un resfrío? ¿Por qué me tengo que sacar todo si tengo nada más que tos?”. Esto demuestra que es muy complejo un acercamiento global al cuerpo (médico, Hospital Argerich).

La noción de salud integral está reflejada, en ambos servicios, en las preguntas de la historia clínica donde juntamente con el motivo manifiesto de consulta el paciente es interrogado, también, por su situación familiar, escolar, etcétera.

Algunos profesionales entrevistados indicaron que estas cuestiones son disparadores para abordar otros aspectos que producen angustia pero que no son abiertamente mencionados, como la se-

xualidad y la violencia. La idea de salud integral también implica que el paciente es abordado por diferentes profesionales. De acuerdo con una psicóloga entrevistada:

[...] Les contamos a las pacientes por qué trabajamos en equipo. Pensamos que si bien vienen con una situación puntual, seguramente les pasan muchas otras cosas, que un solo profesional no puede resolver las problemáticas, en el sentido de que es una etapa de la vida difícil y de muchos cambios (psicóloga, Hospital Rivadavia).

En relación con la cosmovisión sobre salud reproductiva, la mayoría de los proveedores entrevistados considera que la sexualidad tiene que ver con el amor, el placer, el autocuidado y la responsabilidad. Ello está relacionado básicamente con la prevención del embarazo no deseado y el HIV/sida. La información suministrada a los adolescentes tiene un rol muy importante en todo ese proceso.

Una serie de interrogaciones fue usada para explorar la perspectiva de los proveedores en relación con género y derechos sexuales y reproductivos (véase la guía de entrevista en el anexo general).

En términos generales, el resultado de las entrevistas mostró que los proveedores están de acuerdo con el derecho a la privacidad de los adolescentes, así como también a recibir atención e información en salud reproductiva sin necesidad de ser autorizados o acompañados por los padres.

Los médicos argumentan que si bien deberían solicitar, por ley, autorización paterna para cualquier práctica médica, ellos sólo los convocan cuando detectan una situación de riesgo. Pasados los 15 años de edad, los médicos se amparan en el secreto profesional.

Cuando fueron consultados sobre la mayor inclinación de los varones que las mujeres hacia las conductas de alto riesgo, varios de los entrevistados no estuvieron de acuerdo. Sólo uno refirió:

Hay ciertas conductas de riesgo a las que son más proclives los varones, tales como consumo de drogas, accidentes, exposición del cuerpo de manera violenta, etcétera, y hay otras que están más en riesgo las mujeres, obviamente las relacionadas con salud reproductiva (médico, Hospital Argerich).

Respecto de la consulta sobre la mayor exposición de las mujeres al riesgo de contagio del sida, por su menor capacidad de decisión, 10 de los 15 entrevistados reconocieron la posición diferente de varones y mujeres en relación con la adopción de prácticas sexuales seguras. Un entrevistado mencionó que:

La chica puede hablar con el varón para que use preservativo, tratar de convencerlo. Generalmente son las mujeres las que plantean estas cuestiones (psicóloga, Hospital Rivadavia).

Sólo un caso hizo referencia explícita a la "condición de subordinación de la mujer en la sociedad". Otros enfatizaron la clase social como una condición "de riesgo mayor" que el género. Finalmente, algunas respuestas describieron el efecto del sistema sexo/género en las actitudes y habilidades de las mujeres sin reconocerlo explícitamente. Una de las entrevistadas planteó:

No sé si las mujeres tienen menor capacidad de decisión, pero a veces para ellas eso no es demasiado importante. Dicen cosas como, "él no quiso usar un condón y yo hice el amor igual", yo no sé si eso tiene o no que ver con la capacidad de decidir (psicóloga, Hospital Rivadavia).

En relación con la responsabilidad de los servicios de salud en la promoción de la autoestima y la autonomía de las usuarias, doce entrevistados refirieron que ello era parte de su tarea.

Sí es responsabilidad de los servicios de salud en la medida en que puedan. Es decir, con ciertas limitaciones porque en un lapso corto de una entrevista no se puede cambiar una subjetividad, pero por lo menos hacerles ver y plantear el problema, después estará en ellas tratar de ver cómo lo modifican, pero sí es responsabilidad, por lo menos hacerles ver el problema (médico, Hospital Argerich).

No es responsabilidad única. Puede ayudar un servicio de salud a promoverla, pero no es nuestra responsabilidad única ni última (psicóloga, Hospital Rivadavia).

Es responsabilidad de los servicios de salud y de todos los otros adultos responsables de la humanidad. Que no se hagan cargo no significa que no lo sea (médica, Hospital Argerich).

La única persona que explicitó su desacuerdo con la idea de que los servicios de salud tienen la responsabilidad de promover la autoestima y la responsabilidad de las usuarias, reconoció que de hecho cumplen con esa función:

No es nuestra responsabilidad pero de hecho lo hacemos. Desde el momento en que las adolescentes son atendidas, cuidadas, tienen un lugar donde acudir en caso de necesidad, recuperan su autoestima. Haciendo todo lo posible para que se sientan bien [...] (psicóloga, Hospital Rivadavia).

La pregunta acerca de si “la regulación de la fertilidad es un derecho de cada individuo” fue respondida afirmativamente por la totalidad de los entrevistados. Algunos asociaron “derecho” con “responsabilidad”. De acuerdo con una entrevistada:

Sí. En última instancia la decisión es de ellos. Uno trata de ayudar a la paciente para que pueda tomar esa decisión, dado que estamos hablando de adolescentes, de chicas que están madurando. Lo que trato, en general, es que ellas se hagan responsables de la situación, que además de ir a la cama con alguien sean responsables de lo que ello implica (médica, Hospital Rivadavia).

En relación con el derecho de las mujeres a usar métodos de anticoncepción aunque su pareja esté en desacuerdo, once entrevistados estuvieron a favor de la autonomía de decisión de las mujeres, dos en desacuerdo y otros dos plantearon no tener una respuesta clara. Sin embargo, la expectativa es que se puedan tomar las decisiones conjuntamente.

He visto casos donde la pareja no está de acuerdo, pero las chicas pueden usar anticoncepción si lo desean. Pienso que sería deseable que pudieran hablar con sus parejas y estar los dos de acuerdo. La idea es que puedan pensar como pareja, no que uno de los dos decida (psicóloga, Hospital Rivadavia).

Algunos de los entrevistados tienen la impresión de que las jóvenes deberían ser más o menos autónomas y tener derecho a decidir acerca de la anticoncepción, dependiendo del tipo de relación que tengan.

Las adolescentes tienen derecho. Cuando la pareja no quiere usar un método anticonceptivo, ellas deben encontrar la manera de resolver esa contradicción. Las chicas tienen derecho pues se trata de su cuerpo. Sin embargo, debemos tener claro a qué nos referimos cuando decimos "pareja", si es algo circunstancial, lo que ahora se denomina una "transa" o alguien con quien se "curte", o si es una relación que ya tiene un largo tiempo. Entonces es diferente y de ello se debe hablar, pero obviamente las chicas tienen todo el derecho a decidir (psicóloga, Hospital Rivadavia).

Finalmente, ante la consulta sobre si la interrupción voluntaria del embarazo es, en última instancia, un derecho de la mujer, las respuestas fueron once de acuerdo, dos en desacuerdo y dos no contestaron. La respuesta a esta pregunta fue compleja de responder dado que se detectó una contradicción entre las convicciones personales de los entrevistados y lo que efectivamente perciben y enfrentan en la práctica cotidiana. Consideran que idealmente debería ser resuelto en acuerdo con la pareja, pero la mayoría de las mujeres adolescentes que atienden carecen de compañero:

[...] lo que vemos es que la mujer casi siempre está sola en esta situación. No quiero decir que esté de acuerdo, pero es la realidad (médica, Hospital Argerich).

No sabe... No contesta (entre risas e ironías). Me resulta una pregunta complicada. En última instancia, generalmente es la mujer la que lo decide (psicóloga, Hospital Rivadavia).

Las razones que llevan a las adolescentes a decidir la interrupción de un embarazo no deseado son similares a las que tienen en relación con el uso de anticonceptivos cuando su pareja no está de acuerdo.

Es básicamente una decisión de la mujer porque ella va a tener que hacerse cargo del hijo. Puede y debe dialogarlo con su pareja si es que la tiene, pero fundamentalmente es una decisión de la mujer (médica, Hospital Argerich).

4.2. SALUD REPRODUCTIVA: PERSPECTIVA DE LOS PROVEEDORES

4.2.1. Anticoncepción

En relación con los métodos de anticoncepción los dos servicios trabajan de manera diferente. En el Hospital Argerich, las pacientes reciben información sobre todos los métodos existentes y después eligen el método más adecuado para cada situación particular, ayudadas por el profesional.

En el caso del Hospital Rivadavia, luego de una admisión conjunta médico-psicóloga las pacientes van al grupo de información, coordinado por especialistas en educación. En esos grupos abordan el conocimiento del cuerpo, las implicancias del cuidado del cuerpo, los diferentes métodos de anticoncepción existentes y los mitos y las creencias sobre ellos. Cuando vuelven a ver al médico están en mejores condiciones para optar por un método anticonceptivo, que finalmente lo deciden en diálogo con el profesional que las atiende. En el Hospital Rivadavia la demanda por anticoncepción es el primer motivo de consulta. Los proveedores consideran esto un “éxito” de su trabajo, debido a que desde hace muchos años el primer motivo de consulta era el embarazo. Estiman que se debe al trabajo preventivo que desarrollan en el servicio.

Los servicios tienen diferentes criterios en relación con la recomendación y colocación de DIU en adolescentes. En el Hospital Rivadavia, no colocan DIU a las adolescentes que no hayan tenido hijos, en tanto que en el Hospital Argerich adoptan el mismo criterio en forma relativa: si bien acuerdan que no es lo más recomendable en adolescentes nulíparas, lo aconsejan a las mujeres que, por diversas razones, no pueden adoptar otro método.

En ambos servicios se refieren a la dificultad de los adolescentes, tanto mujeres como varones, para asumir la responsabilidad de la anticoncepción. Entre las causas más importantes se encuentran: la falta de información, las relaciones conflictivas con la sexualidad propias de la edad, la dificultad en el acceso a los métodos de anticoncepción, la carencia (en la mayoría de las usuarias) de información sobre el cuidado del cuerpo, etcétera.

No es muy frecuente para los adolescentes tener parejas estables, lo que en parte explica, en la visión de los proveedores, la irregularidad en el uso de los métodos anticonceptivos. La desi-

gualdad de poder en las relaciones de género fue también mencionada como un factor que atenta contra la anticoncepción.

En palabras de un entrevistado:

Las adolescentes están sometidas a los chicos, dado que ignoran si su compañero realmente se cuida (es decir si efectivamente usa algún método anticonceptivo). Esto depende sustancialmente de la situación particular de cada paciente (médico, Hospital Rivadavia).

Sin embargo, la idea que prevalece en relación con la anticoncepción, es que debe ser resuelta con la pareja.

[...] Creo que esto es de a dos, por lo tanto invito a que venga la pareja a enterarse. En general, vienen a pedir pastillas, con lo cual cubren el riesgo del embarazo. La sexualidad responsable implica cuidarse uno y cuidar al otro. Uno se pone en una posición no feminista pero sí igualitaria, donde si la sexualidad es de dos, la responsabilidad de evitar un embarazo y de cuidarse de enfermedades de transmisión sexual también es de los dos. Ella puede tomar pastillas y eso le va a dar seguridad con respecto al embarazo, pero él también tiene que cuidarse... bueno, si no tiene pareja o no es estable, la mujer tiene derecho a pedir que use preservativo (médica, Hospital Argerich).

Los prestadores, particularmente las psicólogas, dudan de que, aunque trabajan activamente en prevención e información, los adolescentes usen métodos de anticoncepción de manera regular y responsable. En palabras de una psicóloga:

A veces sólo reaccionan cuando tienen un susto como un atraso. En ese momento, pareciera que lograrán otra dimensión de la importancia de usar algún método anticonceptivo. El entendimiento de la información es bastante complejo, ése es uno de los problemas de la anticoncepción. Se puede comprender a partir de ciertas condiciones subjetivas, por ello es muy difícil generalizar las estrategias. De todos modos hay que brindar conocimiento de la manera más clara y sin omitir información (psicóloga, 36 años, Hospital Argerich).

De acuerdo con un profesional entrevistado, uno de los obstáculos en el uso de métodos anticonceptivos tiene que ver con

[...] la carencia de libertad para hablar. El adolescente no posee espacios, lugares, momentos donde poder desarrollar y madurar su sexualidad libremente. Ello condiciona la situación de apuros y descargas, si-

tuaciones en las cuales es muy difícil pedirles que se hagan cargo de la anticoncepción, de no ser que exista un trabajo previo desde la infancia. Juegan en contra, en las primeras relaciones, el miedo y la frustración. Tienen que controlar la persistencia de su erección y además colocarse un preservativo sin la confianza ni el juego suficiente con la pareja como para incorporarlo como una cuestión de los dos. Probablemente si hubiera más libertad o más cuidado, el chico podría llegar a la adolescencia con más información (médico, Hospital Argerich).

En relación con la continuidad en el uso, los proveedores refieren como obstáculos la idea errónea que sostienen los adolescentes de que los métodos hormonales producen aumento de peso, y la resistencia de los hombres a usar preservativos, pues les resultan poco confortables y consideran que reducen la sensibilidad. Otra de las razones que podría explicar el abandono del uso de métodos anticonceptivos tiene relación con la dificultad de acceso a los mismos y con ciertas fantasías acerca de la maternidad, la que es percibida, en algunos casos, como la única oportunidad de poseer algo propio (pensada como parte de un proyecto de vida).

De acuerdo con las palabras de una psicóloga:

Hace unos días vi el caso de una chica que, dado que su hermana y una amiga habían tenido bebés, ella también quería tener uno. Lo que nosotros hacemos desde la prevención es intentar que puedan adoptar un método y continuarlo (psicóloga, Hospital Rivadavia).

Para varios de los proveedores entrevistados el “método ideal” es la combinación de preservativos con espermicidas u óvulos. En ese sentido, ambos (varones y mujeres) asumen la responsabilidad de la anticoncepción.

Los proveedores consideran que es muy difícil que los adolescentes se hagan cargo de la doble protección (que significa prevenir simultáneamente embarazos no deseados, HIV/sida y ETS). Inicialmente ellos creían que el problema era económico, pero cuando los preservativos fueron entregados gratuitamente, encontraron que la resistencia a usarlos tiene que ver con barreras culturales. Los adolescentes, a menudo, argumentan que usar preservativos les produce molestia y vergüenza. Tienen una bajísima conciencia de los riesgos de contagio de ETS, lo que puede ser atribuido a un mecanismo de negación y omnipotencia propios de la edad. Tener conocimiento e información acerca del HIV/sida y un irrestricto acceso a los preservativos no garantiza que los usen.

En palabras de una de las proveedoras:

Los preservativos no se usan, no hay manera, es raro. Aquellas chicas que tienen un proyecto personal lo suelen demandar, pero en el caso de los paraguayos, los peruanos, los bolivianos y la gente del interior del país (Salta, Jujuy, etcétera) el preservativo no existe. Hay un problema de falta de decisión en las chicas, pues ellas perciben el coito interrumpido como una forma de cuidado (médica, Hospital Argerich).

Los proveedores refieren que la mayoría de las usuarias tienen miedo a quedar embarazadas, pero no perciben el riesgo de contagio de HIV/sida o ETS con la misma preocupación. Las usuarias consideran que si su pareja es “un chico limpio y de buena familia, entonces no hay por qué preocuparse”. La estrategia aplicada por los proveedores, en líneas generales, es indicar un método seguro, combinado con preservativo. El diafragma es raramente recomendado para las adolescentes, dado que es considerado difícil usarlo correctamente.

Teniendo en consideración las dificultades de los adolescentes para usar la “doble protección” los médicos tienden a prescribir pastillas anticonceptivas e identifican la necesidad de seguir trabajando en la prevención de HIV/sida y ETS. Las psicólogas, por otro lado, piensan que los médicos no ponen especial énfasis en la doble protección y que, cuando se les solicita anticoncepción, recomiendan las píldoras anticonceptivas sobre otros métodos.

[...] Las píldoras son el método prescripto más frecuentemente. No sé si es porque se las pueden proveer desde el hospital y este factor económico hace que las usen más. Le dan la caja, le dan vuelta el blister y le muestran donde está la flecha, indicando el día de comienzo y el seguimiento de manera muy fácil y comprensible. Esto es fácil de resolver para el adolescente, poniendo en escena la realidad del adolescente, cómo maneja el tiempo, la omnipotencia y la idea de control (psicóloga, Hospital Rivadavia).

En la misma dirección, otra psicóloga argumentó:

Yo no estimularía tanto el uso de la pastilla, sí lo haría con el preservativo... Creo que hay que trabajar con el preservativo. Las dos cosas no usan, es mucha exigencia. Cuando toman pastillas no usan el preservativo; es demasiado, tomarse la pastilla, ponerse el preservati-

vo, la sensación es “¿tantas cosas tengo que hacer?” (psicóloga, Hospital Rivadavia).

4.2.2. Embarazo

Ninguno de los dos servicios realiza seguimientos de embarazo ni de partos. Cuando se confirma un embarazo y luego de la rutina de laboratorio, las pacientes son derivadas al Servicio de Obstetricia y retornan después del parto para continuar con los controles y la anticoncepción. En el caso del Hospital Argerich, las pacientes son derivadas a una obstetra que atiende exclusivamente a las adolescentes siguiendo los lineamientos ideológicos del Servicio de Adolescencia. Las pacientes que requieren de contención psicológica son derivadas a una psicóloga del Servicio de Psicopatología. En el Hospital Rivadavia, las pacientes son derivadas al Servicio de Obstetricia, donde el equipo de salud comparte el criterio de atención integral del adolescente.

Nuestro trabajo es ofrecer apoyo a las pacientes cuando descubren que están embarazadas y no saben qué actitud adoptar (psicóloga, Hospital Rivadavia).

4.2.3. Aborto

Como el aborto es ilegal en la Argentina¹⁷ los servicios de salud están inhabilitados para realizarlo. Sin embargo, y en el caso particular de las adolescentes, el aborto es frecuentemente solicitado en los hospitales.

El criterio generalizado del equipo es dialogar con la paciente acerca del embarazo. En algunos casos, y si la paciente la posee, es convocada la familia, así la decisión puede ser tomada con el máximo conocimiento de los factores que inciden en la paciente. Obviamente, la decisión final es tomada por la usuaria.

En el caso de que la paciente decida interrumpir el embarazo, no se le brindan derivaciones. Se le informa acerca de las posibles consecuencias de un aborto para su salud y se le advierte que de-

17. En relación con la penalización del aborto, el Código Penal tiene dos excepciones: si el aborto es practicado para salvar la vida de la madre o si el embarazo fue producto de una violación de mujer “demente o idiota”.

be ser realizado en las mejores condiciones médicas y no por personas no idóneas que, por un bajo costo, lo hacen en condiciones insalubres y con un alto riesgo. Algunos proveedores incluso insinúan a la paciente sobre la necesidad de tomar antibióticos después de la intervención.

Pero más importante aún para todos es, de acuerdo con las palabras de un médico entrevistado:

Nuestra posición en el Servicio (Hospital Argerich) es dejar la puerta abierta, independientemente de la decisión que se adopte (seguir o interrumpir el embarazo) para que así pueda retornar al seguimiento y control. No adoptamos la posición de condenar a la paciente, porque si no retorna más y si tiene alguna complicación, se contagia una infección y no es atendida correctamente, pone su vida en riesgo (médico, Hospital Argerich).

Los proveedores trabajan en acción preventiva en relación con el aborto, como lo demuestran las palabras, dirigidas a una paciente, de una médica entrevistada:

Creo que corriste un gran riesgo al usar el aborto como método de anticoncepción, expusiste demasiado tu cuerpo y trataremos de evitar esto en el futuro (médica, Hospital Argerich).

4.2.4. Educación sexual

En el Hospital Rivadavia los grupos de información sexual son visualizados por los médicos como facilitadores de su tarea. De acuerdo con una entrevistada:

El hecho de que los adolescentes puedan preguntar y aclarar dudas entre sus pares hace nuestra tarea más fácil (médica, Hospital Rivadavia).

El grupo de información es muy importante, pues trabaja con los interrogantes planteados por las propias adolescentes, usando rompecabezas para armar el aparato reproductor femenino e informando acerca de métodos anticonceptivos. El grupo también es considerado muy importante porque es percibido por las adolescentes como un espacio adicional donde el servicio les ofrece contención y cuidado. Al exponer y escuchar diferentes experiencias

vitales se genera un espacio para preguntar acerca de mitos sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

En el caso del Hospital Argerich, se han desarrollado diferentes estrategias que dependen del acceso a los recursos. Cuando el Servicio de Adolescencia desarrolló el programa financiado por la Fundación Kellogg se realizaban actividades de comunicación y educación en la sala de espera, así como grupos de información. En la actualidad, la información es provista exclusivamente por el médico y la psicóloga, quienes reparten cuadernillos y folletos con información sobre métodos anticonceptivos.

4.2.5. *Violencia*

En general, los servicios no están especializados en la problemática de la violencia, pero están incorporándola, porque es considerada un problema de salud. De acuerdo con un médico entrevistado:

Nuestra concepción integral de la salud hace que nos internemos en cuestiones que trascienden lo meramente orgánico. En ese sentido no sólo atendemos la cuestión psicológica sino otras, como si asisten o no al colegio, si viven con sus familias, si son chicos de la calle, si han sido expulsados de su casa o de la escuela, si son tratados con violencia, si la sociedad es violenta con ellos, si ellos son maltratados física y psicológicamente, etcétera. Éste es un lugar donde uno no puede obligar a hablar, pero nosotros tenemos ese espacio abierto para que los adolescentes puedan hablar si lo desean. Está claro que nosotros usamos mucho más que un estetoscopio para atender a nuestros pacientes. Estamos dispuestos a escuchar muchas cosas y a preguntar. Cuando detectamos una situación de violencia, trabajamos individualmente cada caso. No estoy de acuerdo con enviar todos los casos al Servicio de Violencia. Hay que ser muy cuidadoso y flexible con estos temas (médico, Hospital Argerich).

En el caso del Hospital Rivadavia, la violencia es tomada como una cuestión de alto riesgo por todo el equipo y se establece una aproximación interdisciplinaria con el aporte específico de cada profesional para lograr una comprensión global de la problemática. Dado el incremento del número de casos y la mayor visibilidad social del tema, fue incorporada una psicóloga especialmente capacitada para la atención de casos de violencia.

Uno de los médicos entrevistados expresó:

Son situaciones que conmueven al conjunto del equipo, que producen tristeza e ira, y un deseo enorme de represalia. Son situaciones que enfurecen a todo el equipo. Es por ello que trabajar en una perspectiva interdisciplinaria es muy importante. Es un tema muy complejo porque hay poco soporte para los miembros del equipo (médico, Hospital Rivadavia).

Trabajan con la familia tratando de quebrar el círculo de la violencia. Cuando es necesario, trabajan juntamente con la trabajadora social, y remiten los casos a la corte correspondiente (Justicia). Anteriormente, las víctimas eran examinadas por un médico forense, pero en la actualidad es suficiente con el informe del médico del hospital. Ello ha permitido una mayor celeridad en los procedimientos y ha incrementado las denuncias por casos de violencia, dado que no son sometidas a una nueva situación vergonzante.

4.2.6. Consumo de drogas y alcohol

Ninguno de los dos centros es especializado en la atención de drogadictos. En el Hospital Rivadavia se han detectado muy pocos casos y los proveedores suponen que tienen dificultades en detectar las adicciones. Cuando se detecta un caso, el adolescente tiene asistencia psicológica individual. Si el caso es de gravedad, el paciente es derivado a instituciones especiales que tienen relación con el servicio, pues trabajan con un criterio similar.

En el Hospital Argerich, donde la incidencia de adicciones es alta, los proveedores visualizan el problema como de significativa complejidad. Los proveedores han sido entrenados para poder tratar esos casos. En relación con el alcoholismo, tema en el que existe una demanda específica por ayuda, los pacientes son enviados a Alcohólicos Anónimos, grupo que trabaja dentro del hospital. Se organizan grupos de autoayuda y los pacientes reciben asistencia psicológica focalizada en tratar de comprender las causas que derivaron en la adicción.

El problema con las drogas es mucho más complejo, debido a que la demanda por ayuda rara vez es explicitada. De acuerdo con un entrevistado:

Podés detectar la adicción, pero el paciente que está en el proceso de “enamoramamiento con la droga” no quiere dejarla. En realidad, las drogas son un problema de la sociedad, la familia, la escuela, los amigos, no sólo un problema individual. No es fácil para el hospital captar a esos pacientes y no hay suficientes buenos servicios públicos adonde enviarlos. Entonces, dar curso a esa demanda es siempre riesgoso, dificultoso (médico, Hospital Argerich).

La adicción a las drogas es un tema muy complicado para ser abordado durante la entrevista médica, por lo tanto es necesario que el profesional sea instruido para detectar este problema a través del discurso verbal y de gestos o actitudes. Uno de los médicos entrevistados expresó:

Conociendo la alta prevalencia que hay en el consumo de drogas, uno trata de aproximarse al tema de manera “natural” interrogando acerca de la última vez que consumió o que lo hizo algún amigo. El hecho es que resulta muy difícil trabajar con los problemas de adicción igual que con la homosexualidad (médico, Hospital Argerich).

4.3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

Para ambos servicios, la relación con la comunidad ha sido compleja e intermitente. En el caso del Hospital Argerich, durante los años 1992-1994 se realizó un proyecto con el subsidio de la Fundación Kellogg, que comprendió una actividad multidisciplinaria de trabajo en escuelas, orfanatos y un hogar donde viven trabajadoras sexuales, y trató de atraer a una población que comúnmente es refractaria al uso del servicio de salud. Algunos vínculos con esa población continúan en la actualidad. Por ejemplo, en el Servicio de Consultorios Externos se reservan dos turnos diarios para ser usados por los chicos de la calle. Dado que son considerados casos de alto riesgo, cualquier contacto con el servicio es una oportunidad para proveerlos de un chequeo médico general.

Los miembros del equipo del Hospital Argerich mencionaron que otras instituciones vecinas envían a sus pacientes con problemas de alcoholismo, drogas o violencia. Los médicos refieren que los principales obstáculos para desarrollar actividades con la comunidad son las restricciones burocráticas, como la falta de permiso para dejar el hospital en el horario de trabajo y las limitaciones económicas, como la falta de recursos humanos y materiales.

El Hospital Rivadavia no tiene una larga tradición en actividades con la comunidad como el Hospital Argerich. No obstante, han desarrollado contactos muy importantes con clubes deportivos y recreacionales (algunos pacientes tenían becas para practicar deportes), talleres de arte y escuelas, entre otras organizaciones. Esas actividades finalizaron en 1998, cuando el equipo prescindió de la trabajadora social y de la socióloga debido a la reducción presupuestaria (en la actualidad el servicio tiene la posibilidad de usar el servicio social general del hospital).

Sin embargo, dado que el Servicio de Adolescencia es muy reconocido en la comunidad, los proveedores confían en que tanto las escuelas como las instituciones barriales lo consideren como un recurso de fácil accesibilidad.

4.4. PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS PROVEEDORES EN EL DESEMPEÑO DE LA TAREA

La mayoría de los profesionales entrevistados están satisfechos con su trabajo y reconocen su satisfacción como un “facilitador”. Sin excepciones los entrevistados mencionaron la importancia de desarrollar un grupo interdisciplinario para tener la oportunidad de aprender, mantenerse informados, participar en conferencias, hacer trabajos de investigación, tener supervisiones externas, entre otras actividades. La posibilidad de intercambiar ideas con colegas y la tranquilidad que implica poder confrontar e intercambiar con colegas frente a casos complicados son evaluadas positivamente. Una entrevistada planteó:

Trabajando en equipo tengo la sensación de estar hablando el mismo lenguaje y no es necesario decir muchas cosas para entenderse. Se conoce lo que los otros piensan (médica, Hospital Argerich).

El hecho de que ambos jefes de servicio promuevan actividades y no pongan trabas a su desarrollo genera un ambiente de trabajo muy positivo.

Otras razones de satisfacción fueron: el prestigio y la identidad que se tienen al pertenecer a un servicio muy conocido, con la posibilidad de aprender y trabajar colectivamente con una perspectiva preventiva.

Entre las cuestiones aprendidas, los entrevistados mencionaron

el desarrollo de habilidades de negociación y cómo actuar con las presiones. De acuerdo con una entrevistada:

Uno trata de no transformarse en una empleada municipal (refiriéndose con ello a intentar no transformar el trabajo en algo meramente burocrático) (médica, Hospital Argerich).

Todos los entrevistados mencionaron que la gratitud de las pacientes era considerada una de las más importantes motivaciones para su trabajo. Una de las médicas entrevistadas, por ejemplo, mencionó la satisfacción que sintió cuando una de sus pacientes le puso el nombre de su hijo a su bebé, como una demostración de agradecimiento a todo lo que la médica había hecho por ella.

4.5. OBSTÁCULOS PARA DESARROLLAR SU TRABAJO

La mayoría de los entrevistados mencionaron los problemas estructurales de los hospitales, la falta de materiales y de recursos humanos, así como también los problemas con los laboratorios, lo cual afectaba el proceso y el tiempo de diagnóstico.

De acuerdo con una de las entrevistadas:

El sistema es muy perverso. He estado viniendo a trabajar *ad honorem* durante siete años. Trabajar en esa condición es mi decisión. Nadie me obliga a hacer esto, pero muchas veces es muy difícil porque hay muchas restricciones. Debido a la falta de recursos, los diagnósticos se ven afectados. En ese sentido, el hospital se va “empobreciendo” y la gente junto con él (médica, Hospital Rivadavia).

Otro obstáculo mencionado fue la falta de dinero de los pacientes, situación que imposibilita cumplir con el tratamiento (en referencia al costo del transporte para trasladarse hasta el hospital).

Los profesionales también plantean como obstáculo la dificultad que presenta tener varios trabajos pues redundan en una baja calidad de la tarea:

La situación óptima sería tener un solo trabajo, que el dinero alcance para vivir y así poder desarrollar toda la actividad en un solo lugar de trabajo *full time*. Pero esto no es posible y es una enorme dificultad para el desarrollo de la tarea. Teniendo que ir de un trabajo a otro, pasar la noche de guardia, etcétera, son todos elementos que afectan la

calidad del trabajo, la posibilidad de dedicarle más tiempo a cada paciente, realizar investigaciones, enseñar y no sólo reducir la actividad a responder a la demanda (médico, Hospital Argerich).

Otro problema identificado, especialmente en el Hospital Argerich, fue la desigual distribución de trabajo entre los diferentes turnos (los médicos que trabajan de mañana tienen mayor cantidad de pacientes) y la diversidad de actividades que deben desarrollar (atención, capacitación de estudiantes de medicina, llenar formularios y producir informes, entre otras actividades).

Además, los entrevistados visualizaron la dificultad de desarrollar su trabajo sin apoyo administrativo y con un plantel de enfermeras reducido y de baja capacitación.

Finalmente, la falta de programas de salud adolescente (o salud reproductiva adolescente) en la ciudad de Buenos Aires, adiciona algunos problemas, como la "irregularidad" de proveer atención a los adolescentes sin autorización paterna. Se mencionaron el problema de las demandas legales y los inconvenientes causados por la ausencia de normativa.

De acuerdo con lo indicado previamente, la manera en que los proveedores trabajan es informando a los padres en los casos de alto riesgo. En el resto, el criterio es proveer información y métodos anticonceptivos a los adolescentes que los demandan, resguardándose en el principio de "secreto profesional".

Muy pocos proveedores tenían conocimiento de la existencia del Plan Nacional. Quienes lo conocen acuerdan con sus lineamientos pero refieren que es muy difícil implementar un criterio holístico de salud cuando no hay directivas claras para la atención en el servicio.

4.6. RELACIÓN ENTRE LAS PERSPECTIVAS DE LOS PROVEEDORES Y LA PROPUESTA DEL PLAN NACIONAL

En la mayoría de los entrevistados aparece un conocimiento bastante lejano de la legislación que rige su actividad. Por ejemplo, respecto de la atención de los adolescentes con autorización paterna la amplia mayoría no conoce con exactitud la legislación y se mueve por un criterio compartido en el servicio.

Sin embargo, sobre todo los jefes y coordinadores, adoptan actitudes cuidadosas para evitar juicios médicos, intervenciones buro-

cráticas, etcétera. Es decir, existen mecanismos que permiten seguir trabajando de acuerdo con la concepción del servicio para cubrir las cuestiones legales. Respecto de los planes y programas, en las dos unidades entrevistadas, excepto algunos casos, desconocen la norma más genérica por la que supuestamente deben regirse.

En el caso argentino, al tratarse de un plan, es una formulación de alto grado de generalidad y no aparecen especificadas en él (y menos para salud reproductiva) acciones concretas para ser aplicadas en la práctica asistencial. Sí conocen –y de hecho refieren que entorpecen bastante la tarea– las disposiciones generales del hospital o de la unidad a la cual pertenecen (en este caso el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), que les imponen el cumplimiento de ciertas pautas y normas: cumplimiento de horarios, llenado de planillas, informes, etcétera.

Dado que el plan, como ya lo describimos, propone el criterio de salud integral del adolescente como grandes lineamientos, los proveedores acuerdan con él pero no tienen referencias puntuales (al no ser un programa) a la asistencia cotidiana.

5. LA ATENCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En los dos servicios seleccionados se llevaron a cabo treinta entrevistas a usuarias, de las cuales sólo tres fueron a varones.

Las entrevistas a varones se realizaron en el Hospital Argerich, cuyo servicio presta atención a ambos sexos. Las entrevistas a mujeres se relevaron proporcionalmente en los dos servicios. El escaso número de varones fue, en parte, reflejo de la proporcionalidad de consultas entre hombres y mujeres.

La edad de las entrevistadas osciló entre 11 y 20 años y la mayoría de las entrevistas se realizó entre las edades de 15 a 20 años, con una mayor concentración entre 18 y 20 años. Respecto del estado civil la mayoría es soltera, incluyendo en ellas las que viven en concubinato (seis casos). Sólo tres son casadas. Muchas no tienen hijos y quienes tienen, no necesariamente viven con sus parejas.

El 60% de las entrevistadas nació en Buenos Aires y el Gran

Buenos Aires, en tanto que aproximadamente el 40% proviene del interior del país o de países limítrofes.

Respecto de la escolaridad, la totalidad de la muestra tuvo alguna relación con la escolaridad institucionalizada. La escuela primaria completa y la secundaria incompleta reflejan la mayor frecuencia (veintiún casos); hubo sólo cuatro casos de primaria incompleta, dos de primaria en curso, dos en estudios terciarios y sólo un caso cursando estudios universitarios.

Veinte de nuestras entrevistadas (o sea el 66%) refiere no trabajar y sus gastos son subvencionados por sus padres o sus parejas, en caso de estar casadas o en convivencia. Los que trabajan tienen, en su mayoría, trabajos temporarios e inestables.

El 66% de la muestra refirió tener alguna creencia religiosa, sin que ello implicara ser practicantes. Se definieron como católicas, diecinueve, y sólo una como evangelista. En relación con la incidencia de la religión en sus pautas reproductivas y el cuidado de la salud, la mayoría de las entrevistadas no encontró correlación, excepto unos pocos casos, que refirieron lo siguiente:

Creo que la religión incide en los cuidados de la salud porque, por ejemplo, en la iglesia dan charlas sobre las drogas y todas esas cosas que afectan a los jóvenes (mujer, Hospital Rivadavia).

La religión incide pues siempre le pido a Dios, le pido a la Virgen que me salga todo bien, que proteja a mi hijo, a mi marido, a mi mamá y a mi familia (mujer, Hospital Rivadavia).

Un solo caso se refirió explícitamente a la relación entre sus creencias religiosas y las decisiones en sus conductas reproductivas, específicamente ante un embarazo no deseado.

Hace poco había una mujer que quedó embarazada y yo le decía que, aunque soy católica, no lo tendría, porque tengo muchos planes para el futuro y es como que me trabaría en todo eso. Tiempo después lo pensé un poco y dije no, si estoy bien con mi pareja lo mejor sería tenerlo [...] (mujer, Hospital Rivadavia).

5.2. CONOCIMIENTO Y VINCULACIÓN CON EL SERVICIO DE SALUD

La elección del servicio es el resultado de una variedad de motivaciones.

- a. Cercanía a la vivienda (éste es el caso de algunas usuarias del Hospital Argerich que, como referimos en el capítulo 1, tienen una fuerte identidad e inserción en el barrio donde está localizado). En palabras de una usuaria “viví toda la vida en La Boca, conozco el hospital como si fuera parte de mi casa” (mujer, Hospital Argerich).
- b. Reconocimiento del prestigio profesional, generalmente asociado a la recomendación de algún familiar o persona de confianza. En palabras de un usuario:

Vine por mi hermana, que se internó y se operó acá. A mí me atendieron muy bien, tengo obra social pero prefiero venir aquí, porque atienden bien, muy bien (varón, Hospital Argerich).

- c. Reconocimiento de la calidad de atención comparativamente con otro servicio de salud al cual hubieran concurrido anteriormente.

Donde vivo (en Florencio Varela, Gran Buenos Aires) es más complicado porque no tienen muchas cosas como para poder atender. Los hospitales carecen de médicos, entonces te atienden rápido para sacarte de encima, pero no te dan una solución al problema. Aquí es diferente, se nota que trabajan de otra manera (varón, Hospital Argerich).

La totalidad de los entrevistados tenía una relativa larga relación con el Servicio de Adolescencia, por lo tanto podían evaluar los temas tratados en la entrevista. Por ejemplo, en relación con el horario de atención la mayoría prefería la mañana, especialmente quienes trabajan. En el caso de los estudiantes les era indiferente pues la pérdida del día escolar dependía del horario en que asistieran al colegio.

Todos los pacientes entrevistados criticaron el largo tiempo de espera para ser atendidos, sobre todo en el caso del Hospital Argerich, pues deben solicitar el turno en el Servicio de consultorios externos, lo que extiende la espera desde la mañana muy temprano (alrededor de las seis de la mañana) hasta, en muchas ocasiones, el mediodía. En el caso del Hospital Rivadavia acontece lo mismo para la primera consulta, luego el paciente es derivado al Consultorio de Adolescencia y allí se le otorgan los turnos subsiguientes, acortando, de ese modo, el tiempo de espera.

Sin embargo, en algunos casos la legítima queja es relativizada por la satisfacción de haber sido atendido con calidad y calidez. En otros casos la crítica está dirigida más que al problema de la larga espera, a la modalidad de atención del equipo médico. En palabras de una usuaria entrevistada:

Tengo que esperar mucho tiempo. A veces ordenan mal los papeles y entran primero las que vinieron últimas (mujer, Hospital Rivadavia).

A veces atienden rápido y a veces te dejan esperando. Eso depende de que a los médicos se les dé la gana atender, porque a veces están en los consultorios sin hacer nada, o se van, y la gente está esperando (mujer, Hospital Argerich).

Muchas de las usuarias que no viven en el barrio del hospital viajan dos o tres horas en transporte público para llegar, y luego deben esperar para ser atendidas. Ello implica que el usuario invierte, en muchas oportunidades, hasta ocho horas o más para lograr ser atendido.

5.3. MOTIVOS DE CONSULTA

De acuerdo con las pacientes entrevistadas, los motivos de consulta manifiestos más frecuentes son: alteraciones del ciclo menstrual, atraso menstrual, embarazo, búsqueda de métodos anticonceptivos, dolores abdominales difusos, flujo, problemas gastrointestinales, enfermedades de estación (resfrío, bronquitis, alergias, etcétera), dolor de cabeza, etcétera.

Por otro lado, aparecen demandas relacionadas con la sexualidad que no son explicitadas en el motivo de consulta manifiesto. Sólo una entrevistada expresó haber consultado por violencia sexual y lo hizo asesorada por una amiga. Otros casos de violencia fueron detectados durante el seguimiento médico y psicológico. Esto denota la dificultad de que la violencia sexual sea expresada como un motivo de consulta manifiesto, un problema que, por otro lado, es frecuentemente reportado por los médicos.

En la mayoría de los casos, los usuarios asisten solos a la consulta. Los menores de 15 años son acompañados (no en todos los casos) por alguno de sus padres. Algunas mujeres entrevistadas asistieron acompañadas, sobre todo en la primera consulta, por su

pareja, quienes no pudieron continuar acompañándolas por incompatibilidades con el horario de trabajo. Las usuarias refieren agrado por la compañía dado que se sienten más seguras, pero por otro lado, se las percibía muy acostumbradas a asistir solas al hospital.

5.4. PERCEPCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Nuestro objetivo fue detectar las percepciones que los adolescentes tienen acerca de su salud y qué cuestiones identifican como problemas de salud. Para el logro de estos objetivos, las preguntas fueron formuladas en términos hipotéticos (“Suponiendo que un amigo tuyo...”) y las respuestas fueron expresadas en el mismo sentido con un escaso involucramiento personal (por ejemplo, “hay chicas que se realizan un aborto sin problemas” o “algunos chicos consumen drogas”).

En palabras de una entrevistada:

A esa edad no se piensa en la salud, pero igual me preocupa mucho el HIV/sida y la droga, pues cada vez son más comunes y se hacen pocas cosas para resolverlos (mujer, Hospital Rivadavia).

En general, muchas de las preocupaciones, aun las no explicitadas, giran alrededor de la sexualidad.

Todas las preocupaciones se refieren al tema de las relaciones sexuales (mujer, Hospital Rivadavia).

Hay referencias explícitas a la necesidad de lograr niveles adecuados de educación sexual e información, y en ese sentido los servicios de salud tienen un rol muy importante que desempeñar.

Los desórdenes alimentarios no son percibidos como problemas de salud, aunque muchos médicos refieren su importancia. Una entrevistada planteó que: “Hay mucha gente que no come nada”, aclarando que ello se debe a la búsqueda de un ideal de belleza que promocionan los medios masivos de comunicación y que puede conducir a muchas adolescentes a tener problemas graves de salud.

Otras dos usuarias se refirieron a la “histeria” como un problema de salud:

La gente está muy nerviosa por la falta de tiempo. Esto lleva a problemas psicológicos que perjudican a los jóvenes para ser buenos padres y son perniciosos para el desarrollo como personas (mujer, Hospital Rivadavia).

La mayoría de las preocupaciones de los adolescentes tiene que ver con el embarazo, el aborto, la anticoncepción, el HIV/sida, la violencia, las drogas, el alcoholismo y otras adicciones, y las ETS.

5.4.1. Embarazo

El embarazo es un tema preocupante dado que la mayoría de los adolescentes de la muestra ha iniciado su vida sexual activa y poseen escasa información sobre anticoncepción y prevención.

Para uno de los entrevistados la razón es que:

A mi edad, somos todos pibes. ¿Qué podemos hacer con un hijo? (varón, Hospital Argerich).

La cosmovisión respecto de un embarazo no deseado y las soluciones posibles frente al mismo difieren en forma sustantiva, de acuerdo con la condición social y el nivel educativo.

En la mayoría de los casos el embarazo es percibido como un problema que demanda diferentes estrategias para enfrentarlo. La apelación a la familia y, si existe, a la pareja, es un recurso frecuentemente usado en esos casos. Sin embargo, hay un alto registro de la dificultad de los varones para hacerse cargo responsablemente de la situación, expresándose, en muchas ocasiones, en el abandono de la mujer. Aun en las palabras de un varón entrevistado, queda claro que la idea de la responsabilidad compartida es más un deseo que una realidad:

Pienso que desde el momento que tenés relación con una persona es de común acuerdo. Por ejemplo, cuando una chica queda embarazada es como que continuamente se están echando la culpa, pero no es uno solo. La mayoría de las veces se borra el hombre, y eso es porque la mujer no se puede borrar (varón, Hospital Argerich).

Es compartido entre los entrevistados que la mujer no puede eludir la responsabilidad:

La mayoría de las veces se tiene que hacer cargo la mujer [...] se termina la relación, se quedan las chicas muy dolidas y abandonadas por eso. Que te haga eso si estás enamorada es horrible, es un dolor muy grande. Es una herida que no se puede cerrar (mujer, Hospital Argerich).

En algunos casos aparece la contradicción y la duda de la incompatibilidad de una maternidad adolescente con los proyectos futuros:

Muchas veces los padres no quieren que lo tengan, otras, los novios o el grupo de amigos. A veces la chica no lo quiere tener porque es joven y quiere seguir estudiando, otras porque la Iglesia dice que el aborto es un pecado [...]. No sólo es un problema de la chica, también del varón (mujer, Hospital Argerich).

Ambos servicios centran su trabajo en la prevención pero, ante el embarazo, ayudan a cada adolescente a clarificar y elegir la mejor opción para su vida.

5.4.2. Aborto

Casi todas las entrevistadas refirieron estar en contra del aborto como solución a un embarazo no deseado. Sólo dos casos manifestaron contradicción cuando el embarazo interrumpía la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida planificado.

Es interesante analizar estas posiciones de rechazo, contradictorias con lo que refieren los datos del estudio epidemiológico sobre aborto inseguro, en ese grupo de edad. El discurso antiabortista no necesariamente se correlaciona con las prácticas sociales.

Las argumentaciones dadas por los pacientes fueron las siguientes:

Es lo peor que se puede hacer porque es una cosa chiquitita que no tiene nada que ver, no tiene la culpa de nada, él no pidió venir al mundo (mujer, Hospital Argerich).

Por más que no tenga ni pies ni cabeza ni nada es matar a una persona (mujer, Hospital Argerich).

Están todos locos los que abortan. Están destruyendo la vida (varón, Hospital Argerich).

No se puede matar así a una criatura que ni siquiera nació (mujer, Hospital Rivadavia).

Este discurso no difiere demasiado del instrumentado por la Iglesia Católica en la defensa del derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural, mostrando el impacto que los medios de comunicación y la acción de la Iglesia desarrollan sobre nuestra sociedad.

En algunas referencias, el rechazo al aborto está asociado a la condena moral sobre la sexualidad, con expresiones como:

Si le gustó [haciendo alusión a las relaciones sexuales] tiene que tenerlo al nene (mujer, Hospital Argerich).

En varias entrevistadas apareció la noción de riesgo frente al aborto, dadas las condiciones de ilegalidad en que son llevados a cabo:

Los abortos se lo hacen como si nada, de la misma manera que quedan embarazadas por no haber pensado antes. Al querer sacarse algo de encima no piensan que pueden quedar mal ellas, pueden ir presas (mujer, Hospital Argerich).

Una usuaria refirió, en relación con una amiga:

Que no haga macanas en la calle, a ver si se lo saca, o lo da en adopción y después se arrepiente [...] le rompo la cara si se lo saca (mujer, Hospital Argerich).

En otros casos, hubo referencias a los riesgos biológicos y psicológicos al hacerse un aborto:

A veces te sale bien y, después, con el tiempo empiezan los problemas. Por ejemplo, una chica de quince, dieciséis años que aborte ahora, qué le va a pasar cuando tenga treinta, cuarenta años y se ponga a pensar que su hija podría ser una señorita. Pero también hay chicas que abortan mal y ponen en riesgo no solamente la vida del bebé, sino la de la madre. A veces no se limpian bien (mujer, Hospital Rivadavia).

5.4.3. Métodos anticonceptivos

Si bien la anticoncepción no es visualizada como un problema de salud, hay referencias sobre las dificultades en su uso por la carencia de información. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los entrevistados manifiestan tener algún grado de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y subrayan el rol desempeñado por los médicos del hospital en informar y explicar los diferentes métodos anticonceptivos.

Los Servicios de Adolescencia son visualizados como:

Un muy buen lugar pues se proveen anticonceptivos orales gratuitos (mujer, Hospital Argerich).

La mayoría de las entrevistadas manifestó la importancia de prevenir embarazos no deseados y poder planificar la procreación con el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, este deseo explícito no siempre se correlaciona con las posibilidades de su vida real: las estrategias adoptadas para prevenir un embarazo no deseado parecen estar más ligadas a factores contingentes (el acceso a los contraceptivos orales y el hecho de que son fáciles de usar) que a una cuidadosa selección del método más adecuado.

Las usuarias mujeres se refieren a la dificultad en el uso del preservativo por parte de los varones. Cuando ellas demandan su uso algunos varones lo interpretan como falta de amor o de confianza. Por otro lado, ellos argumentan que el preservativo es una barrera artificial que impide la posibilidad de "sentirse más cerca".

Sin embargo, algunas entrevistadas subrayaron la irresponsabilidad de tener relaciones sexuales ocasionales sin usar preservativo, teniendo en cuenta el riesgo de contraer HIV/sida.

5.4.4. SIDA

En todas las entrevistas fue identificado como el problema de salud más importante en la adolescencia, dado que pone en riesgo la vida. Nuevamente, las prácticas, referidas por los usuarios se contradicen con el discurso, pues no refieren hacer uso del preservativo de manera consecuente y efectiva.

Perciben el riesgo para su salud, pero indican recibir escasa información sobre sida por parte de los Servicios de Adolescencia,

excepto cuando es demandado explícitamente. La información que poseen procede de otros medios (escuela, TV, padres, amigos, etcétera).

Dado que poseen una información muy confusa acerca del sida, aparecen actitudes discriminatorias acerca de determinados grupos sociales. En palabras de una usuaria:

La gente cree que solamente es una enfermedad de los haitianos y travestis, sin embargo, hay travestis que se cuidan mucho. Hay lesbianas y travestis que, por más que uno sabe las asquerosidades que hacen, se cuidan. Sin embargo, hay gente que es heterosexual que es más sucia y enferma que los otros (mujer, Hospital Rivadavia).

5.4.5. Enfermedades de transmisión sexual

Las ETS no son percibidas como una preocupación de salud y la información que poseen los entrevistados es muy confusa. Una entrevistada, relatando las razones de la pérdida de un bebé de una amiga, expresó:

No se sabe si era por la sífilis o a ella le agarró sífilis por el bebé [...] pero se sospecha eso porque se sabía que la pareja anterior tenía relaciones con los perros (mujer, Hospital Rivadavia).

En general, todos los entrevistados tienen muy poca información acerca de las ETS (excepto en el caso del sida), acerca de cómo se transmiten, de sus consecuencias, prevención y tratamiento. En relación con la información, una mujer entrevistada reconoció que:

Ni siquiera tengo información sobre “eso” [refiriéndose a las ETS] dan mucha información sobre el sida, pero no sobre otras enfermedades que, si bien no son terminales, son enfermedades al fin (mujer, Hospital Rivadavia).

5.4.6. Violencia

La violencia sexual, doméstica y social es percibida como un grave problema y una preocupación que afecta al conjunto de la sociedad y no sólo a los adolescentes. Varios entrevistados hicieron referencia a la magnitud y generalización de la violencia. Una

usuaria entrevistada comentó que el incremento de la violencia está relacionado con la marginalidad social y la discriminación.

La sociedad discrimina a los jóvenes, los pone en otro grupo [hace un gesto de separación con sus manos] porque dicen que son borrachos, drogadictos, etcétera [...] hay que ver qué pasa en la familia. Los padres también los marginan. La violencia de los jóvenes tiene que ver con la manera cómo han actuado los mayores (mujer, Hospital Argerich).

Otra entrevistada reflexionó:

Un chico que crece con violencia, lo único que puede aprender es a ser violento (mujer, Hospital Rivadavia).

La violencia sexual aparece en varias entrevistadas como un problema muy grave, de difícil solución y que deja secuelas en la vida futura de quienes la padecen. En palabras de una entrevistada:

A mí me violaba mi padrastro y era chiquitita. Voy a tener un trauma sexual hasta que me muera. Ni hijos voy a poder tener, ni relación con otro chico porque me va a dar miedo (mujer, Hospital Argerich).

Sin embargo, pocas entrevistadas lo perciben como un problema del cual el servicio de salud debe hacerse cargo. Plantean que existen otros centros o instituciones especializadas a los cuales recurrir. Sólo una usuaria identificó la violencia como un tema de salud, al relacionarlo con las mujeres adolescentes que, al tener un hijo comienzan a convivir con su pareja. Es, en su percepción, frente a la situación que impone un embarazo no deseado donde aparecen situaciones de violencia, muchas de ellas conectadas con el alto consumo de alcohol de los varones.

Si bien la mayoría no considera la violencia como un problema de salud, reclama por la falta de conocimiento e información acerca de dónde deben dirigirse para pedir ayuda y el grado de riesgo que implican las situaciones de violencia. En palabras de una entrevistada:

Cuando estás pasando esa situación no sabés adónde ir, a quién pedirle ayuda, nada, no sabés qué hacer (mujer, Hospital Argerich).

5.4.7. Drogas y alcohol

La mayoría de los pacientes entrevistados estuvo de acuerdo acerca del crecimiento del consumo de drogas y alcohol. Sin embargo, y a pesar de que los entrevistados refieren no consumir sustancias ilegales, revelan una cierta familiaridad con las drogas:

Cada día se consigue más fácil, todo el mundo toma (mujer, Hospital Rivadavia).

Estás en una edad para agarrar cualquier cosa. O sea, si te dan un cigarrillo lo agarrás porque querés experimentar qué te pasa (mujer, Hospital Rivadavia).

El consumo es definido como una problemática social e individual, pero no como un problema de salud. Los entrevistados no piensan que los servicios de salud tengan algún grado de responsabilidad en esos temas. Refieren conocer instituciones de la comunidad que ofrecen ayuda al adicto, pero hay una fuerte tendencia a plantearlo como un tema individual y de orden privado. Se percibe en el discurso una cierta omnipotencia, propia de la edad, y una exacerbación del voluntarismo individual, dado que consideran que sólo se recupera quien tenga la voluntad y el deseo de hacerlo. Sin embargo, en algunas entrevistas se planteó el riesgo que implica acceder al consumo bajo la suposición de controlarlo sin llegar a grados significativos de dependencia.

Un usuario expresó que la proliferación y el consumo de la droga están relacionados con el nivel de educación, refiriendo que:

La droga no es un problema sólo de los jóvenes sino de toda la sociedad, dado que el problema del sida no pasa tanto por el sexo como por el consumo de drogas. Del 100% de contagiados, el 70% es por consumo de drogas. Por ello es muy difícil de resolver, habría que cambiar la mentalidad del mundo (varón, Hospital Argerich).

Fue el único caso de toda la muestra que estableció una relación entre adicciones, salud y educación.

5.5. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

En la mayoría de los entrevistados se detectó no sólo satisfacción sino sorpresa con la calidad de la atención provista por insti-

tuciones públicas. Es importante señalar que en la Argentina los hospitales públicos han sido visualizados, tradicionalmente, como el espacio de atención de la salud de los sectores más pobres. Como fue explicado anteriormente, debido a la crisis económica esto ha cambiado de manera sustantiva, con un incremento importante de pacientes de clase media que comenzaron a combinar el uso de los hospitales públicos con los servicios provistos por la medicina privada a través de las obras sociales.

Una usuaria explicitó que recomendaría el hospital por la calidad de la atención:

La verdad es que a mí me sorprendió, esperaba otra cosa de un hospital público, con más gente o mayor desorganización. En cuanto al personal me pareció muy bien, en Adolescencia le dan importancia a todos los problemas y atienden muy bien (mujer, Hospital Rivadavia).

Respecto de la calidad de la atención, varias usuarias se sorprendieron al sentirse acogidas, escuchadas y atendidas. Para muchas, el ofrecimiento de un “recorrido” que incluye médico, psicólogo, grupo de información, etcétera, supera la demanda solicitada. Una paciente entrevistada refirió que el equipo médico la orientó a realizar una serie de entrevistas con una psicóloga porque su problema médico (alteraciones del ciclo menstrual) también tenía un origen emocional (migración reciente).

En otros casos, dicen que nos saquemos la ropa, que esperemos sentadas, y que retornemos a buscar los resultados de los estudios tal día y, eso es todo. Explican rápidamente lo que tenés, indican la medicina y que esperemos que, con ello, nos vamos a sentir bien (mujer, Hospital Rivadavia).

De acuerdo con lo que describimos anteriormente, la mayoría de la muestra refirió que recomendaría el servicio porque:

Si necesitás algo, la doctora te atiende con cariño. Y la psicóloga, si tenés problemas, en vez de reprocharte te alienta, te tranquiliza (mujer, Hospital Rivadavia).

La conformidad con la atención es manifestada en un reconocimiento a la capacidad del equipo de salud para realizar su tarea.

Me explicaban de manera que entendía, no con las palabras que usan ellos (mujer, Hospital Argerich).

Sin embargo, manifestaron quejas relacionadas con una multiplicidad de factores que inciden en la calidad de la atención. En palabras de los entrevistados, el humor de los médicos es un dato crucial:

La primera vez que vine acá me hice una colposcopia. No me gustó porque la doctora me dijo “cuántas cosas te habrán metido acá adentro”. Me molestó un montón. Otro día la misma doctora me atendió rebien (mujer, Hospital Argerich).

De la misma manera, manifiestan que la claridad y la calidad de la información varía en relación con el médico que las atiende. Una paciente refirió:

No me explican, les pregunto y no me contestan; por ejemplo, me hicieron una colposcopia y las médicas hablaban entre ellas. No me contestaban lo que preguntaba [...] no les cuesta nada decir “te pasa esto y esto otro”, hablando así normal, no con esos términos que tienen ellas (mujer, Hospital Argerich).

No pregunto más porque sé que no me van a contestar, pues están siempre muy apuradas (mujer, Hospital Argerich).

En algunos casos las pacientes mencionaron que un factor que impide un buen diálogo con los médicos es en relación con las condiciones laborales prevalecientes en los hospitales públicos, donde los médicos tienen que ver una cantidad muy grande de pacientes y no tienen tiempo de dedicarse cuidadosamente a los problemas de cada uno.

En el caso de las entrevistadas del Hospital Rivadavia, en su mayoría, revalorizaron la existencia del grupo de información como un espacio para dialogar, interrogar y acceder a nuevos conocimientos sobre temas relativos a la sexualidad.

Finalmente, las mujeres de la muestra indicaron su preferencia por las médicas mujeres para la atención ginecológica. Sienten mayor confianza y seguridad con las médicas mujeres y suponen que están mejor preparadas para comprender las dudas, los sentimientos y los problemas de las mujeres.

5.6. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Varias de las entrevistadas realizaron interesantes observaciones acerca de las condiciones materiales en el hospital, que condicionan la necesaria privacidad durante la consulta. Dado que no hay una división real entre los consultorios, aun cuando las pacientes están solas con los médicos, en la puerta siguiente hay alguien al que se está examinando o está esperando para ser llamada, lo que las hace sentir poco confortables y preocupadas de que las escuchen.

Por ahí llegó alguien a la mesa de al lado y pensé “van a escuchar todo lo que digo” (mujer, Hospital Rivadavia).

Otro factor que interfiere con la privacidad durante la atención médica es el hecho de que otras personas estén presentes en la consulta. Las entrevistadas, sin embargo, aceptan sin inconvenientes la presencia de estudiantes de medicina que están realizando su residencia en el hospital y no la perciben como violatoria de su intimidad.

Algunas pacientes refieren la incomodidad que sienten, en algunas ocasiones, cuando en el transcurso de la entrevista circula gente:

La verdad, me molesta mucho que cuando estas haciéndote un Papanicolau, por ejemplo, abran la puerta de un lado y de otro. Es necesario que tengas más intimidad. Que estén entrando y saliendo me pone reincómoda (mujer, Hospital Rivadavia).

En relación con la confidencialidad en la relación médico-paciente, las entrevistadas refirieron que el equipo médico es muy reservado con la información confidencial. Por ejemplo, en una situación de un embarazo no deseado, una paciente expresó:

Si una amiga mía necesita un consejo médico ella puede venir aquí, porque puede estar segura de que no van a ser convocados los padres. En cambio, en las obras sociales toman contacto con los padres (mujer, Hospital Rivadavia).

Las pacientes interpretan la confidencialidad en el hospital desde dos perspectivas. Por un lado, como un reconocimiento al im-

portante nivel de confidencialidad provisto por el hospital y, por el otro, como la existencia de un anonimato que denota lo poco personalizada que es la atención en los servicios de salud.

5.7. ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Los entrevistados conocen de manera difusa la existencia de folletos, trípticos, posters y cuadernillos, que son utilizados para información, educación y comunicación.

En el caso del Hospital Rivadavia se les informa, tanto en la sala de espera como en la primera entrevista, sobre la existencia de los grupos de información y de la importancia de que asistan. Sin embargo, al ser optativo, la mayoría de los entrevistados refiere no haber asistido. Los usuarios rescatan la importancia de la comunicación, información y educación, pero ello no se corresponde con el uso de las alternativas que el servicio les ofrece.

Las usuarias que asisten a los grupos los rescatan como una importante instancia de aprendizaje:

Me dieron mayor información pues me mandaron a los grupos de información a tener una charla con varias personas y me llamó la atención que había gente grande que no sabía ni lo que eran las pastillas. Sabía lo que eran, pero no me vino mal la información, era una información más y la acepté (mujer, Hospital Rivadavia).

Al finalizar el trabajo de campo, se estaba implementando en ambos servicios un espacio de información en la sala de espera. En este sentido, los "tiempos muertos" de los pacientes pueden ser usados para proveer información. Sin embargo, la eficacia de esos grupos no fue relevada en este estudio.

6. CONSIDERACIONES FINALES

La adolescencia es descrita por proveedores y funcionarios como una etapa de crisis atravesada por conflictos, dudas e inquietudes, que implica una redefinición en la identidad, en las relaciones con los pares y la familia (Schuffer, 1988 y Siebert, 1999). Se manifiesta con importantes cambios físicos, hormonales, psíquicos y emocionales.

Los adolescentes proponen desafíos, en el marco de determinadas estructuras económicas, sociales y culturales. Por ello, la sexualidad del adolescente se inscribe en una constelación de concepciones y valoraciones que impregnan la cultura a la cual pertenece.

La cultura posmoderna juvenil se manifiesta, entre otras cosas, en una particular manera de descubrir la vida y vivir la sexualidad, definida por la rapidez, la inmediatez y la diversidad. La cultura sexual juvenil se caracteriza por el establecimiento de relaciones fugaces, inestables e inconstantes. Es importante, entonces, garantizar e instrumentar los medios necesarios para el acceso al cuidado de la salud y la información que les permita desarrollar una sexualidad plena.

La ciudad de Buenos Aires tiene una situación particular. Si bien no posee un programa de salud integral del adolescente ni sobre salud reproductiva, existen alrededor de quince hospitales públicos y un número importante de centros de atención primaria de la salud que llevan a cabo una exitosa estrategia de atención y prevención para los adolescentes.

Nuestras conclusiones estarán focalizadas en los tres niveles analizados en el informe:

- a) El Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente.
- b) Las características y el funcionamiento de los servicios de salud.
- c) La percepción de los proveedores y los adolescentes sobre los temas que son percibidos como preocupaciones de salud, satisfacción con la atención, demandas, sugerencias, etcétera.

6.1. PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Ante la inexistencia de programas o planes sobre salud reproductiva decidimos analizar el Plan Nacional para la Salud Integral del Adolescente formulado en el año 1993. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, el plan nacional provee el marco general que será utilizado en los servicios de salud.

El capítulo sobre salud reproductiva, del Plan Nacional, contiene una serie de caracterizaciones generales, por lo tanto nuestro análisis abarcó sus postulaciones generales.

En cuanto a la educación y a la información de los adolescentes el plan solamente especifica de manera general que “los adoles-

centes deben contar con un servicio de información, con espacio en los medios masivos de comunicación debiendo ser orientados para un ejercicio responsable de su sexualidad”.

No hay en el capítulo sobre salud reproductiva una mención específica sobre anticoncepción, pero en la formulación general del plan se postula la necesidad de “privilegiar la prevención en todo tipo de atención”, lo cual puede ser interpretado como una recomendación para la prevención de embarazos.

La creación de servicios con atención personalizada no es especificada en relación con la salud reproductiva, pero existen referencias acerca de la importancia de contar con proveedores capacitados y con criterio interdisciplinario en los temas de reproducción de adolescentes. Esto está clarificado solamente para fertilidad adolescente y no para HIV/sida y ETS, complicaciones postaborto, víctimas de violencia, víctimas de abuso sexual, incesto, etcétera.

El capítulo sobre salud reproductiva refiere a hombres y mujeres y especifica la necesidad de promover la responsabilidad en sexualidad y procreación en ambos sexos, poniendo en claro que esto es “un aspecto especialmente olvidado de la atención de los adolescentes”. Esta enunciación del Plan Nacional está reflejada en las actitudes de los proveedores ante el embarazo no deseado, dado que ponen especial énfasis en las responsabilidades compartidas entre hombres y mujeres para el uso de anticoncepción.

No hay ninguna mención para la promoción de la equidad de género. En relación con las normas y las prácticas que garantizan la libre elección de las mujeres, el plan reconoce la importancia, entre los adolescentes de ambos sexos, de que sus “decisiones, cuando ellas son fruto de una cuidadosa evaluación (la iniciación de relaciones sexuales, casamiento, dar un hijo en adopción, etcétera) sea respetada”.

En relación con la confidencialidad de la información como con el consentimiento informado, no hay referencias en el Plan Nacional. La ley requiere autorización de los padres para menores de 16 años para cualquier acto médico, sin embargo, en la práctica, se aplica sólo para algunos casos.

El Plan Nacional contiene una referencia explícita sobre la necesidad de desarrollar servicios de adolescencia con personal altamente capacitado para proveer cuidado a ese grupo etéreo, entendiendo la especificidad de sus problemáticas en relación con otros adultos significativos (padres, maestros, etcétera). Hay referencias

sobre la realización de actividades interdisciplinarias, planteando que “las acciones dirigidas a cubrir la salud integral del adolescente deben tener una aproximación participativa de la familia y la comunidad, con énfasis fundamental en la prevención y la promoción de un estilo de vida saludable”. Se menciona la importancia de incluir “la participación de los jóvenes en todas las etapas del plan”.

No existe mención al acceso a la atención en salud reproductiva en términos de legítimos derechos de los adolescentes, pero hay referencias a la importancia de esa etapa vital y a la necesidad de ser correctamente atendidos, respetando su tiempo y privacidad. En el mismo sentido, no se encontraron referencias acerca del derecho al ejercicio de la autonomía de las mujeres para las decisiones sobre sus pautas reproductivas. Los derechos reproductivos no están especificados en el Plan Nacional, como derechos humanos básicos. Esta carencia estaría en contradicción con la Convención por los derechos del Niño (que forma parte de nuestra Constitución Nacional desde el año 1994), así como también con la Plataforma de Acción de El Cairo y la de Beijing firmadas, aunque con reservas, por la Argentina.

Esto es un ejemplo de la diferencia que existe entre las formulaciones contenidas en los diferentes documentos y la realidad, a pesar de que los gobiernos tenían explícitas recomendaciones de implementar las estrategias necesarias para que la salud reproductiva sea un derecho de los adolescentes.

Dado que es un plan integral de salud, la importancia de los aspectos bio-psico-sociales es considerada. En ese sentido, si bien no está formulado en lenguaje de derecho, está presente la importancia de la educación, el trabajo, la participación, la recreación, etcétera. Entre los objetivos podemos detectar, precisamente, tender a la “igualdad de oportunidades” para los adolescentes.

El plan no utiliza un lenguaje discriminatorio en relación con el estado civil, el territorio, la clase, el género, dado que “cada programa en cada región ha sido adaptado a las características de la ubicación, las condiciones sociales y de clases. El plan solamente formula grandes lineamientos”.

El análisis lingüístico revela un cuadro conceptual que plantea a) la centralidad de los temas de los adolescentes, enfatizando la necesidad de percibir a los adolescentes como un grupo altamente vulnerable, y b) la necesidad de ser atendidos desde una perspec-

tiva integral. La unidad fundamental de integración es la familia, aun cuando se valorizan las relaciones con los pares y la comunidad.

La existencia de un Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente marcó un hito importante al otorgarle estatuto de sujeto de derechos a los adolescentes, centralizado en la atención de la salud integral. Sin embargo, ello no fue suficiente para que, en el ámbito de la Capital Federal, se formulara un programa de salud reproductiva que recogiera las proposiciones generales del Plan Nacional y las indicaciones de las Plataformas de Acción de El Cairo y Beijing. En el caso de la ciudad de Buenos Aires, la carencia de programas de salud reproductiva es una deuda pendiente con la generación presente y las futuras. Los funcionarios de diferentes gobiernos no promovieron, influenciados por intereses políticos y religiosos diversos, la formulación de programas de salud reproductiva, colocando a una población vulnerable en una situación de mayor riesgo.

Dadas las características del sistema de salud argentino que está descentralizado por jurisdicciones, la inexistencia de un programa en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires pone de manifiesto la carencia de normativas generales y comunes para todos los servicios, así como también la falta de recursos e insumos necesarios.

6.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la década de 1990 se llevó a cabo el proceso de reforma del sector salud, dentro del marco de las reformas del Estado, con un importante impacto en la calidad de la atención. En el caso particular de los servicios estudiados, ello se expresó en una serie de modificaciones que dificultan realizar la tarea.

Los Servicios de Adolescencia en ambos hospitales comparten la noción de integralidad, entendiendo por tal una cobertura que incluye lo bio-psico-social, dado que el adolescente es una totalidad y como tal debe ser abordado. Las nociones de prevención, del abordaje interdisciplinario y el intercambio transdisciplinario son, también, elementos cruciales en las perspectivas de los servicios estudiados.

Esta filosofía, que está en el espíritu del plan y es una intención explícita de los servicios a través de sus informes y de la propia vi-

sión de los proveedores, no es fácilmente implementada en la práctica cotidiana.

En los dos establecimientos estudiados se registraron dificultades para cubrir la demanda con la perspectiva de integralidad, debido a varias causas, entre las cuales se incluyen:

- 1) Escasez de los recursos humanos necesarios para lograr la cobertura de todas las especialidades y de todas las áreas. Se ha prohibido la permanencia en los servicios de estudiantes de posgrado concurrentes, lo que implica una reducción de personal.
- 2) La interdisciplina se realiza de manera personalizada con colegas que, al compartir un criterio similar en la atención de los adolescentes absorben las derivaciones. Carecen de mecanismos institucionales que permitan establecer un intercambio más fluido.
- 3) La transdisciplina se ve imposibilitada por el tiempo que insume la actividad asistencial. Esto les impide el intercambio entre colegas y el desarrollo de tareas de investigación, lo que implica una reducción de las potencialidades del equipo de salud en la capacitación.
- 4) Fragilidad institucional en la medida en que no existe un programa que pauté la acción colectiva de los proveedores de salud y que los respalde en su acción. El problema de la atención de menores sin autorización paterna es un punto crucial. Los proveedores intentan resolverlo (con mayores de quince años) amparándose en el secreto profesional y, con los menores de esa edad, cuando es necesario, tratan de acudir a un adulto responsable. Esto es una decisión del equipo de salud que depende, en buena medida, de la cosmovisión del jefe del servicio.
- 5) Dificultades burocráticas para dar prestaciones y realizar actividades de extensión. Algunos profesionales desarrollaron estrategias para sortear esas barreras: por ejemplo, en el caso de los chicos de la calle, los profesionales consideran esos casos como situaciones de riesgo. Por lo tanto, frente a la demanda deben ser tratados como emergencia aunque carezcan del turno otorgado previamente.
- 6) En los dos servicios analizados fue establecido un sistema de evaluación sobre la base de la "productividad", lo cual implica reorganizar el sistema de citas y una reducción en el

tiempo que actualmente utilizan los profesionales con cada paciente.

- 7) Se realizan controles estrictos, por parte de la dirección del hospital, para el cumplimiento de horarios, registro de planillas, etcétera. Este sistema de trabajo impide salir a la comunidad para capturar la demanda no voluntaria, estableciéndose cada vez más una modalidad de atención asistencialista y menos preventiva. A pesar de ello los proveedores le dedican a cada entrevista el tiempo que consideran necesario, lo que es muy importante en el caso de los adolescentes, quienes requieren de un espacio y tiempo de tranquilidad para poder abordar problemáticas que no son expresadas de manera manifiesta y espontánea. Sin embargo, la carencia de tiempo para la consulta dificulta aún más el conocimiento de los jóvenes y sus necesidades, sobre todo en lo referido a prácticas sexuales o adicciones (droga, alcohol, etcétera).
- 8) Alta rotación del personal que no está asalariado y baja capacitación del personal paramédico, situaciones que dificultan la formación de equipos de trabajo e impiden la optimización de la tarea.

Si bien en los dos servicios analizados existe cierto conocimiento de la perspectiva de género, ésta no está incorporada al enfoque de la atención. Considerar la perspectiva de género implica reconocer la existencia de relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres en diversas áreas de la vida, especialmente en la sexualidad. Ello sugiere que hombres y mujeres tienen diferente poder de decisión sobre su cuerpo y, por lo tanto, en el cuidado del mismo. Esto debe ser tomado en cuenta para la promoción de conductas preventivas en salud.

Si bien la perspectiva de género está formulada discursivamente, no se expresa en la atención cotidiana, dado que los servicios ni facilitan ni promueven explícitamente el proceso de *empowerment* de los adolescentes.

Los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos aparecen en los servicios estudiados en el plano de lo discursivo. Sin embargo, se expresan escasamente en la actividad cotidiana y los servicios desempeñan con dificultad una acción educadora y formativa para el ejercicio de esos derechos por parte de las adolescentes.

Sin embargo, y a pesar de las dificultades y las carencias descritas, los dos servicios analizados son una muestra de las innumerables acciones que el personal médico y auxiliar puede desarrollar por la buena atención en salud reproductiva de los adolescentes.

Es importante destacar diferencias entre los servicios respecto de algunas concepciones y las estrategias utilizadas para su implementación.

1. *Atención integral.* En el Hospital Rivadavia es llevada a cabo por un equipo que comparte el mismo espacio físico y está compuesto por médicos, psicólogas y educadoras, lo cual permite desplegar una estrategia en la que la integralidad, si bien no en su totalidad, es aplicada. La interconsulta con otros profesionales se realiza en los diversos servicios (obstetricia, laboratorio, etcétera).

En el Hospital Argerich, médicos y médicas de diferentes especialidades (ginecólogos, pediatras, clínicos) constituyen el equipo del servicio. Realizan interconsulta con profesionales de otras especialidades como psicopatología, servicio social, obstetricia, laboratorio, entre otros. En este caso es muy difícil desarrollar una verdadera perspectiva de integralidad. Desde nuestra perspectiva, la atención integral está mejor implementada en el caso del servicio del Hospital Rivadavia.

2. *Educación sexual.* Como detallamos previamente, en el Hospital Rivadavia se hace la admisión a la usuaria de manera conjunta por el médico y la psicóloga. Allí se le brindan las primeras informaciones y se la envía al grupo de información. Luego tiene entrevistas diagnósticas con la psicóloga, en las que puede solicitar mayor información y aclaración de dudas.

En el caso del Hospital Argerich toda la información la otorgan los médicos con apoyo de material impreso (folletos, trípticos, etcétera) en la entrevista de admisión y en las de seguimiento.

3. *Espacio físico.* En ambos servicios las instalaciones y suministros son insuficientes, pero en el Hospital Argerich las instalaciones se encuentran en mejores condiciones y los consultorios son más amplios y mejor equipados, lo que permite mayor privacidad durante el examen médico.

4. *Razones para contactar los servicios.* Los Servicios de Adolescencia de cada uno de los hospitales centran su interés en diferentes problemáticas y ello se refleja en las estrategias que implementan.

En el caso del Hospital Rivadavia, dado que es una sección del

Servicio de Ginecología que atiende sólo adolescentes, la consulta se refiere, en su totalidad, a cuestiones de salud sexual y reproductiva. El Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich ofrece una variedad de servicios además de ginecología y recibe pacientes de ambos sexos, que consultan por diferentes problemas de salud (por ejemplo, enfermedades estacionales).

5. *Investigación, intercambio y debate.* En el Hospital Argerich, los temas referidos a casos específicos se debaten de manera informal entre los profesionales del servicio. Las investigaciones son llevadas a cabo por el personal del servicio y, en algunos casos, en colaboración con investigadores de otras instituciones.

En el Hospital Rivadavia, el equipo de salud se reúne una vez por semana para discutir diferentes casos, intercambiar opiniones y llevar a cabo investigaciones. Algunos casos seleccionados son presentados para la discusión en los Ateneos del Servicio de Ginecología General. También, el grupo de médicos, por un lado, y las psicólogas y sociólogas, por otro, se reúnen regularmente para discutir diferentes tópicos de su especialidad, en charlas, debates, supervisión externa, revisión de literatura, etcétera.

Ese espacio de intercambio profesional ha sido sostenido en el transcurso de los años de funcionamiento del Consultorio de Adolescencia, aun cuando el número de pacientes y la demanda de atención hayan aumentado. Esta actitud tiene que ver con la idea de que un espacio de intercambio y debate profesional es necesario para mejorar la calidad de la atención.

6. *Anticoncepción.* Ambos servicios comparten la importancia de suministrar información y métodos anticonceptivos a los adolescentes. Proveen más contraceptivos hormonales que otros por las razones explicitadas anteriormente. Esto afecta la promoción de sexo seguro y la doble protección.

En relación con el Dispositivo Intra Uterino (DIU), cada uno de los servicios estudiados tiene una posición diferente.

En el Hospital Rivadavia no se suministra DIU excepto en casos de extrema necesidad. Este criterio se sustenta en diversas teorías e investigaciones que consideran que el uso del DIU en mujeres nulíparas adolescentes es riesgoso.

En el Hospital Argerich, si bien se comparten los mismos criterios de riesgo que en el Hospital Rivadavia y los médicos prefieren colocarlos en mujeres que ya han tenido dos hijos, en general hay un criterio más laxo para su aplicación. Por ejemplo, en el caso de

adolescentes a las que no se les pueden suministrar contraceptivos hormonales o métodos de barrera, y están frente a una situación de alto riesgo de embarazo, el equipo médico considera la posibilidad de colocarle un DIU aunque la adolescente sea nulípara, si no existe una contraindicación específica.

Esta diferencia de opinión entre los dos Servicios de Adolescencia tiene que ver con las diferentes interpretaciones de las investigaciones desarrolladas acerca de la inflamación pelviana y el riesgo potencial de infertilidad. Ninguno de los profesionales entrevistados mencionó ni el condón femenino ni la anticoncepción de emergencia.

6.3. PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE LAS USUARIAS

De acuerdo con lo desarrollado en el punto 5, las usuarias mostraron una relación ambivalente con el servicio de salud. Por un lado, están conformes con la atención y el cuidado recibido, pero, por otro lado, están insatisfechas con las condiciones bajo las cuales el examen médico es realizado (deficiencias de las instalaciones, falta de privacidad, etcétera). Algunas de las sugerencias para lograr una mayor calidad de atención formuladas por las propias adolescentes, incluyen:

Infraestructura edilicia

- La mayoría de las entrevistadas reclama instalaciones más confortables y alegres, así como también espacios que permitan una atención con mayor privacidad.

Atención médica

- Un número significativo de las adolescentes entrevistadas demanda una atención respetuosa. Eso implica mayor comunicación en la relación médico/paciente, teniendo en cuenta las diversidades de conocimiento, información y culturales.
- La mayoría de las entrevistadas manifiesta el deseo de ser atendida siempre por el mismo médico, en el marco de una atención personalizada. Esa demanda se explicita en la necesidad de generar una relación de mayor confianza.
- Criterios unitarios en relación con las indicaciones (una usuaria se hizo su examen de VIH en el laboratorio de otro hospital porque entre la médica ginecóloga y la clínica no acordaron quién debería darle la orden para realizar el análisis).

Aspectos administrativos

- La totalidad de la muestra reclama una mejor organización y racionalidad en la entrega de turnos que permitan disminuir los tiempos de espera.
- El cumplimiento de los turnos acordados previamente.
- La extensión del horario de atención. Sin embargo, en el caso de un servicio que lo tiene (el Hospital Argerich), la mayor concentración de la demanda, por tradición, se produce a la mañana.
- En el caso de cese de actividades por huelgas (común en la década de 1990 por las restricciones del presupuesto público), que se comunique a las pacientes con turnos programados que la consulta se suspende, para evitar la pérdida de tiempo y dinero que implica el viaje hasta el hospital.
- Reducción del tiempo de espera de los turnos para el laboratorio.

Según el criterio de algunos proveedores entrevistados, sería posible satisfacer varias de las demandas sólo realizando pequeñas modificaciones en el funcionamiento de los servicios. Otras demandas dependen de una voluntad política que coloque la salud como un derecho humano básico y que para ello implemente algunos de los cambios sugeridos anteriormente (aumento del personal, especialmente para el laboratorio, oportunidad para capacitación o recapacitación en otras funciones, tiempo y recursos para el trabajo en y con la comunidad, etcétera).

6.4. SUGERENCIAS FINALES

La formulación de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos en la legislación, en las políticas públicas y en los programas permitiría implementar un abordaje de la problemática de la sexualidad adolescente con una visión de sujetos de derecho.

Por ello, proponemos algunas sugerencias que permitan desarrollar estrategias que incluyan como condición básica la participación de los adolescentes, quienes son los que conocen mejor sus propias necesidades:

- 1) Formulación de políticas y programas eficaces orientados a sus intereses, incluyendo a los jóvenes en el diseño/producción y en la acción directa de los mismos.

- 2) Formulación de programas con interrelación entre las diferentes áreas: salud, educación y trabajo, para poder captar la demanda que no accede voluntariamente al servicio.
- 3) Establecimiento de relaciones entre el hospital público, los organismos gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, escuelas, clubes, etcétera, para articular estrategias que concedan un lugar privilegiado a la prevención y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- 4) Utilización de los medios masivos de comunicación para producir y diseminar información, con participación de los jóvenes en el diseño e implementación de las campañas.
- 5) Introducción de la perspectiva de género y de derechos en la currícula de la formación de los proveedores de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, personal administrativo, etcétera).

Finalmente, una legislación que exprese la voluntad de considerar a los adolescentes como sujetos activos de derechos, juntamente con programas que atiendan las especificidades de su demanda y servicios de atención de la salud integral de calidad permitirán, junto con los esfuerzos realizados en otros ámbitos sociales, la formación de un adolescente/joven solidario, competente, autónomo y participativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bisang, Roberto y Centrángolo, Oscar: "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", CEPAL, Serie Reformas de Política Pública N° 47, Santiago de Chile, 1997.
- Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, Documento preliminar, mimeo, Buenos Aires, s.f.
- Diario Clarín*: "Cada vez menos gente tiene la cobertura de una obra social", Sección Economía, Buenos Aires, 26 de septiembre de 1999.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud: *Síntesis Estadística 1997*, Buenos Aires, Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño. Dirección de Estadísticas para la Salud, 1998.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Hacienda y Finanzas: *Demografía*, Publicación N° 32, septiembre de 1998.
- Gogna, M.: "El embarazo adolescente: diagnóstico de situación y lineamientos para la intervención", mimeo, Buenos Aires, 1996.
- Gutiérrez, María Alicia: "Parirás con dolor: aborto, derechos sexuales y

- reproductivos en la cosmovisión eclesiástica”, en *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos, 1998.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos: *Infancia y Condiciones de Vida. Encuesta Especial para el Diagnóstico y la Evaluación de las Metas Sociales*, Buenos Aires, 1996.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos: *Anuario Estadístico de la República Argentina*, Publicaciones del INDEC, 1997.
- Lubertino, M. J.: “Los derechos reproductivos en la Argentina”, en *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CENEP/CEDES/AEPA, 1996.
- Ministerio de Salud y Acción Social: *La mortalidad materna en la Argentina*, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, N° 4, Buenos Aires, 1987.
- Ministerio de Salud y Acción Social: *Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente*, Buenos Aires, 1993.
- Ministerio de Salud y Acción Social: *Lineamientos Normativos para la Atención Integral de Salud en adolescentes*, Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria, Dirección de Salud Materno Infantil, Buenos Aires, 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud: *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico total país y división política territorial*, N° 18, Buenos Aires, 1998.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Programa de Procreación Responsable: “Seminario de Evaluación. Conclusiones finales”, mimeo, 1993.
- Propuesta de un Programa para la Atención Médica Integral de adolescentes en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, mimeo, noviembre de 1996.
- Schufer, Marta (comp.): *Así piensan nuestros adolescentes*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1988.
- Servicio de Adolescencia del Departamento Materno Infantil Juvenil, Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”: *Proyecto Adolescencia Buenos Aires*, Fusa 2000 Editora, 1995.
- Servicio de Ginecología, Sección Adolescencia: “Memoria Anual”, mimeo, Hospital Rivadavia, Buenos Aires, 1995.
- Servicio de Ginecología, Sección Adolescencia: “Memoria Anual”, mimeo, Hospital Rivadavia, Buenos Aires, 1998.
- Siebert, Marta S., “¿El adolescente ha cambiado?”, en “Dossier de Hemeroteca y Convocatorias del Programa Nacional de Información y Documentación Juvenil”, mimeo, Buenos Aires, 1999.

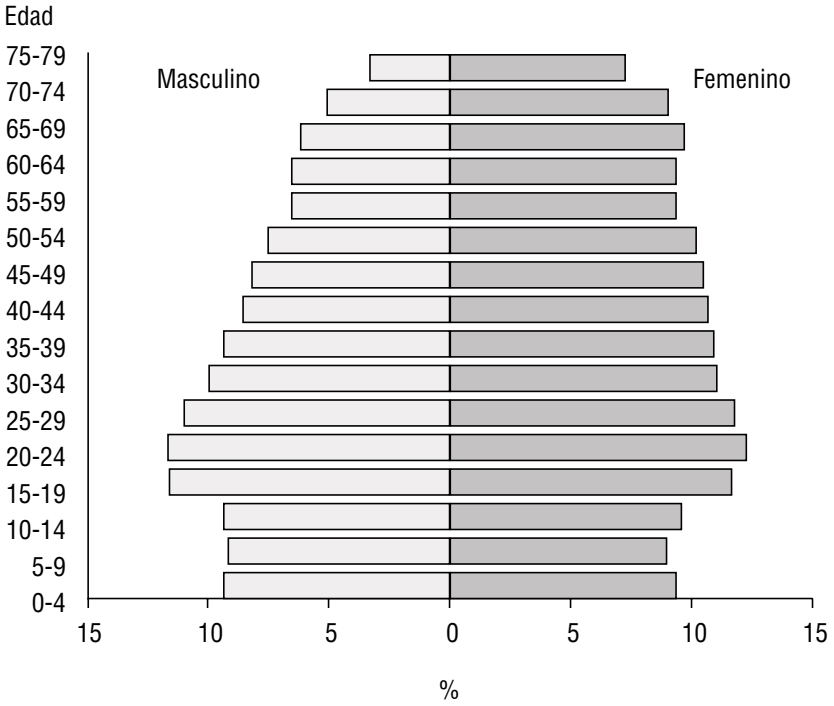
ANEXO 1

CUADRO 1
 ESTRUCTURA DE SEXO Y EDAD
 CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1997

Edad	Total	Masculino	Femenino
Total	3.036.891	1.385.940	1.650.951
0-4	183.599	93.335	90.264
5-9	179.070	91.167	87.903
10-14	191.492	96.595	94.897
15-19	228.533	114.609	113.924
20-24	237.140	116.498	120.642
25-29	225.321	109.849	115.472
30-34	210.936	102.193	108.743
35-39	202.111	95.734	106.377
40-44	192.258	88.035	104.223
45-49	186.167	83.668	102.499
50-54	175.256	76.644	98.612
55-59	157.201	68.165	89.036
60-64	157.894	66.912	90.982
65-69	159.570	64.347	95.223
70-74	139.423	52.851	86.572
75-79	104.303	35.532	68.771
80 y más	106.617	29.806	76.811

Fuente: INDEC (Serie Análisis Demográfico 7) y Dirección General de Estadística y Censos, febrero de 1996.

GRÁFICO 1
 ESTRUCTURA DE SEXO Y EDAD
 CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1997



Fuente: INDEC (Serie Análisis Demográfico 7) y Dirección General de Estadística y Censos, febrero de 1996.

CUADRO 2
POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1991

Edad	Sexo	3 años y más	Escolari- zado	Alguna vez escolarizado		Nunca escolarizado	No contesta
				Desertores	Completó nivel		
+10-14	Masc.	101.470	98.335	1.368	1.175	198	396
	Fem.	99.059	96.080	1.353	1.090	178	358
	<i>Total</i>	200.529	194.415	2.721	2.265	376	754
15-19	Masc.	103625	77618	11798	13579	262	368
	Fem.	109.644	82.856	10.535	15.544	285	424
	<i>Total</i>	213.269	160.474	22.333	29.123	547	792

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Censo de 1991 (Tablas P-4 y P-6).

CUADRO 3
POBLACIÓN DE 15-19 AÑOS POR SEXO Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD
ÁREA METROPOLITANA
OCTUBRE DE 1998

Sexo	Condición de actividad			Total
	Población ocupada %	Población desocupada %	Población fuera de la fuerza de trabajo %	
Masculino	23,0	9,5	67,5	100% (359.352)
Femenino	9,3	9,7	81,0	100% (344.782)
Total	16,3	9,6	74,1	100% (704.134)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, basada en datos de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares).

CUADRO 4
MUERTES SEGÚN GAUSA (ICD 10) Y SEXO. POBLACIÓN ADOLESCENTE
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1997

Causas	Varones		Mujeres	
	10-14	15-19	10-14	15-19
I. Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	1	–	–
II. Tumores	4	7	4	9
III. Enfermedades de la sangre e inmunológicas	–	1	–	–
IV. Enfermedades metabólicas, nutricionales y endocrinológicas	–	1	–	–
VI. Enfermedades del sistema nervioso	3	2	1	3
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	2	5	2	5
X. Enfermedades respiratorias	1	8	3	5
XI. Enfermedades del sistema digestivo	–	–	1	1
XVII. Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	1	3	–	–
XVIII. Síntomas y signos no clasificados en otro lado	–	1	–	1
XX. Causas externas de morbilidad y mortalidad	10	43	7	10
TOTAL	22	72	18	34

N=146

Nota: No hubo casos para las categorías no incluidas en la tabla.

Fuente: Base de datos del Departamento de Estadística de la Ciudad de Buenos Aires. La tabla es elaboración nuestra.

CUADRO 5
TASA DE SUICIDIO POR SEXO Y EDAD
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1997

Grupo de edad	1997		
	Varones	Mujeres	Total
Todos	13,5	6,5	9,8
Menos de 15	–	–	–
15-19	1,7	3,5	2,6
20-24	10,3	5,8	8,0
25-29	14,6	6,1	10,2
30-34	12,7	6,4	9,5
35-39	16,7	8,5	12,4
40-44	15,9	10,6	13,0
45-49	16,7	7,8	11,8
50-54	19,6	11,2	14,8
55-59	24,9	9,0	15,9
60-64	17,9	11,0	13,9
65-69	24,9	9,5	15,7
70-74	15,1	2,3	7,2
75-79	42,2	8,7	20,1
80 y más	50,3	13,0	23,4

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (1998), *Demografía Ciudad de Buenos Aires*.

CUADRO 6
TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO
SEGÚN SEXO Y EDAD
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1997

Grupo de edad	1997		
	Varones	Mujeres	Total
Todos	9,1	3,1	5,9
-15	1,4	1,4	1,4
15-19	3,5	0,9	2,2
20-24	17,2	0,8	8,9
25-29	13,7	3,5	8,4
30-34	11,7	—	5,7
35-39	5,2	2,8	4,0
40-44	9,1	1,9	5,2
45-49	8,4	2,0	4,8
50-54	7,8	3,0	5,1
55-59	10,3	3,4	6,4
60-64	3,0	3,3	3,2
65-69	9,3	8,4	8,8
70-74	13,2	6,9	9,3
75-79	19,7	4,4	9,6
80 y más	53,7	11,7	23,4

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (1998), *Demografía Ciudad de Buenos Aires*.

CUADRO 7
TASA DE MORTALIDAD POR SIDA SEGÚN SEXO Y EDAD
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1997

Grupo de edad	1997		
	Varones	Mujeres	Total
Todos	2,5	4,7	14,0
Menos de 15	5,0	1,5	3,2
15-19	0,9	–	0,4
20-24	12,0	9,1	10,5
25-29	66,5	26,8	46,2
30-34	88,1	9,2	47,4
35-39	61,6	6,6	32,7
40-44	47,7	6,7	25,5
45-49	20,3	2,0	10,2
50-54	11,7	4,1	7,4
55-59	20,5	–	8,9
60-64	6,0	1,1	3,2
65-69	12,4	–	5,0
70-74	–	–	–
75-79	2,8	1,5	1,9
80 y más	3,4	–	0,9

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (1998), *Demografía Ciudad de Buenos Aires*.

CUADRO 8
EGRESOS DE HOSPITALES PÚBLICOS (ICD 9).
POBLACIÓN ADOLESCENTE
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1995

Causas	Mujeres		Varones	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Enfermedades infecciosas y parasitarias	104	77	119	117
Tumores malignos	126	98	171	94
Tumores benignos	57	108	81	52
Enfermedades metabólicas, nutricionales y endocrinológicas	101	121	102	81
Enfermedades de la sangre e inmunológicas	100	27	45	18
Enfermedades mentales	59	169	57	179
Enfermedades del sistema nervioso	202	123	232	156
Enfermedades del sistema circulatorio	18	40	36	130
Enfermedades del sistema respiratorio	150	151	182	177
Enfermedades del sistema digestivo	254	370	349	258
Enfermedades del sistema genitourinario	63	213	180	92
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	201	6.090	–	–
Enfermedades de la piel	44	78	83	39
Enfermedades óseas y del tejido conectivo	193	151	150	122
Anomalías congénitas	112	88	319	161
Traumatismos e intoxicaciones	275	275	551	473
Otras razones para acudir a servicios de salud	66	114	29	25
Mal definidas	172	144	79	91
TOTAL	2.297	8.437	2.765	2.265

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, 1995, Serie 4, N° 18, 1998.*

CUADRO 9
EGRESOS OBSTÉTRICOS. GRUPOS DE 10 A 14 AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS
BUENOS AIRES, 1995

Egresos obstétricos	10-14	15-19
Parto normal	123	3.804
Embarazo terminado en aborto	2	412
Causas directas	76	1.832
Otras complicaciones	–	42
TOTAL	201	6.090

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, 1995*, Serie 4, N° 18, 1998.

CUADRO 10
EGRESOS POR CAUSAS TRAUMÁTICAS SEGÚN SEXO. GRUPOS DE 10 A 14
AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS
BUENOS AIRES, 1995

Causas traumáticas	Mujeres		Varones	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Fracturas	45	56	144	139
Quemaduras	35	29	23	18
Intoxicaciones	36	63	21	10
Otros traumatismos	159	127	363	306
TOTAL	275	275	551	473

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, *Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico, 1995*, Serie 4. N° 18, 1998.

CUADRO 11
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. CASOS Y TASAS
(POR 10.000 NACIDOS VIVOS)
BUENOS AIRES, 1980-1997

Año	Nacidos vivos	Total muertes	Causas		Tasa
			Aborto	Otras	
1980	44.100	17	13	4	3,9
1981	43.070	11	1	10	2,6
1982	41.031	5	1	4	1,2
1983	41.046	8	6	2	1,9
1984	39.893	13	8	5	3,3
1985	44.258	5	2	3	1,1
1986	44.806	12	6	6	2,7
1987	43.884	15	5	10	3,4
1988	43.553	12	6	6	2,8
1989	42.614	12	6	6	2,8
1990	41.333	16	8	8	3,9
1991	40.553	4	2	2	1,0
1992	38.716	4	–	4	1,0
1993	38.507	7	2	5	1,8
1994	39.209	3	2	1	0,8
1995	40.240	4	2	2	1,0
1996	39.996	3	2	1	0,8
1997	39.897	–	–	–	–

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (1998), *Demografía Ciudad de Buenos Aires*.

ANEXO 2

CUADRO 12
 CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE FUNCIONARIOS PÚBLICOS
 ENTREVISTADOS

Sexo	Profesión	Cargo
Femenino	Médica obstetra	Coordinadora del Área de Obstetricia del Servicio de Adolescencia del Hospital de Clínicas Gral. San Martín
Femenino	Médica	Jefa del Departamento de Salud Pública – Universidad Nacional de Tucumán
Femenino	Psicóloga	Coordinadora del Área de Psicología del Sector Adolescencia del Servicio de Ginecología, Hospital Rivadavia
Masculino	Médico pediatra	Ex director del Programa de Procreación Responsable
Masculino	Médico pediatra	Director del Plan Nacional del Adolescente en el Ministerio de Salud y Acción Social

CUADRO 13
CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LOS PROVEEDORES
ENTREVISTADOS

Hospital Argerich				
Sexo	Edad	Profesión	Antigüedad en el servicio	Entrenamiento en adolescencia
Femenino	24	Estudiante de medicina	2 meses	No
Masculino	33	Pediatra	2 meses	Sí
Femenino	36	Psicóloga	11 años	Sí
Femenino	38	Ginecóloga	11 años	Sí
Femenino	42	Pediatra	10 años	Sí
Masculino	48	Pediatra	10 años	Sí
Femenino	66	Ginecóloga	10 años	Sí
Hospital Rivadavia				
Sexo	Edad	Profesión	Antigüedad	Entrenamiento en adolescencia
Femenino	31	Psicóloga	2 años	Sí
Femenino	33	Ginecóloga	1 año	Sí
Femenino	34	Psicóloga	6 meses	Sí
Femenino	44	Psicóloga	9 años	Sí
Masculino	45	Ginecólogo	7 años	Sí
Femenino	46	Ginecóloga	17 años	Sí
Femenino	46	Ginecóloga	17 años	Sí
Femenino	49	Ginecóloga	10 años	Sí
Femenino	56	Psicóloga	5 años	Sí

CUADRO 14
 CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE USUARIOS ENTREVISTADOS

Hospital Argerich					
Sexo	Edad	Origen	Nivel de educación	Ocupación	Motivo de consulta
Femenino	11	Buenos Aires	Cursando primaria	Estudiante	Dolor vaginal
Femenino	14	Gran Buenos Aires	Primaria incompleta	–	Embarazo
Femenino	15	Buenos Aires	Cursando secundaria	Estudiante	Disfunción del ciclo
Femenino	16	Gran Buenos Aires	Primaria incompleta	–	Infecciones
Femenino	17	Gran Buenos Aires	Cursando primaria	Estudiante becada	Problemas del cabello
Femenino	17	Paraguay	Cursando secundaria	Peluquera	Anticoncepción
Masculino	17	Buenos Aires	Cursando secundaria	Estudiante	Alergias
Femenino	18	Buenos Aires	Cursando secundaria	Telefonista	Quiste mamario
Femenino	18	Buenos Aires	Secundaria incompleta	Ama de casa	Embarazo
Femenino	19	Buenos Aires	Terciaria completa	Óptica	Control
Femenino	19	Bahía Blanca	Primaria incompleta	Ama de casa	No refiere
Masculino	19	Corrientes	Primaria incompleta	Obrero de la construcción	Consulta clínica
Femenino	20	Corrientes	Cursando secundaria	Estudiante	Consulta clínica

CUADRO 14 (continuación)
 CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE USUARIOS ENTREVISTADOS

Hospital Rivadavia					
Sexo	Edad	Origen	Nivel de educación	Ocupación	Motivo de consulta
Femenino	15	Paraguay	Cursando secundaria	Estudiante	Anticoncepción
Femenino	16	Bolivia	Primaria incompleta	Modista	Control poscurelaje
Femenino	16	Gran Buenos Aires	Cursando secundaria	Estudiante	Psicología
Femenino	17	Provincia de Buenos Aires	Cursando secundaria	Estudiante	Control ginecológico
Femenino	18	Uruguay	Secundaria completa	Empleada en estudio de diseño	Anticoncepción
Femenino	18	Salta	Secundaria incompleta	–	Psicología
Femenino	18	Buenos Aires	Cursando terciario	Estudiante	Anticoncepción
Femenino	18	San Juan	Secundaria incompleta	–	Fertilidad
Femenino	19	Provincia de Buenos Aires	Primaria completa	–	Anticoncepción
Femenino	19	Gran Buenos Aires	Secundaria completa	–	Anticoncepción
Femenino	19	Gran Buenos Aires	Secundaria completa	Promociones comerciales	Problemas del ciclo
Femenino	19	Buenos Aires	Cursando secundaria	Estudiante	Problemas del ciclo
Femenino	20 ¹	Bolivia	No refiere	–	Anticoncepción-psicología
Femenino	20	Misiones	Secundaria incompleta	–	Pérdida de embarazo
Femenino	20	Paraguay	Secundaria incompleta	–	Embarazo
Femenino	20	Paraguay	Secundaria incompleta	Mucama	Embarazo
Femenino	20	Perú	Secundaria incompleta	Mucama y peluquera	Problemas del ciclo
Femenino	20	Buenos Aires	Secundaria incompleta	–	Control postembarazo

1. Aunque seguimos la definición de adolescencia de la OMS que incluye las edades de 10 a 19 años, en el Hospital Rivadavia, donde se admiten pacientes hasta los 20 años, la mayoría de los pacientes eran de 17 a 20 años de edad, y para poder completar el trabajo de campo a tiempo se entrevistaron a seis mujeres de 20 años.

III. ESTUDIO DE CASO

Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en México D. F.

CLAUDIO STERN

DIANA REARTES

Con la asistencia de ERICA SANDOVAL

El Colegio de México

1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO, DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL DISTRITO FEDERAL

1.1. SITUACIÓN GENERAL: POBLACIÓN, DESIGUALDAD Y POBREZA

El Distrito Federal, capital del país, tenía 8,5 millones de habitantes en 1995, sin contar los 10 millones, aproximadamente, que viven en el área conurbana de la ciudad. El grupo de edad de 10 a 14 años representa el 9,2% de la población y el de 15 a 19 años el 10%. El índice de masculinidad de este último grupo de edad fue de 93,8 en 1995 (CONAPO, 1996).

Desde el punto de vista de la situación general del país, el Distrito Federal es una entidad privilegiada en términos de su nivel socioeconómico, así como de las condiciones de escolaridad y de salud de la población. No obstante, subsisten rezagos importantes que afectan a la población adolescente y se incrementan una serie de riesgos para la población de estas edades.

Las estadísticas disponibles ocultan los elevados índices de desigualdad y pobreza que existen en la capital, los cuales se han incrementado en los últimos lustros. Un indicador de ello es que casi la mitad de la población ocupada que tuvo algún ingreso en 1996, obtuvo menos de dos salarios mínimos mensuales¹ (aproximada-

1. En los últimos dieciséis años, el salario mínimo ha perdido casi el 70%

mente US\$ 130 al mes; Gobierno del Distrito Federal, 1999, pág. 16). La población adolescente y joven que vive en condiciones de alta y muy alta marginalidad en el Distrito Federal corresponde a más del 15% de la población total (*ibid.*, pág. 61).

1.2. ESCOLARIDAD, ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DESEMPLEO

En términos del nivel educativo de los adolescentes, tomando como base el grupo de edad de 15 a 24 años, el 5% no terminó la escuela primaria,² el 11,8% sólo completó la primaria y el 81,6% continúa estudiando más allá de este nivel.

Sin embargo, a pesar de las mejoras continuas en los niveles de escolaridad, cuatro de cada diez adolescentes de 15 a 19 años de edad no asisten a la escuela y más de una tercera parte de estos últimos tampoco trabaja (*ibid.*, pág. 21). La tasa de desempleo abierto³ para este grupo de la población es de 15,6% (*ibid.*, pág. 19).

En el Distrito Federal el 2,8% de la población de 12 a 14 años informó ser económicamente activa y esto fue reportado por el 19,4% del grupo de 15 a 19 años. Al comparar la información del Distrito Federal con los datos nacionales, se observa que la proporción de población activa en la ciudad de México era menor que la reportada a nivel nacional en los grupos de edad considerados (cuadro 1.1).⁴ Datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) señalan que en 1990, el tipo de actividad reportada con mayor frecuencia para la población adolescente del país fue la de empleado u obrero, tanto para el grupo de 12 a 14 años (35,3%) como para el grupo de 15 a 19 (59,8%). Es importante señalar que una proporción considerable

de su poder adquisitivo, por lo que también ha perdido el sentido original que tenía como una medida estándar de ingreso necesaria para sostener una familia promedio de cinco miembros por encima de la línea de pobreza. En la actualidad, se requieren más de cinco salarios mínimos para cumplir con este propósito.

2. Los niveles educativos en México son: primaria (6-12 años), secundaria o nivel medio inicial (13-15), preparatoria o nivel medio superior (16-18) y universidad o nivel superior (19+).

3. El desempleo abierto es definido como la población que busca trabajo y que trabajó menos de una hora durante la semana previa al censo o encuesta.

4. Los cuadros y gráficos se encuentran en el anexo 1, pág. 181.

de ambos grupos se empleó en trabajos familiares sin recibir paga alguna (13,7% y 5,7%, respectivamente). Poco menos de la cuarta parte de los hombres de 12 a 14 y de 15 a 19 años se emplearon como jornaleros o peones y el 20,5% del primer grupo y el 16,1% del segundo trabajaron por cuenta propia. En el caso de las mujeres, se destacó para ambos grupos el trabajo como empleadas u obreras (cuadro 1.2).

De acuerdo con los datos del XI Censo General de Población y Vivienda, para el país en su conjunto el 38,9% de los adolescentes de 12 a 14 años percibía en 1990 menos de un salario mínimo mensual y el 45% de los jóvenes de 15 a 19 años recibía de uno a dos salarios mínimos. En ambos grupos, muy pocos adolescentes reportaron tener un ingreso superior a los tres salarios mínimos, siendo esto más evidente entre los de menor edad. Aproximadamente cuatro hombres por cada mujer en ambos grupos no recibían ingresos económicos; en las otras categorías se mantuvo una proporción similar entre ambos sexos, excepto en la categoría de percepción menor a un salario mínimo, en la cual el porcentaje de mujeres fue mayor al de hombres (cuadro 1.3).

1.3. SEXUALIDAD, NUPCIALIDAD, FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

La edad mediana de las mujeres del Distrito Federal a la primera unión (24,6 años para la generación nacida entre 1967 y 1971) se ha ido incrementando (CONAPO, 1996, pág. 4) y la fecundidad adolescente ha disminuido significativamente.⁵ Sin embargo, los nacimientos que ocurren en mujeres menores de 20 años siguen siendo una proporción elevada (13,5%) del total y de un nivel de magnitud (23 mil anuales) que preocupa a las autoridades de salud (CONAPO, 1996, pág. 3), a pesar de que una buena proporción de ellos ocurre entre mujeres unidas o casadas.

A nivel nacional, en 1990, el número de mujeres de entre 12 y 14 años con hijos era de 12.720, cifra que representaba el 0,04% del total de mujeres de ese grupo de edad, mientras que en el grupo

5. Para el país en su conjunto, la fecundidad adolescente disminuyó el 42,8% entre 1970 y 1995, de 126 por mil a 74 por mil (cuadro 1.4). No tenemos información comparable para el D.F., pero la fecundidad adolescente debe haber disminuido en la capital tanto o más que a nivel nacional en ese período, ubicándose por debajo de 50 por mil en 1995 (CONAPO, 1996).

de 15 a 19 años, el número de mujeres con hijos era de 511.642, es decir, el 10,43% del total (INEGI, 1993a).

En nuestro país, la proporción de mujeres que tuvo su primera experiencia sexual a edades tempranas (antes de los 16 años) se redujo de 20,2% en la cohorte 1940-1949 a 10,9% en la cohorte de 1965-1969. Sin embargo, en las áreas rurales la fracción de mujeres cuya primera relación sexual aconteció antes de los 16 años es casi el doble que en las zonas urbanas y es casi cinco veces mayor en las mujeres sin instrucción respecto de las que concluyen la primaria (CONAPO, 1996, pág. 13). Aunque no se cuenta con información sistemática para el Distrito Federal, parece que la edad de inicio sexual ha decrecido significativamente en los últimos quince años (véase gráfico 1.1).⁶

Por otra parte, a nivel nacional la prevalencia en el uso de anticonceptivos entre los adolescentes es aún insuficiente, aunque se ha ido incrementando. Mientras que en 1992 el porcentaje de mujeres unidas de 15 a 19 años que usaba métodos anticonceptivos era de 36,4%, en 1995 fue de 36,1% y en 1997 ascendió al 45% (CONAPO, 1997; 1999). La proporción de embarazos no deseados en este grupo de la población (cerca al 40%) es muy elevada. Aunque no existe información confiable sobre los abortos inducidos, probablemente representen al menos una quinta parte de los embarazos en este grupo de edad.

1.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

En términos del perfil epidemiológico de los adolescentes del Distrito Federal resaltan los siguientes hechos: la tasa de mortalidad del grupo de población de 15 a 19 años es muy diferencial por sexo, siendo la de los varones (3,3 por mil) dos veces y media superior a la de las mujeres (1,3 por mil) (INEGI, 1997a). Entre las causas de mortalidad de la población adolescente (véase el cuadro 1.5) resaltan los neoplasmas y los accidentes, que ocupan los primeros lugares en varones y en mujeres, y en ambos grupos de

6. La información en que se basa esta afirmación descansa en la comparación de resultados de diferentes encuestas realizadas entre 1983 y 1998. Sin embargo, dichas encuestas no son estrictamente comparables, por lo que habría que realizar análisis con base en otras fuentes de datos que proporcionen información comparable, para verificar la tendencia.

edad (10 a 14 y 15 a 19 años). Entre las mujeres, ocupan también un lugar importante las complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio. Las muertes maternas significaron el 8% del total de defunciones en el grupo de mujeres de 15 a 19 años. El sida ocupa un lugar importante entre las causas de mortalidad de los varones de este grupo de edad (CONASIDA, 1999).

A nivel nacional, la población adolescente (10 a 19 años de edad) representó el 2,1% de los casos acumulados de sida, siendo la proporción de varones tres veces mayor que la de mujeres. Por otra parte, es preocupante el hecho de que uno de los mayores incrementos en la proporción de personas con sida esté ocurriendo en el grupo de 20 a 24 años de edad, ya que una buena proporción de ellos seguramente contrajo la infección antes de los 20 años (CONASIDA, 1999).

De los casos de sida reportados en México hasta diciembre de 1998, en el grupo de hombres de 10 a 14 años, las tres principales vías de transmisión fueron: hemofilia (34,1%), transfusión sanguínea (30,2%) y relaciones homosexuales (6,2%), las restantes comprenden un 29,5%. Para las mujeres del mismo grupo de edad, las tres principales vías de transmisión fueron: la transfusión sanguínea (44,7%), la vía perinatal (10,6%) y las relaciones heterosexuales (8,5%), el porcentaje restante no se encuentra documentado (36,2%). En el grupo de 15 a 19 años, la transmisión entre los hombres se dio principalmente por vía sexual, por relaciones homosexuales (32,8%), heterosexuales (17,6%) y bisexuales (16,4%), las restantes causas de transmisión corresponden al 32,2%; entre las mujeres, la principal vía de transmisión fueron las relaciones heterosexuales (50%), seguidas de las transfusiones sanguíneas (20,1%) y el uso de drogas (3,5%), no estando documentadas el 26,4%.

Respecto de otras enfermedades de transmisión sexual, existe poca información sobre la incidencia y prevalencia entre los adolescentes. Sin embargo, algunos de los datos con que se cuenta derivan de una encuesta realizada por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) durante 1992-1993 en una muestra probabilística de personas de sexo masculino de 15 a 60 años residentes en el Distrito Federal. Los resultados de esta encuesta reflejan que aproximadamente el 5% de los adolescentes de 15 a 19 años ha padecido una enfermedad sexualmente transmisible alguna vez en su vida y el 1,6% presentó este tipo de enfermedades durante el año anterior a la encuesta. En cuanto al tipo de

enfermedad, este grupo reportó haber padecido: hepatitis (4,7% alguna vez en la vida y 0,17% en el año anterior a la encuesta), gonorrea (0,77% y 0,41%) y condilomas (0,72% y 0,53%) (gráfico 1.2).

El cuadro 1.6 muestra las principales causas de egreso hospitalario para la población total en el Distrito Federal (no existe información disponible para la población adolescente). La causa principal de egreso hospitalario entre la población femenina son las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, seguida por tumores y enfermedades del aparato respiratorio. Entre los hombres, los traumatismos y envenenamientos fueron la primera causa, seguida por enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo.

Otro aspecto preocupante es el incremento de las adicciones en la población adolescente. El tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas aumentan año a año, a la par que disminuye la edad de inicio del consumo. Los resultados de las mediciones realizadas en el Distrito Federal durante los últimos años con estudiantes de enseñanza media y media superior demuestran cómo el consumo de tabaco se ha ido elevando en esta población. De 46,5% en 1991 ascendió a 55,4% en 1997. En cuanto a la prevalencia por sexo, en 1997 el consumo de tabaco fue más elevado entre los hombres que entre las mujeres. En relación con el consumo de otras drogas, el hecho de que el consumo de cocaína haya pasado a ocupar el segundo lugar de importancia en esta población, después de la marihuana, es alarmante (CONADIC y SSA, 1999).

El número de casos atendidos en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en el Distrito Federal, institución de asistencia social dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia, aumentó casi el 100%, de 1993 a 1996, en el caso de los hombres y en un 150% en el caso de las mujeres. Del total de hombres y mujeres que acudieron a tratamiento, el mayor porcentaje tenía entre 15 y 19 años (gráfico 1.3).

En lo que respecta a trastornos mentales, en nuestro país existe poca información epidemiológica sobre su prevalencia en este sector de la población, aunque se ha reconocido que este tipo de trastornos constituye un importante problema entre los adolescentes. En un estudio realizado por Mariño y Medina-Mora (1994) con 873 estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, se encontró que el 15,4% de los estudiantes presentó niveles altos de sintomatología depresiva, siendo éstos más elevados entre

las mujeres que entre los hombres (dos mujeres por cada hombre). El mayor número de estudiantes que presentó niveles altos de sintomatología depresiva pertenecía a un nivel socioeconómico bajo; sin embargo, las diferencias más importantes entre hombres y mujeres se observaron en los niveles medio y alto (gráfico 1.4).

La información sobre ideación suicida⁷ muestra que el 47% de los estudiantes encuestados presentó al menos un síntoma de la misma en el año anterior al estudio, el 17% reportó haber pensado quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro síntomas que se estudiaron (“no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos de muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” y “pensé en matarme”). La presencia de al menos un síntoma de ideación suicida se observó en una proporción ligeramente mayor entre las mujeres, con algunas variaciones por grupos de edad entre los 13 y los 19 años (cuadro 1.7).

Por último, otro problema importante de salud que afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres adolescentes es la violencia familiar. De acuerdo con la información suministrada por el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), de enero a septiembre de 1997 en el Distrito Federal, de todos los casos recibidos (9.691) el 85,6% correspondió al sexo femenino, mientras que sólo el 14,4%, al masculino. La distribución por rango de edad señala que el grupo de 13 a 17 años concentra el 3,2%, en tanto que el de 18 a 24 años representó el 18,7% (el segundo más alto de todos los grupos de edad) (cuadro 1.8).

1.5. RESUMEN

En síntesis, puede decirse que la situación de los adolescentes del Distrito Federal sigue siendo privilegiada en cuanto a sus posibilidades de acceso a la educación y a la salud, aunque ello oculta grandes desigualdades que no quedan reflejadas en las estadísticas disponibles.

Constituye una preocupación creciente el contexto de violencia, inseguridad e incertidumbre sobre el futuro en el que viven los

7. Proviene de la Encuesta Nacional sobre consumo de drogas entre la comunidad escolar (IMP y SEP, 1991) del D. F. Los resultados se basan en un total de 3.459 estudiantes de entre 11 y 21 años, 51% hombres y 49% mujeres.

adolescentes, así como la adopción de comportamientos de riesgo que caracterizan a sectores crecientes de este grupo de población y que se ven reflejados en incrementos en la incidencia de accidentes, lesiones, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo sida, y suicidios.

Deben esclarecerse, también, las causas del notable incremento en la mortalidad de adolescentes por neoplasmas, tanto entre varones como entre mujeres.

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

2.1. EN BUEN PLAN

2.1.1. Estructura institucional, infraestructura, servicios prestados y personal

Este módulo funciona en un Centro de Salud T-III-A,⁸ pertenece a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y depende de los Servicios de Salud del Distrito Federal. Cuando se llevó a cabo la investigación, era el único módulo especializado en la atención de adolescentes en la jurisdicción mencionada.

El módulo atiende de lunes a viernes, de 9.00 a 14.00. El personal inicia sus labores a las 8.00 y se retira a las 15.30. Un letrado anuncia el módulo dentro del edificio del centro de salud. Tiene cuatro consultorios, uno para cada profesional. Si bien estos espacios son pequeños, cuentan con privacidad auditiva y visual, limpieza y luz adecuada. Entre los servicios que ofrece, se encuentran: planificación familiar; educación sexual; atención pre y posnatal; consejería y prueba de detección de VIH/sida; consejería, diagnóstico y tratamiento de otras ETS;⁹ detección de cáncer

8. Los centros de salud se dividen en: T-I, T-II y T-III, según su complejidad. Un centro de salud T-III-A está compuesto por diez médicos generales, diez enfermeras, diez trabajadoras sociales y un odontólogo. Cuenta con un laboratorio clínico, rayos X y un departamento de salud mental.

9. Cuando se trata de consejería, diagnóstico y tratamiento de ETS y de diagnóstico de VIH/sida el módulo deriva al SIETS (Servicios Integrales de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual) que funciona en el mismo centro de salud. En estos casos el módulo y el SIETS trabajan de manera coordinada.

cervicouterino, de adicciones y de situaciones de violencia; atención psicológica y prueba del tamiz neonatal. El centro de salud cuenta con un servicio de inmunización, donde se envía a los adolescentes que requieran de vacunas.

El equipo de salud que trabaja en el módulo está integrado por una médica general, que es su coordinadora, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. La coordinadora tiene tres años en el servicio y posee una dedicación de tiempo completo (cuarenta horas semanales). La enfermera trabaja medio tiempo (diecinueve horas semanales), asistiendo de forma paralela a un médico del centro de salud; es técnica en enfermería y tiene cinco años de estar trabajando en el módulo. La trabajadora social, por su parte, se dedica tiempo completo a sus actividades y también tiene tres años en el servicio. El psicólogo trabaja treinta y cinco horas semanales y hace cinco años que trabaja en el módulo.

El módulo desarrolla e imparte dos cursos-taller anuales. Uno está dedicado a las jóvenes embarazadas y el otro a adolescentes de ambos sexos. Estos talleres tienen una duración de una semana. Además del personal de salud que se desempeña en el módulo, se convoca como docentes a otros profesionales del centro de salud. Este año, por primera vez, el módulo ofreció un curso de educación sexual a profesores de una telesecundaria. A través de periódicos murales se abordan temas como los métodos anticonceptivos, la educación sexual, la atención pre y posnatal y la lactancia materna. Existen carteles sobre el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El servicio cuenta con trípticos acerca de planificación familiar, sexualidad, cuidados pre y posnatales, lactancia materna, VIH/sida y otras ETS, adicciones y situación de género. Sin embargo, durante el trabajo de campo no se observó que se ofreciera este material a las y los usuarios.

El módulo posee un tarjetero de control prenatal y de planificación familiar de las usuarias del servicio. Además, todos los usuarios de la atención médica y psicológica poseen un expediente con su historia clínica y un carnet donde se anotan sus citas. Las actividades diarias de cada uno de los profesionales que trabajan en el módulo son registradas por separado y mensualmente se envía un resumen de estas actividades a la Coordinación Jurisdiccional, la que a su vez lo informa a la Coordinación General de Salud Pública del Distrito Federal.

En los últimos seis meses han recibido tres supervisiones de

parte de la Dirección de Salud Reproductiva de los Servicios Médicos del Distrito Federal. Durante nuestro trabajo de campo tuvimos la oportunidad de observar este evento, cuyo principal objetivo era verificar la difusión de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.¹⁰ La visita, los comentarios y las sugerencias del personal que supervisa quedan asentadas en una libreta que posee el módulo.

2.1.2. Funcionamiento del equipo de salud

La permanencia del personal del módulo constituye una gran ventaja, mientras que la no exclusividad de la enfermera representa un obstáculo en la dinámica del servicio. Todo el personal ha recibido uno o dos cursos de capacitación para atender a adolescentes, los que son altamente valorizados. El personal es asalariado, pero no recibe ninguna compensación especial por su trabajo con adolescentes. La exigencia hacia la médica de atender a doce pacientes como máximo al día ha derivado en problemas con el resto de los médicos que trabajan en el centro de salud, quienes deben ver entre veinte y veinticinco pacientes. El argumento de esta profesional se basa en que la atención del adolescente requiere de un mayor tiempo en la consulta para brindar una atención integral de calidad.

Todo el personal estimó indispensable la participación en cursos de actualización de manera permanente, sin embargo, se mencionó el desconocimiento respecto de los organismos que los ofrecen, así como las limitaciones institucionales para asistir a ellos. Inclusive, recientemente se les ha impedido su participación en las reuniones de la Red del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) bajo el argumento de que el servicio no puede dejar de dar atención. Los proveedores consideraron la falta de recursos humanos, físicos y materiales como otro de los obstáculos

10. La Cartilla de Salud de la Mujer, establecida por Decreto Presidencial en marzo de 1998, es un documento personal que facilita a las mujeres llevar el seguimiento de su estado de salud y solicitar la atención respectiva, así también permite a los prestadores de servicios de salud detectar oportunamente los principales problemas de salud que afectan a la población femenina, estableciendo diagnósticos certeros, tratando y dando seguimiento a los casos diagnosticados (CONAPO, 1999, pág. 56).

para el desempeño de sus labores. En reiteradas ocasiones, según lo manifestaron, han solicitado a las autoridades del centro de salud un consultorio más amplio para desarrollar actividades educativas, así como materiales didácticos y fotocopias, pero esta solicitud no ha sido atendida.

2.1.3. Laboratorios, medicamentos y métodos anticonceptivos

El laboratorio del centro de salud donde funciona el módulo ofrece pruebas para detección de embarazo, VIH y ETS (sífilis, gonorrea, clamidia, cándida) y cáncer cervical.

El servicio proporciona los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales, inyectables, DIU y condón. Sin embargo, el personal manifestó que en ocasiones existe desabastecimiento de algunos, especialmente de condones, al no recibirlos de la instancia superior.¹¹ Los laboratorios no les proveen ningún método, pero les brindan apoyo con materiales y refrigerios cuando el módulo realiza los cursos-taller. El centro de salud no posee aparato de ultrasonido.

2.1.4. Flujos, consultas y costos de atención

Al llegar al centro de salud el adolescente debe dirigirse a la ventanilla de admisión; allí una secretaria le pregunta el motivo de su consulta y su edad; si tiene entre 10 y 19 años es enviado al Módulo de Atención Integral al Adolescente, que funciona en el primer piso, previo pago del costo de la consulta. Ya en el módulo es la enfermera quien recibe a los adolescentes, los mide, los pesa y les toma la presión, indaga sobre el motivo de consulta y abre sus expedientes en el caso de que el adolescente llegue al servicio por primera vez. Luego pasa las fichas a la médica o al psicólogo para que la atención siga el orden de llegada. Otros adolescentes asisten con una cita previa, por ser usuarios previos del servicio. En el ca-

11. En la opinión del Subdirector del PNASRA esto obedece a problemas de índole administrativa. De acuerdo con él, el gobierno ha instituido estrictas medidas de supervisión de los flujos de condones desde las agencias centrales a los centros de salud y hospitales, pero el personal administrativo de los centros de salud es renuente, en ocasiones, a seguir los procedimientos necesarios que implica el proceso de distribución.

so de que el adolescente requiera información y orientación sobre métodos de anticoncepción, es la enfermera quien les ofrece la consejería. Si ese mismo día la joven o la pareja desea adoptar un método, son derivados a la médica, quien es la responsable de su administración. Sin embargo, debe mencionarse que no todos los adolescentes que llegan al centro de salud son canalizados al módulo; se da preferencia a las adolescentes embarazadas o a los jóvenes que requieren información y orientación en planificación familiar; el resto de los adolescentes es derivado a otros médicos del servicio. Como ya se ha señalado, se otorgan aproximadamente doce fichas diarias para la consulta médica.

Las estadísticas del módulo indican que, entre junio de 1998 y mayo de 1999, se realizaron 3.542 consultas médicas, de las cuales 1.215 (34%) correspondieron a varones y 2.327 (66%) a mujeres. Del total de consultas, 987 fueron consultas médicas, 826 fueron de orientación y consejería, 485 de control prenatal y 113 de contracepción; el resto correspondió a actividades desarrolladas por el área de trabajo social y vinculadas a la consejería en planificación familiar. En términos de anticoncepción: 18 usuarias adoptaron el DIU; 16, hormonales orales; 23, inyectables y 56, condones. A cada usuario se le ofrecen doce condones por vez (no más de una vez al mes), lo que resulta obviamente insuficiente.

Los principales motivos de atención son el control prenatal, la anticoncepción, los problemas respiratorios, dermatológicos y ortopédicos. En el área de psicología los motivos de consulta más recurrentes son los trastornos de conducta y los problemas de aprendizaje. Diariamente el psicólogo atiende entre cinco y seis pacientes. Tanto la consulta médica como la psicológica duran en promedio cuarenta y cinco minutos.

Los servicios que tienen un costo son: la consulta médica (\$ 6, lo que equivale a US\$ 0,60), la consulta psicológica (\$ 13, equivalente a US\$ 1,30), la prueba del Papanicolau (\$ 6, equivalente a US\$ 0,60) y las inmunizaciones (\$ 6, equivalente a US\$ 0,60). La provisión de métodos anticonceptivos, el otorgamiento de información, orientación y consejería en planificación familiar, educación sexual, VIH/sida y otras ETS no conlleva costo alguno.

La anticoncepción de emergencia, la doble prevención, la intervención de los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, la promoción de la igualdad entre los géneros, el abordaje de la autoestima y la atención pediátrica de los

niños de las madres adolescentes son algunos aspectos que el servicio no incluye.¹²

2.1.5. Características de la población asistida

La mayoría de los adolescentes que asisten al módulo son mujeres que viven en las cercanías y pertenecen a un sector socioeconómico medio-bajo y bajo. Una gran parte de las que llegan por motivo de embarazo ya no asisten a la escuela, sea porque habían desertado con anterioridad por desinterés o problemas económicos, o por causa del embarazo mismo. En promedio, accedieron hasta el primero o segundo año de la secundaria. Los varones que asisten a consulta psicológica, en cambio, aún permanecen en el sistema educativo y en algunos casos son derivados al servicio por la institución escolar.

El horario matutino y la apertura del módulo únicamente entre semana seguramente constituyen una limitación, ya que la mayor parte de los adolescentes que asisten a la escuela se encuentran en ella de lunes a viernes por las mañanas, por lo que no pueden acceder al módulo a menos que dejen de ir a la escuela.

Los proveedores mencionaron cambios en la demanda por parte de los adolescentes. Actualmente están notando un incremento de jóvenes que llegan al módulo en busca de información sobre anticoncepción, así como de adolescentes que luego del parto regresan con la intención de adoptar un método anticonceptivo. De igual manera, el personal de salud está verificando un incremento de población femenina con problemas de adicciones y una disminución en la edad de inicio del consumo.

2.1.6. Relación con la comunidad

El personal de salud señaló que el establecimiento de actividades con la comunidad se deriva de un trabajo persistente y lento, que implica en una primera fase “darse a conocer”. Se han aboca-

12. El hecho de que los condones sean promovidos y distribuidos no significa necesariamente que la doble prevención sea alentada, en tanto no implica la promoción del uso del condón junto con otros métodos tendientes a prevenir el embarazo.

do a esta actividad, visitando periódicamente las instituciones educativas cercanas al servicio, así como aquellas instituciones de salud a las que derivan a los adolescentes con problemas de drogadicción y violencia. Desde la perspectiva de estos proveedores, el trabajo comunitario también incluye la visita a los usuarios que no asisten a la consulta, con el fin de recapturarlos. La falta de tiempo, debido a la gran demanda, es considerada un gran obstáculo para desarrollar acciones comunitarias. La vinculación real con la comunidad se limita a la derivación que realizan a otras instituciones, como a los CIJ o al CAVI, las pláticas sobre educación sexual que dirigen a maestros y alumnos de establecimientos escolares y el establecimiento de stands en ferias de salud donde reparten folletos que promocionan el servicio. No se realiza otro tipo de acciones preventivas con los jóvenes ni se tienen vínculos con instituciones religiosas u otras organizaciones no gubernamentales que trabajen con esta población.

2.2. PROGRAMA EDUCATIVO PARA ADOLESCENTES (PREA)

2.2.1. Estructura institucional, infraestructura, servicios prestados y personal

El programa funciona en el Hospital de la Mujer, de lunes a viernes de 8.00 a 15.30. Un letrero anuncia este programa en la puerta de cada uno de los dos consultorios asignados a este servicio. En uno de éstos se otorga información y orientación sobre los servicios que se prestan y es el espacio donde tienen lugar las pláticas grupales. Se trata de un lugar inadecuado para el desarrollo de estas actividades por sus reducidas dimensiones y el ruido constante. El otro consultorio es utilizado para la consulta médica y psicológica y no es exclusivo del programa. De acuerdo con la información proporcionada, el programa brinda los siguientes servicios de salud: planificación familiar; educación sexual; educación pre y posnatal; información, educación y orientación sobre VIH/sida; prueba de VIH/sida; información, educación, comunicación, diagnóstico y tratamiento de ETS; detección de adicciones; detección y tratamiento de situaciones de violencia; detección de cáncer cervicouterino; control de crecimiento y desarrollo de los niños; información y educación en lactancia materna; atención psicológica e información, educación y comunicación sobre autoestima. Por su

parte, el hospital ofrece los servicios de parto y cesárea, así como el tratamiento de aborto incompleto. El hospital cuenta con un servicio de inmunización al que el personal del programa deriva a las adolescentes que requieren de vacunas.

El equipo de salud que atiende a las adolescentes está conformado por un médico general, dos enfermeras (una de ellas es la coordinadora del programa), una psicóloga, una trabajadora social y una secretaria. A excepción del médico, quien atiende dos horas diarias tres veces a la semana, el resto del personal tiene una dedicación de tiempo completo al programa (cuarenta horas a la semana).

El programa dispone de trípticos que son ofrecidos a las adolescentes que llegan por primera vez al servicio en busca de información y orientación o que asisten a las pláticas pre y posnatal. En el interior del consultorio en el que se desarrollan las pláticas dirigidas a adolescentes embarazadas (PREA natal) y a adolescentes que acaban de ser madres o de pasar por la experiencia de un aborto (PREA posnatal), hay carteles sobre los métodos anticonceptivos, el aparato reproductor femenino y masculino, la lactancia materna y la alimentación en los primeros meses de vida. Estas charlas grupales reúnen a un promedio de quince adolescentes, tienen una duración de dos horas, son ofrecidas por el equipo de salud e incluyen temas como la planificación familiar, la lactancia materna, los cuidados del recién nacido, las vacunas, la estimulación temprana, la ablactación, la alimentación, la toma de decisiones, la sexualidad, los órganos sexuales, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia intrafamiliar y las adicciones. Mientras que el PREA natal incluye cinco sesiones, el PREA posnatal comprende cuatro. Además, diariamente se ofrecen pláticas sobre planificación familiar y lactancia materna en el área de hospitalización a las adolescentes que han pasado por cualquier evento obstétrico.

Las actividades diarias son consignadas en registros separados y mensualmente se realiza un informe para el Coordinador del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, sobre el total de las acciones llevadas a cabo en el área de hospitalización y de consulta externa. Tanto la enfermera como la trabajadora social envían un informe mensual de las acciones desarrolladas a sus respectivas coordinadoras. Por otra parte, en una libreta se registran los datos personales de las adolescentes captadas en hospitalización.

La supervisión es interna y es realizada por la coordinadora del programa. No se recibe supervisión de una instancia superior.

2.2.2. Funcionamiento del equipo de salud

La rotación anual del personal de enfermería y de trabajo social, que es una política del hospital, es considerada un problema central, al igual que la dedicación de medio tiempo del médico. También fueron mencionadas las dificultades derivadas de la imposibilidad de trabajar de manera coordinada con el médico. Desde nuestro punto de vista, el problema en este caso radica en la falta de sensibilización de este profesional para trabajar con adolescentes. La coordinadora y la psicóloga del PREA (quienes tienen tres y cinco años en el servicio respectivamente) recibieron capacitación para atender adolescentes, en tanto que la enfermera y la trabajadora social, de reciente ingreso (dos y siete meses respectivamente) fueron orientadas por las dos primeras acerca de los contenidos de las pláticas y la forma de “hablarles a las adolescentes”. Igualmente, se hizo referencia a la insuficiente valorización y estímulo otorgados por las autoridades del hospital al trabajo del PREA.

La necesidad de un médico de base se considera prioritaria. Se nos aclaró en este sentido que la solicitud correspondiente, reiterada en múltiples ocasiones por el personal, está condicionada a que el programa demuestre productividad en todas las acciones que desarrolla, lo que debe ser entendido como un aumento en cantidad de cada una de las actividades, pero especialmente en la adopción de un método anticonceptivo posparto. También se considera necesaria, por el personal de servicio, la presencia del PREA los fines de semana y festivos, particularmente en el área de hospitalización. Asimismo, en opinión del personal, se requiere de una nutricionista y de un pediatra que atiendan los problemas más frecuentes de los recién nacidos que asisten para control de su crecimiento y, en términos de recursos físicos, de un espacio más amplio para realizar las pláticas.

Algunas ausencias notorias en relación con los servicios prestados son la anticoncepción de emergencia, la doble protección, la participación de los varones, y la promoción y prevención primarias de embarazo y ETS.

2.2.3. Laboratorios, medicamentos y métodos anticonceptivos

El laboratorio del hospital ofrece las siguientes pruebas: detección de embarazo, de ETS, VIH/sida y cáncer cervicouterino.

El PREA alienta, después del parto, la adopción del DIU y del condón, al considerarlos los únicos métodos que no interfieren con la lactancia materna. El personal informó que en ocasiones ha existido desabastecimiento de pastillas y condones. Algunos laboratorios proporcionan hormonales orales e inyectables y una empresa dedicada a sucedáneos de leche provee cereales para los bebés y suplementos alimenticios para las embarazadas.

2.2.4. Flujos, consultas y costos de atención

Las adolescentes llegan al PREA por dos vías: en la consulta externa son captadas aquellas adolescentes embarazadas que llegan al hospital porque presentan alguna molestia o porque estando próximas a su fecha de parto llegan para ver si allí las atenderán. La otra vía es el momento del parto; cuando están hospitalizadas reciben una plática de métodos anticonceptivos y de lactancia, se les habla de los servicios que ofrece el PREA y se las invita a las pláticas posnatales.

En el último semestre, en el área de consulta externa fueron atendidas sesenta y seis adolescentes. Los principales motivos de consulta fueron la administración de métodos anticonceptivos, la revisión de dispositivo y el seguimiento de métodos. En el área de psicología fueron atendidas 180 adolescentes. En el área de hospitalización fueron captadas 1.352 adolescentes, de las cuales 736 adoptaron el DIU, 412 condones y 29 optaron por la salpingoclasia. Se registraron 728 partos normales en adolescentes, 466 cesáreas,¹³ en 35 se utilizaron fórceps, 102 fueron legrados, en un caso se trató de trofoblasto, 18 presentaron endometritis y 5 tumor de ovario. Se detectaron 29 pacientes con ETS, 11 fueron víctima de violaciones y se produjeron 6 muertes neonatales.

El tiempo de la consulta médica es de aproximadamente cua-

13. Una proporción mucho más alta de la que probablemente sea necesaria por razones médicas, lo cual podría indicar una falta de control de calidad sobre las decisiones de los médicos.

renta minutos, en tanto que el de la consulta psicológica es de cuarenta y cinco minutos. Las pláticas en el servicio tienen una duración de dos horas, mientras que las que se dan en hospitalización se prolongan por una hora.

La ficha para consulta médica cuesta \$ 25 (equivalente a US\$ 2,50). El costo del parto o cesárea varía en función del nivel socioeconómico de la paciente. La mayoría de las pacientes pertenece a los niveles 3 y 4 (nivel socioeconómico medio y bajo). Un parto de nivel 3 tiene un costo de \$ 380 (equivalente a US\$ 38) y en el nivel 4 de \$ 700 (equivalente a US\$ 70); en el caso de cesárea, en el nivel 3 el precio es de \$ 610 (equivalente a US\$ 61) y en el nivel 4 de \$ 1.100 (equivalente a US\$ 111). Cada día-cama cuesta \$ 250 (equivalente a US\$ 25) cuando se trata de un parto normal y \$ 460 (equivalente a US\$ 46) en caso de cesárea. Las pláticas y las consultas psicológicas son gratuitas.

2.2.5. Características de la población atendida

La clientela se compone de adolescentes embarazadas o que ya han tenido a su bebé. Pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo y de extrema pobreza, dedicadas a las actividades domésticas. La mayoría presenta secundaria o preparatoria incompleta y vive en unión libre en la casa de sus padres o de sus suegros. Los varones se encuentran prácticamente excluidos de los servicios del programa.

Se perciben cambios en términos de un mayor espaciamiento de los embarazos, así como un incremento de población perteneciente a sectores medios.

2.2.6. Relación con la comunidad

El personal de salud identifica el trabajo comunitario con las derivaciones que realizan a otras instituciones hospitalarias, estatales u organizaciones no gubernamentales; no consideran que sea una función o actividad a realizar en una institución de segundo nivel.

3. EL CONTEXTO DE ATENCIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE

3.1. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

México cuenta con un sistema de salud mixto, compuesto por una variedad de proveedores públicos y de seguridad social, además de un amplio sector privado. El acceso a algunos de estos proveedores de atención se encuentra restringido a ciertos segmentos de la población, en tanto los recursos y la calidad varían de un servicio a otro.

A partir de 1982, la protección a la salud es un derecho constitucional. Con esto se busca que los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud con equidad y calidad. Para este propósito se cuenta con el Sistema Nacional de Salud¹⁴ (SNS), el cual comprende los servicios de salud públicos y privados. Los primeros se encuentran divididos en dos grandes categorías: los que atienden a la población trabajadora que goza de un sistema de seguridad social (población derechohabiente) y los dirigidos a la población que no está protegida por este sistema (población abierta o no derechohabiente). La atención a los trabajadores del sector formal se brinda mediante diferentes instituciones de seguridad social, que además ofrecen servicios como el seguro de invalidez y el de vejez, entre otros. Los servicios médicos de seguridad social cubren al trabajador y a su familia. Entre las instituciones de seguridad social se encuentran: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios de Sanidad Naval y Militar (SNM), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) (Gómez de León, 1995, pág. 32).

Las instituciones que brindan servicios a la población abierta son: la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS-Solidaridad, que cubre a las comunidades rurales pobres, el Sistema Nacional

14. El SNS tiene como finalidad conjuntar los esfuerzos de todas las instituciones que tienen a su cargo la prestación de servicios de salud, bajo esquemas de coordinación y planeamiento racional, armonizando los programas sanitarios que llevan a cabo los gobiernos de los estados y los sectores social y privado.

para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios estatales de salud, así como los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF), Gobierno del Distrito Federal (GDF) desde diciembre de 1997. Aproximadamente el 40% de la población tiene derecho a los servicios de alguna institución de seguridad social. Esta parte de la población se compone predominantemente de trabajadores formales urbanos, en tanto que la cobertura de la seguridad social es limitada en las áreas rurales.

Los servicios privados, por su parte, están compuestos por médicos independientes y empresas privadas e incluyen servicios en todos los niveles de atención.

Los servicios que presta la Secretaría de Salud están organizados en tres niveles de atención, en orden creciente de complejidad. El primer nivel de atención es la puerta de entrada a los servicios de salud y comprende acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad. Los servicios están enfocados a la salud preventiva, la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de padecimientos frecuentes. El segundo nivel otorga servicios de consulta externa especializada y de hospitalización a pacientes enviados desde el primer nivel, así como a los que se presentan con urgencias médicas graves. Por último, el tercer nivel ofrece servicios curativos y de rehabilitación a pacientes enviados por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad y que requieren de tratamientos especializados.

En lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, el 20 de agosto de 1996 el Secretario de Salud, Juan R. de la Fuente suscribió con los treinta y un gobernadores y el jefe de gobierno del Distrito Federal el acuerdo para la descentralización de los servicios de salud, con el objeto de que los gobiernos estatales se hicieran cargo de estos servicios para la población abierta (la que no posee ningún sistema de seguridad social) y diseñaran sus programas de acuerdo con sus necesidades sanitarias, creando los Institutos Estatales de Salud (IES). En 1998, este proceso concluyó con la entrega de instituciones hospitalarias, recursos materiales y humanos, así como presupuestos a los gobiernos estatales y al Distrito Federal (Becerril, 1999).

La descentralización de los servicios de salud ha introducido cambios generales en la administración de esos servicios. En primer lugar, el descenso de la capacidad de toma de decisiones del nivel central y su transferencia al nivel estatal han permitido bus-

car fórmulas para reordenar la administración de los servicios, al tiempo que han permitido avanzar en la determinación de competencias en los niveles locales, involucrando a las municipalidades en el cumplimiento de sus responsabilidades en materia de salud.

3.2. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

En México, la instrumentación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (El Cairo, 1994) tenía como precedente un conjunto de acciones que podían inscribirse dentro de la esfera de competencia de la salud sexual y reproductiva, desarrolladas por las principales dependencias del sector salud, la entonces Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) de la SSA, el DIF, el CONASIDA y la Secretaría de Educación Pública (SEP), entre otras. Como en agosto de 1994 hubo elecciones federales y cambio de la administración gubernamental, en los últimos meses de ese año y los primeros de 1995 se estaban diseñando políticas y programas sexenales, hecho que facilitó la incorporación de los compromisos de El Cairo, por lo que la salud reproductiva se introdujo como concepto y término en los planes de desarrollo, en las políticas públicas y en los programas institucionales. El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GISR), creado en febrero de 1995 y que reunió a los principales organismos públicos y representantes de instituciones de la sociedad civil involucrados en este campo, tuvo a su cargo la elaboración del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRPF). Podemos decir que este programa da respuesta programática a los retos formulados en la CIPD y retoma los principales problemas de la salud reproductiva. El programa se propone incorporar la perspectiva de género en todos los componentes y considera clave las estrategias de información, educación y comunicación. Ahora bien, si el concepto de salud reproductiva fue incorporado a los planes y programas más importantes del sector público, el siguiente paso fue difundirlo y propiciar su asimilación entre los prestadores de servicios y los usuarios. Esta asimilación del concepto y su enfoque no ha sido fácil. A pesar de que se han realizado grandes esfuerzos y múltiples acciones, continúan existiendo retos y problemas por resolver a partir de la descentralización de

los servicios de salud y dentro de un marco de reducción o estancamiento de recursos públicos destinados a la salud (Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población CIPD+5, 1999).

La atención de la salud reproductiva de los adolescentes comienza a recibir una atención pública explícita en 1993, cuando la SSA estableció el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA) a través de la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) denominada, a partir de 1995, Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). En 1994, los principales grupos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ya tenían una larga trayectoria y trabajo consolidado y reconocido, vinculado a la salud de adolescentes fueron convocados a una reunión para discutir el propósito de este programa y aportar sus experiencias. De este encuentro surgió la "Declaración de Monterrey" (GAAPP, 1995), documento que sienta las bases para iniciar y legitimar el programa, el que comienza a funcionar en ese mismo año en cinco entidades federativas.

No obstante, es necesario mencionar que México contaba anteriormente con una gran variedad de programas vinculados a la salud de los adolescentes, entre los cuales cabe mencionar los siguientes:¹⁵ el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), organismo no gubernamental pionero en este campo, que ha venido desarrollando desde 1978 programas diversos de atención integral al adolescente y el programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM). Este programa, que se inició en 1986 y que proporciona actividades educativas y comunitarias a través de la capacitación de promotores juveniles, ofrece servicios médicos y de planificación familiar en los centros de salud y consultorios médicos con los que cuenta en muchas entidades federativas del país.

Entre los programas gubernamentales o paragubernamentales pueden mencionarse el IMSS, que cuenta también desde hace algunos años con programas de prevención y de atención a la salud

15. Dejamos de lado una serie de instituciones que trabajan con adolescentes en actividades preventivas de educación sexual y planificación familiar pero que no incluyen la atención a la salud física de los adolescentes, así como toda una serie de acciones dirigidas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mediante el sistema educativo y los medios de comunicación de masas.

reproductiva de los adolescentes; el DIF en el que se estructuró el Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), que funcionó hasta 1997, y el Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes (PNPAIMA), que continúa operando. Por último, a nivel hospitalario, existen también desde hace tiempo servicios que brindan atención especializada a la población adolescente, como la Clínica Piloto de Orientación Sexual y Vida Familiar para Adolescentes del Hospital Infantil de México (HIM), la Clínica para la Atención del Adolescente (CAA) del Hospital Materno Infantil Inguarán (HMII), el Hospital General Doctor Manuel Gea González, que integra un servicio educativo y de atención integral para las pacientes adolescentes, y la Clínica de Ginecología Pediátrica, Planificación Familiar y Servicios de Endocrinología del Instituto Nacional de Pediatría (CGPPFSEINP), que ofrece educación preventiva y atención especial a las adolescentes embarazadas.¹⁶

Sin embargo, es a partir de 1995 cuando la atención a la salud reproductiva de la población adolescente recibe una atención prioritaria por parte del Estado, definiéndose como uno de los cuatro ejes a partir de los cuales se estructura el PSRPF, junto con la salud perinatal, la planificación familiar y la salud de la mujer.

3.3. PROGRAMAS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

Para esta evaluación hemos seleccionado dos programas. En el primer nivel de atención, elegimos el PNASRA, también llamado En Buen Plan, de la SSA¹⁷ y en el segundo nivel de atención, el

16. En México, el surgimiento de la atención especializada a la salud de los adolescentes en los años setenta fue el resultado del interés de los pediatras. En tanto, sólo recientemente los ginecólogos comenzaron a preocuparse por aspectos de la vida sexual y reproductiva de las jóvenes. La constitución en 1989 de la Asociación Mexicana para la Salud de los Adolescentes (AMSA) en cuya organización participaron principalmente pediatras y, casi diez años después, en 1998, de la Asociación Mexicana de Ginecología Infanto-Juvenil (AMGIJ) refleja la brecha en el interés de los ginecólogos por la salud adolescente.

17. El nombre formal del programa es Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes, pero informalmente es conocido como En Buen Plan, frase coloquial mexicana que significa algo que se hace

Programa Educativo para Adolescentes (PREA) del Hospital de la Mujer (HM).

3.3.1. Programa En Buen Plan

El objetivo principal del programa es proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva, con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que les permita asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos.

El programa se inició con la implementación de módulos en los centros de salud (primer nivel de atención) y hospitales de la SSA (segundo nivel de atención), que proveen servicios médicos, psicológicos y de consejería. Estos servicios son proporcionados por un equipo multidisciplinario compuesto por un médico, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social. En el Distrito Federal se instalaron, en julio de 1994, cuatro módulos, ubicados en algunas de las Jurisdicciones Sanitarias de la capital, así como algunos otros en ciudades del interior del país. El programa basado en módulos se fue extendiendo rápidamente por todo el país y en 1999 tenía 259 servicios especializados en toda la República, distribuidos en 179 centros de salud y 80 hospitales.

A partir de 1997 y como consecuencia del proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado en 1995, los módulos del Distrito Federal comenzaron a ser operados por la Dirección de Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal (DSSPGDF). A la fecha, se han instalado dieciséis módulos, uno en cada una de las jurisdicciones sanitarias, que en el Distrito Federal corresponden a las delegaciones político-administrativas. De estos módulos, seleccionamos para el estudio uno que se ubica en un centro de salud de la Delegación Iztapalpa, en el oriente del Distrito Federal.

con buena intención. En este caso se juega con la palabra "plan", componente de "planifica", que constituye el mensaje central de las campañas de planificación familiar que se han lanzado en los últimos años a través de los medios masivos de comunicación. En Buen Plan es el lema que adoptó el programa y que poco a poco fue identificándolo, al tiempo que se fue adoptando como slogan de su promoción.

A fines de 1997, la Secretaría de Salud dispuso que los servicios de atención a los adolescentes iniciaran una labor de coordinación con la Dirección General de Promoción a la Salud (DGPS), el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el CONASIDA, con el propósito de que los servicios detectaran, previnieran y atendieran adicciones y la extensión del sida entre los jóvenes (Beltrán y Benet, 1997).¹⁸

A partir de septiembre de 1998, por otra parte, la Secretaría dispuso una reestructuración del programa, sustituyendo el concepto de módulo por la idea de un servicio especializado, lo que implica que la atención médica a los adolescentes sea otorgada por la totalidad del personal de salud que se desempeña en una unidad, de una manera "horizontal". En cada jurisdicción sanitaria del país se seleccionará un centro de salud donde existirá un módulo con personal capacitado exclusivo para dar atención integral a los adolescentes. Este equipo, a su vez, capacitará al personal de salud de todos los centros de salud y hospitales de la SSA de la jurisdicción correspondiente, para dar un trato especializado a los adolescentes y canalizarlos al módulo cuando lo considere necesario, donde recibirán consejería además de otros servicios. De esta forma, se pretende que todas las unidades de salud de la SSA del país cuenten con un servicio para la atención a los adolescentes.¹⁹

3.3.2. El Programa Educativo para Adolescentes (PREA) del Hospital de la Mujer²⁰

En 1988, CORA inició un trabajo piloto juntamente con el Hospital de la Mujer. A partir de esta fecha, se realizó una serie de in-

18. En 1998 se realizó una evaluación del PNASRA, en diez estados prioritarios, a través de entrevistas dirigidas a los responsables estatales y jurisdiccionales, al personal de servicio de adolescentes y a adolescentes. Lamentablemente, los resultados de esta evaluación no han sido hechos públicos y hasta el momento no ha sido posible conseguirlos.

19. Esta decisión fue tomada después de estudiar el costo/beneficio del sistema de módulos, análisis que fue realizado como parte de la evaluación mencionada en la nota de pie anterior.

20. El Hospital de la Mujer depende de la Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (CSSSAADF) y provee atención especializada en ginecología y obstetricia.

investigaciones para responder a las necesidades de las madres adolescentes que asistían a ese hospital, implementándose el PREA con el apoyo financiero de varios organismos internacionales. Entre 1990 y 1991 se realizó una evaluación para modificar la estrategia del programa, aumentar su costo/efectividad y transferirlo al hospital, así como a otros hospitales, para que operara independientemente de apoyos externos. En 1992, se institucionalizó el componente posnatal y se dejó operando el programa.

3.4. ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS DE LOS PROGRAMAS SELECCIONADOS

En Buen Plan es un programa cuyos principales objetivos son la prevención del embarazo no planeado y no deseado, la prevención de ETS, incluyendo el VIH/sida, y la prevención de las adicciones. Las acciones se desarrollan siguiendo las siguientes estrategias: a) educación, donde se incluyen los aspectos de información, orientación y comunicación; b) atención médica en centros de salud, dirigida a la atención prenatal, la prevención de embarazos no planeados y consejería en salud sexual y anticoncepción; c) atención médica en hospitales, encaminada a otorgar atención prenatal a la adolescente embarazada, atender su parto y al recién nacido y prevenir nuevos embarazos, y d) investigación y evaluación, que se apoya en un sistema de registro de la información generada en los módulos, así como en trabajos de investigación (Beltrán y Benet, 1997, pág. 13). El programa opera a través de un modelo de atención que incluye al primer y segundo nivel de atención. Se señalan como funciones del primer nivel: la consulta médica integral, la consulta psicológica, la referencia a la medicina especializada, la referencia obstétrica, la orientación y consejería intra y extramuros, la promoción del programa y la coordinación con instituciones que brinden apoyo a los adolescentes. Las funciones del segundo nivel son la atención médica integral, la consulta psicológica, la atención médica especializada, la atención obstétrica, la orientación y consejería, el laboratorio clínico y gabinete, y estudios de mayor complejidad.

Un análisis de los documentos del programa reveló que: a) su justificación está basada en un argumento cuantitativo: la población adolescente se ha duplicado en los últimos años, representa una gran proporción de la población total y por lo tanto se constituye en un grupo prioritario a ser atendido en el contexto de la sa-

lud reproductiva; b) la jerarquización de los principales problemas de salud en embarazos no planeados y no deseados, ETS, incluido el sida, y adicciones, encuentra su causalidad en la actividad sexual precoz, la no utilización de métodos anticonceptivos como consecuencia de la espontaneidad y no premeditación de los encuentros sexuales y la carencia de información suficiente, lo cual hace aparecer a los adolescentes como sujetos poco responsables, desinformados y no autónomos; c) aunque el programa tiene como objetivo central contribuir a la salud reproductiva de los adolescentes, ésta no es definida a lo largo del documento programático; d) de igual modo, la inclusión de la perspectiva de género enunciada, tampoco se encuentra explicitada; e) la orientación del programa es hacia la prevención de los embarazos no planeados (mediante la prevención primaria o secundaria y la postergación del nacimiento del primer hijo), no tomando en consideración que muchos embarazos en adolescentes son deseados; f) la población a la que se destina el programa es denominada alternativamente como “los adolescentes”, “el adolescente”, “los y las adolescentes” o “los y las jóvenes”. Se concibe a este grupo como homogéneo, con propiedades comunes, y se infiere que tienen los mismos problemas. Cuando se mencionan los sitios a los que asisten los adolescentes, sin embargo, puede apreciarse la emergencia de un tipo de adolescente específico: que asiste a instituciones educativas, deportivas, “discos”, construyéndose de este modo una población-objeto estereotípicamente urbana y perteneciente más bien a sectores medios que a sectores de clase baja, y g) de igual manera, este grupo aparece como una entidad pasiva, destinataria de acciones; cuando los adolescentes aparecen como agentes, haciendo referencia al ejercicio de su sexualidad, es en función de la necesidad de un cambio de conductas, producto de las acciones del programa.

Por su parte, el PREA se plantea como principal objetivo proporcionar a la población abierta adolescente, de ambos sexos, atención multidisciplinaria en aspectos vinculados a su salud reproductiva, otorgando información y atención con la finalidad de concientizarlos respecto de los beneficios de planear adecuadamente el número de hijos que se desea tener, de la importancia del espaciamiento intergenésico, así como brindando asesoría materno-infantil.

Del análisis del documento del programa puede destacarse: a) una visión integrada de la naturaleza bio-psico-social de los pro-

blemas de los adolescentes; b) los objetivos del programa se centran en el aspecto educativo y la prevención secundaria orientada a la salud reproductiva, aunque también se hace mención a la atención integral de la población abierta que así la requiera; c) no existe una definición explícita de lo que se entiende por salud reproductiva; d) respecto de la población-objeto ésta es referida como población adolescente abierta de ambos sexos, pero cuando se hace referencia a los objetivos del programa y a las actividades educativas, ésta se restringe a las adolescentes embarazadas o a las madres adolescentes; e) los adolescentes son vistos como individuos que enfrentan problemas de orden bio-psico-social y carentes de información; f) no hay mención a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes; g) no se incluye una perspectiva de género, y h) el afianzamiento de la autoestima en las adolescentes a través de la construcción de un proyecto de vida es tenido en cuenta.

3.5. OBSTÁCULOS Y FACILITADORES EN LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Consideramos que un conjunto de facilitadores y obstaculizadores condicionaron la formulación del programa En Buen Plan y la implementación del PREA. En el primer caso, nos encontramos con la atención prioritaria otorgada a los programas de planificación familiar desde mediados de los años setenta por el Estado mexicano. A pesar de que éstos se orientaron principalmente a las parejas unidas, la presión y el apoyo de organismos internacionales facilitaron la inclusión de servicios para atender la salud reproductiva de la población adolescente. Los cambios sexenales de gobierno, que conllevan un cambio masivo de los funcionarios, las presiones de la Iglesia Católica en contra de la anticoncepción y la educación sexual extrafamiliar, la verticalidad con que operan los servicios de salud y la gran burocratización de las instituciones en México constituyen, sin lugar a dudas, los principales obstáculos en la puesta en marcha y operación de este programa.

En el PREA podemos identificar como facilitadores el hecho de que las autoridades hospitalarias reconocieran que un porcentaje elevado de su población correspondía a adolescentes y que era indispensable otorgarles una atención especializada. Sin embargo, emergieron problemas cuando el programa se institucionalizó, ya

que el personal del hospital no lo reconocía como parte de los servicios de la institución y se lo identificaba como un servicio que venía de afuera. De igual modo, las autoridades asignaban al personal del PREA actividades que no correspondían al programa y tampoco estaba claro de quién dependía éste. Igualmente, el hospital no contaba con un presupuesto para tal programa en ese momento. En la actualidad, el PREA se ha convertido en una de las veintiocho acciones que lleva a cabo el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (PHANM),²¹ por lo que su accionar se encuentra subsumido a un conjunto de estrategias que enfatizan la lactancia materna.

3.6. LA INFLUENCIA DE LA CONFERENCIA DE EL CAIRO

Para el caso del Programa En Buen Plan, tanto los documentos analizados como la información recabada a través de las entrevistas remarcan que el plan de acción de la Conferencia de El Cairo y la Declaración de Monterrey poseen una enorme coincidencia en el tiempo y en el planteamiento del Programa, al conceder una importancia fundamental a la salud sexual y reproductiva dentro de los derechos de los adolescentes. Para el actual Subdirector del Programa:

[...] El Cairo vino a reforzar la Declaración de Monterrey, vino a consolidar el trabajo que estábamos haciendo; entonces, le dimos sustento [...]. México se había adelantado en ese trabajo y vino a consolidar el trabajo que estábamos haciendo. A nivel gobierno, México empezaba a dar los primeros pasos para entrar directamente al problema de los adolescentes [...]. México empezó a romper las barreras, en 1994 modificamos la norma técnica de servicio de planificación familiar para dar facilidades para que se les pudieran dar métodos anticonceptivos a los adolescentes, por indicación médica,²² El Cairo fortaleció y se vino, pues, una avalancha de interés por el trabajo con adolescentes.

21. Este programa, establecido en 1991 por la SSA, certifica a los hospitales que cumplen con las diez acciones que fomentan la promoción exclusiva de la lactancia materna a través de servicios integrales para las madres y sus hijos.

22. La Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar fue modificada en mayo de 1994. Esta norma, que rige los servicios públicos y privados, hasta antes de 1994 no hacía referencia al derecho de los adolescentes a

En el caso del PREA, las recomendaciones de El Cairo no tuvieron ninguna influencia en sus principales objetivos y estrategias; incluso, se detectó cierto desconocimiento, tanto de parte de las autoridades como de los proveedores, de las principales recomendaciones emanadas de esta importante conferencia.²³

3.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SERVICIOS

La selección del Módulo de Atención Integral al Adolescente de Iztapalapa se realizó a partir de visitas a varios módulos, donde pudimos conocer la forma en que estaban operando. De este contacto preliminar, así como de información recabada de entrevistas a funcionarios de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSDF) elegimos este módulo por ser uno de los que en ese momento continuaban funcionando adecuadamente luego de la descentralización de los servicios en 1998. Además, el hecho de que fuera uno de los cuatro primeros módulos con los que inició el programa y de que tanto la enfermera como el psicólogo trabajan en él desde el inicio, fueron elementos que consideramos favorables para apreciar cierta continuidad en el otorgamiento de los servicios.

En el caso del PREA, la elección de este servicio consideró su larga permanencia dentro del conjunto de servicios de salud especializados para adolescentes en los hospitales del Distrito Federal. También se tuvo en cuenta el hecho de que fue una organización no gubernamental especializada en la atención a la salud adolescente (CORA) la que estableció el modelo de provisión de servicio

demandar y recibir métodos anticonceptivos. La modificación incluyó específicamente este aspecto. Si bien antes de que la norma fuera modificada no existía la prohibición de dar métodos a los adolescentes, la inexistencia de una normativa que reglamentara esta actividad posibilitaba que algunos médicos, por temor a ser demandados o sancionados, no prescribieran contraceptivos a los adolescentes.

23. En México, el debate ideológico acerca de los derechos de las mujeres, los derechos reproductivos, los derechos sexuales, etcétera, casi no trasciende (o aún no ha trascendido) al personal de salud que se desempeña en los distintos servicios. Las recomendaciones de El Cairo llegaron cuanto mucho hasta el nivel de funcionarios medios, y no se implementaron mecanismos para que el personal operativo sea informado y capacitado sobre las cuestiones más relevantes abordadas en esta conferencia.

y capacitó al personal que originalmente trabajaba en el Hospital de la Mujer con la idea de extender este modelo a otros hospitales. Por último, al momento de iniciar nuestra investigación el servicio elegido, según se nos informó, era el único dependiente de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal que ofrecía un conjunto de servicios destinados a la población adolescente.

4. LA SALUD DEL ADOLESCENTE A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LOS PROVEEDORES

4.1. LA PERSPECTIVA GENERAL DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

En los dos servicios, la salud sexual y reproductiva es concebida como la capacidad de ejercer de forma autónoma y responsable la sexualidad, con la finalidad de evitar consecuencias negativas, como la posibilidad de un embarazo o el contagio de una enfermedad de transmisión sexual o de sida. Las referencias a la capacidad de goce y disfrute de los sujetos se hallan ausentes en el discurso de los proveedores. Se reconocen como derechos de los adolescentes recibir información, orientación y atención médica y psicológica en aspectos vinculados a su salud sexual y reproductiva, así como decidir el método anticonceptivo a adoptar. El género es percibido por los proveedores como roles genéricamente determinados en el ámbito de la reproducción, que conllevan desigualdades que afectan más a las mujeres adolescentes que a los varones.

Ambos servicios enfatizan la necesidad de abordar la salud de los adolescentes a partir de una aproximación integral y holística. Para el personal de salud que se desempeña en el módulo, la atención a la salud integral es “ver a la persona de una manera holística, en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social”. Esto implica necesariamente, en su opinión, un trabajo interdisciplinario. Por su parte, los proveedores del PREA señalaron que atender la salud integral de las adolescentes es considerar su bienestar total “no separando el problema médico del social y psicológico, considerando las tres esferas a partir de un trabajo interdisciplinario, en equipo”.

El personal de salud favorece la adopción de metodologías anti-conceptivas en las adolescentes; no obstante, en ninguno de los dos servicios los proveedores alientan la doble protección y los varones

se encuentran prácticamente excluidos de los servicios. El embarazo es considerado un problema, particularmente para las jóvenes, en tanto dificulta la conclusión de sus estudios o la posibilidad de tener otras experiencias consideradas importantes de ser vividas en la adolescencia. Sin embargo, esta visión no tiene en cuenta que muchas adolescentes habían dejado la escuela algunos años antes y deseaban tener un hijo, más allá de las dificultades económicas o familiares que este evento pueda acarrearles. Desde las representaciones médico-sanitarias se desconoce la multiplicidad de significaciones que puede tener esta experiencia para las adolescentes, la que puede ser valorizada positivamente en determinados contextos de restricción socioeconómica. Por su parte, la manifestación de desear terminar un embarazo es sancionada y desalentada por los proveedores de ambos servicios, bajo el argumento de la ilegalidad de esta práctica en nuestro país. Por su parte, la violencia y las adicciones son reconocidas como un problema creciente en la población adolescente. Los dos servicios atienden a aquellos pacientes que no son considerados graves y de los que pueden hacerse cargo vía la consulta psicológica. En estos casos hablan con los jóvenes, con sus padres y si luego de algunos encuentros evalúan que no pueden darles la atención que ameritan, los derivan a servicios especializados. Por otra parte, estas problemáticas no se constituyen en objeto de acciones preventivas del equipo sanitario.

4.2. AUTORIZACIÓN PATERNA

La autorización paterna no es un requisito para proveer servicios a los adolescentes. Ni la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar ni el PNASRA mencionan la necesidad de la autorización de los padres para suministrar métodos anticonceptivos a los adolescentes. Sin embargo, si bien no existe tal obligación, en el Módulo En Buen Plan se nos dijo que se pide que la joven sea acompañada por un adulto, particularmente cuando se trata de atender un embarazo. Las razones argumentadas para proceder así son:

Porque la doctora debe tener presente siempre a un mayor de edad que pueda tomar las decisiones prudentes de acuerdo con lo que indique como tratamiento o como recomendaciones de la dinámica familiar (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

Expresa otro proveedor de manera coincidente:

Deben venir con un familiar o un hermano más grande al menos... porque eso nos implica que también ellos se comprometan a la mejoría de la salud de la joven (proveedor 4, mujer, Módulo En Buen Plan).

En el caso de que el adolescente llegara solo, nos comentaron que:

[...] siempre se les atiende, se les da la atención pero siempre con presencia de la enfermera o una servidora [...] se le [dan] indicaciones que para la próxima visita [...] deberá venir acompañado de una persona, de un acompañante mayor. Sí, siempre se solicita que sea el padre o la madre porque sin duda [...] en ellos va a recaer la mayor responsabilidad del tratamiento o la atención que se le indique al paciente [...]. Hemos comprobado que cuando algunos jóvenes de 17, 18 años vienen y se le dan indicaciones, tristemente vemos que regresan a la siguiente consulta y que no tomaron a pie las indicaciones que el doctor dio [...] no se comprometen como debieran ¿sí?, cuando vienen solos (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

Como se puede apreciar, los proveedores parecieran concebir al adolescente como un sujeto que no se responsabiliza de su salud y que requiere ser acompañado de un adulto responsable para cumplir con las indicaciones o el tratamiento prescrito. En cambio, cuando se trata simplemente de una consulta sobre anticoncepción, ese requisito no se exige:

Incluso muchos vienen solos y no quieren que los papás se enteren... vienen y dicen: "Sabe, pues, yo quiero que usted me hable sobre métodos anticonceptivos, pero en mi casa no saben nada; o sea, voy a iniciar mi vida sexual pero mi mamá no lo aceptaría", entonces se les respeta, se les da la orientación y, como les decimos aquí, "la decisión es de ustedes" [...]. A nosotros lo que nos toca es darles la orientación de los riesgos, de todo lo que conlleva la responsabilidad de iniciar una vida sexual y la decisión [...] pues que definitivamente es de ella [...] (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

En el PREA se nos informó que no es necesaria la autorización del padre o tutor para ser atendidas en el servicio, con excepción de ciertas intervenciones quirúrgicas, como la salpingoclasia, en

las que se requiere esa autorización. En el caso de adolescentes menores de edad que llegan solas al hospital para atender su parto y que presentan problemas de farmacodependencia o prostitución, cuando tienen a su bebé se las acompaña a la Procuraduría General de Justicia y se levanta un acta de abandono de dos menores; el hospital funge como responsable de los dos menores y se las deriva a un albergue, ya sea con su bebé o solas.

4.3. ANTICONCEPCIÓN

La consejería sobre anticoncepción consiste en: “Darles la confianza, la seguridad, la confiabilidad y la información de todos los métodos existentes” (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan), enfatizando los beneficios que conlleva la planificación familiar.

Todos los agentes de salud del Módulo En Buen Plan manifestaron que otorgan información sobre todos los métodos existentes,²⁴ haciendo referencia incluso a los denominados métodos naturales, al de la lactancia exclusiva por seis meses (Método de la lactancia amenorrea) y al coito interrumpido. Luego de la correspondiente revisión médica, es la doctora quien ofrece aquellos métodos disponibles en el módulo (dispositivo, hormonales orales e inyectables y condones).²⁵

En cuanto a los criterios utilizados para recomendar un determinado método, las respuestas ofrecidas por el personal de salud del módulo incluyeron la mención a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar,²⁶ las condiciones fisiológicas de la adolescente, así como la intuición de parte del proveedor sobre el grado de responsabilidad o irresponsabilidad de la joven para utilizar un método de manera adecuada. Al respecto, se nos dijo:

24. La información que se proporciona no contempla la anticoncepción de emergencia, aun cuando se nos informó que en dos ocasiones la otorgaron.

25. Al parecer es frecuente que no tengan en existencia anticonceptivos. Poco antes de la fecha de las entrevistas, estuvieron aproximadamente cinco meses sin preservativos, lo que significa que aunque informaran sobre este método, los usuarios debían adquirirlos por su cuenta.

26. Que establece los criterios médicos para la utilización de cada uno de los métodos aprobados.

[...] por decir, si vemos a una chica que sabemos que no va a estar viniendo cada mes, en verdad, por sus pastillas o por sus inyecciones, pues lo más práctico es el dispositivo; entonces, si vemos que la chica sí va a venir, sí va a acudir, sí es responsable y va a venir por su inyección, se le da la inyección (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

Comienzo a detectar qué tanto riesgo va a haber en esta niñita de 14 años que utilice una ampollita, que ya lo estoy viendo en muchas otras que vienen y que se embarazaron porque se les olvidó, porque no la compraron, porque antes de habérsela colocado mantuvieron relaciones, en fin, entonces esto me hace que sí, por lo regular, yo trate sí de influir un poquito en que tomen en cuenta el grado de responsabilidad que implica utilizar cada uno de los métodos (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

La periodicidad de las relaciones sexuales es tal vez el criterio más tenido en cuenta cuando se trata de sugerir el uso del condón:

A las parejas jóvenes que sus relaciones no son muy seguidas, precisamente porque están fuera del matrimonio, no quieren que se enteren los papás, entonces sus relaciones van a ser cada quince días, cada veinte, a ellos son a los que sí por primera vez nosotros los apoyamos con condones (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

Para motivar la adopción de un método anticonceptivo, el PREA ofrece diariamente pláticas a las adolescentes hospitalizadas por cualquier evento obstétrico. En los cursos pre y posnatal también se alienta a las jóvenes a adoptar un método y se les entregan folletos informativos. El método que más se recomienda cuando la adolescente ha tenido un parto normal, una cesárea o no presenta ninguna infección es el DIU; si presenta infección se prescribe el condón hasta que se trate la misma. El motivo por el que se alienta el dispositivo, según lo manifestado por el personal de este servicio, es que la adolescente va a lactar, por lo que no es posible administrarles hormonales.

Los factores identificados por los proveedores como facilitadores para la adopción de un anticonceptivo fueron el apoyo informativo de los medios masivos de comunicación, los programas de educación sexual en las escuelas, la labor del personal de salud, el hecho de que hayan pasado por alguna experiencia que las puso en riesgo de embarazarse y que los promotores sean ellos mismos.

Como factores obstaculizadores fueron señalados: la inaccesibilidad económica, el pudor, las posturas religiosas contrarias al uso de anticonceptivos, las creencias personales o familiares en relación con los efectos secundarios negativos de los anticonceptivos, el temor a la crítica o al rechazo social, particularmente de los proveedores (personal de salud o expendedores de medicinas), la desinformación, la irresponsabilidad y los roles genéricamente establecidos. En relación con este último aspecto se mencionaron las dificultades para lograr que los varones se acerquen al servicio demandando un método o bien que adopten el condón:

Sí, el hombre es más difícil que adopte un método que la mujer, por el rol que tenemos [...] establecido [...] por cada sexo; o sea, la mujer es la esclava, la mujer es la que debe ligarse, la mujer es la que debe ponerse el dispositivo y yo creo que eso se transmite de generación en generación. Entonces, sí nos hace falta un cambio, que los padres estemos mejor preparados para poder tener hijos que acepten sus responsabilidades y que sea una responsabilidad compartida. Aquí se lo hacemos ver; cuando llegan con su pareja les platicamos a los dos; de hecho, a mí sí me gusta que lleguen con la pareja [...] pienso yo que pareja es parejo, que los dos deben intervenir y los dos deben saber lo mismo para poder elegir y decidir. Y es más cómodo, obviamente, para el varón que la chica acepte, que reciba un método ella y no él. O sea, yo creo que es la falta de compromiso; es más cómodo que ella lo tenga y pues, yo, bien padre (proveedor 4, mujer, Módulo En Buen Plan).

En cuanto a los factores que obstaculizan la adopción y continuidad en la utilización de un anticonceptivo, el personal del PREA coincidió con los mencionados por los proveedores del Módulo En Buen Plan, pero enfatizó que son las adolescentes sin pareja las que más se resisten a adoptar cualquier método luego del parto, ya que piensan que no van a tener pareja ni relaciones sexuales. Mencionaron también que en muchas ocasiones el mayor obstáculo para que la adolescente utilice un método es la opinión de la pareja o de los padres, quienes se oponen a que lo adopte.

Por último, si bien todos los entrevistados de ambos servicios consideraron que en su labor diaria realizaban tanto prevención de embarazos como de ETS y VIH/sida, nuestra opinión es que hay un mayor énfasis en otorgar orientación en anticoncepción, al resaltar durante el espacio de la consejería aquellos aspectos vinculados a las prácticas de riesgo de un embarazo, lo que se eviden-

cia en la total ausencia de la prescripción de la doble prevención en la práctica de estos profesionales.

4.4. EMBARAZO

Los servicios que el Módulo En Buen Plan ofrece a las adolescentes embarazadas son la atención del control prenatal, dos cursos anuales de una semana de duración en los que se abordan aspectos vinculados al embarazo, parto y puerperio y, en ciertos casos, atención psicológica. En el octavo mes de gestación, se otorga a la joven el pase a una institución hospitalaria del segundo nivel, donde atenderá su parto.

La atención psicológica se brinda:

Bajo la circunstancia de que la embarazada curse por un cuadro depresivo, ya bien por la no aceptación de su embarazo, porque no cuenta con el apoyo de su pareja o la haya abandonado o porque su familia la rechaza abiertamente; se realiza la intervención [...] tratando de mejorar su autoimagen, reforzando su autovaloración y generando en la paciente un proyecto de vida a futuro, procediendo a solicitud del médico o de la embarazada para hacer intervención con su pareja como con su familia (proveedor 1, varón, Módulo En Buen Plan).

Desde el servicio se fomenta la participación tanto de la pareja como de la familia de la adolescente embarazada, invitando a éstos a acompañar a la joven a sus consultas de control, con la intención de hacerlos responsables y brindarles su apoyo, ya que se considera que:

La problemática es multifactorial y principalmente existe mucho conflicto familiar, hay mucha agresión, hay mucha falta de integración familiar, entonces tratamos de involucrar a toda la familia, porque finalmente a veces el problema no son las chicas, sino es el entorno, su familia (proveedor 4, mujer, Módulo En Buen Plan).

El personal del PREA manifestó también la importancia de esta participación, pero se señaló que es difícil lograrla.

Los proveedores del módulo demostraron preocupación frente al embarazo de una adolescente, tanto por los antecedentes que la llevaron a embarazarse como por sus consecuencias. La búsqueda de ser querida, la necesidad de afecto, de autosatisfacción y auto-

rrealización a través de un hijo, son identificadas por el psicólogo como algunos de los principales motivos que conducen a una adolescente a embarazarse. En tanto que uno de los proveedores consideró que es la falta de una educación sexual adecuada la principal causa de estos embarazos, otro, en cambio, expresó:

[...] Siento que son jovencitas, la mayoría quiere salir de su casa, tienen problemas y la única salida es embarazarse [...]. Sigue habiendo más embarazos de los que, pues, uno quisiera (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

La responsabilidad que implica un hijo, más aún cuando no se cuenta con el apoyo del compañero o de la familia, y las limitaciones para continuar los estudios, son las consecuencias, percibidas como más importantes, de un embarazo en esta etapa. El personal del PREA coincidió en este aspecto al considerar que el embarazo en la adolescencia es un problema:

Algo que no tiene que suceder a esta edad, puesto que es una edad para estudiar, pasear, divertirse, conocer chicos; pasan de ser niñas a ser mujeres y con su embarazo se estancan en el hogar [...] (proveedor 1, mujer, PREA).

Aun cuando desde la perspectiva de los proveedores la problemática del embarazo se ubica en el terreno de lo social, su abordaje se realiza desde una perspectiva médico-psicológica, que ubica en lugar secundario la esfera de las representaciones genéricamente determinadas que valorizan la maternidad y los múltiples significados asociados a esta experiencia en determinados contextos socioculturales.

4.5. SEXUALIDAD

El módulo aborda la sexualidad a partir de pláticas que ofrece a adolescentes y docentes. El curso dirigido a la población abierta de adolescentes, denominado “Adolescencia, sexualidad y salud”, si bien incluye aspectos vinculados a la sexualidad, no contempla una aproximación a la problemática de manera diferencial, al tratarse de mujeres y varones. Solamente en la verbalización de uno de los proveedores es posible detectar cierto abordaje diferente según los géneros:

Se orienta acerca de los riesgos, de todo lo que conlleva la responsabilidad de iniciar una vida sexual y la decisión, pues, que definitivamente es de ella, porque incluso decimos que nunca debe de estar presionada porque el novio les pida la prueba de amor, o que las esté obligando a tener relaciones; ¡no! la decisión debe ser de ella (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

En este fragmento también es posible apreciar una orientación, que al parecer es la que predomina, en cuanto a prevenir riesgos en el ámbito de la sexualidad, como si ésta sólo implicara peligros, y no placer y disfrute.

El personal del módulo también manifestó la intención de continuar con los cursos a profesores de telesecundaria y de involucrar a los padres de familia próximamente en estas actividades.

El PREA aborda la sexualidad en sus pláticas de período posnatal, las que el personal considera que han tenido un impacto favorable, ya que las adolescentes no tienen otro espacio donde manifestar sus dudas, sus inquietudes y sus miedos relativos a este ámbito de sus vidas.

4.6. VIOLENCIA

La violencia intrafamiliar –tanto en la familia de origen como con la pareja–, aun cuando no es un motivo directo o frecuente de consulta, es percibida por el personal del módulo como un problema importante y creciente.

Sí, se dan casos, sí detectamos la violencia intrafamiliar, pero desafortunadamente no es de manera abierta, conocida por la misma paciente. La más afectada, castigada, es la mujer, pero jamás lo manejan como tal (proveedor 2, mujer, Módulo En Buen Plan).

En cuanto al tratamiento recibido, se comenta que se trata, en primer lugar, de crear la confianza necesaria para que la joven pueda manifestar lo que le pasa, se la escucha y se busca la manera de apoyarla o acercarla a instituciones que trabajan específicamente este tipo de problemas. Cuando la paciente presenta golpes se la deriva al DIF y, si se trata de violación, se la deriva a la Agencia del Ministerio Público especializada en Delitos Sexuales. En aquellos casos en que el equipo de salud y específicamente el psicólogo interviene, se busca la participación de los padres, siendo general-

mente la madre quien asiste a la consulta. La deserción de la adolescente y de la madre se menciona como un hecho recurrente.

Los tipos de violencia que más frecuentemente se detectan son: la violencia intrafamiliar ejercida por la madre hacia sus hijos, el maltrato por parte de las suegras o de la pareja de la adolescente, las amenazas de estos últimos (“si no vives conmigo te quito a los niños o te desaparezcó a los niños que tienes”) y la privación de la libertad. El equipo de salud no desarrolla trabajos preventivos en relación con la violencia ni en el servicio ni en la comunidad.

El personal de salud del PREA percibe la violencia intrafamiliar como un problema que afecta a algunas adolescentes, distinguiéndose una violencia física de parte de la pareja y una violencia psicológica de parte de los padres. En estos casos, es la psicóloga del equipo quien atiende a la afectada. En casos severos, esta profesional asiste a la adolescente por un lapso de cuatro a cinco sesiones, con el objeto de sensibilizarla acerca de la necesidad de que concurra a una institución especializada en este tipo de problemática, a la cual se la deriva. Asimismo, en las pláticas que brinda el servicio se aborda la violencia.

4.7. DROGAS, ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

Las adicciones son percibidas por el personal sanitario como un problema de salud creciente entre los adolescentes y las jóvenes. En particular, el psicólogo y la enfermera del Módulo de Iztapalapa, han observado cambios en las características que presenta este fenómeno y que se manifiestan en: un incremento de la incidencia en la población femenina, una disminución en la edad de inicio de consumo y un cambio en las sustancias utilizadas, cuya variedad es mayor y donde pasan a ocupar un lugar importante las drogas fuertes, como la cocaína.

En ocasiones, son las escuelas las que derivan a los adolescentes al módulo, porque los encontraron drogándose en el establecimiento escolar. En otros casos, ciertos hábitos o comportamientos que podrían estar asociados a conductas adictivas llaman la atención durante la entrevista clínica. Los casos detectados son canalizados a los CIJ.

Aun cuando el servicio no da tratamiento para atender esta problemática:

Se habla con los padres de las drogas, de sus efectos y de las actitudes y cuidados que deberán tener, haciéndolos partícipes, responsables y efectivos, no sintiéndose culpables o desplazando la culpa (proveedor 1, varón, Módulo En Buen Plan).

La causalidad se ubica, como para tantos de los problemas de salud que afectan a los adolescentes, en la mala comunicación entre padres e hijos y en la estructura disfuncional de las familias.

El personal de salud del PREA también considera que la drogadicción es un problema registrado en la población que atienden. Frecuentemente, las adolescentes manifiestan que tanto su pareja como ellas se drogan y que temen por la salud de su bebé. En estos casos, la psicóloga ofrece una atención individual y si el caso es evaluado como grave lo deriva a los CIJ. Durante las pláticas se trabaja el tema de las adicciones, ofreciéndoles folletos.

4.8. ABORTO

Los agentes de salud del módulo mencionaron que son pocas las adolescentes que manifiestan que su embarazo no es deseado:

Bueno, muchas chicas dicen que no deseaban embarazarse pero ya al saberse embarazadas, aceptan su embarazo [...]. Sí hemos tenido casos, pero te digo son raros (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

En estos casos, se las deriva al psicólogo, quien trata de que acepten su embarazo. El siguiente fragmento expresa cómo se actúa en estas circunstancias:

En principio tratamos de conocer las motivaciones que tiene para pensar en abortar y si no encontramos una causa legal que la justifique, entonces tratamos a toda costa de señalarle a la mujer lo maravilloso que puede ser la maternidad [...] aun así se le hace saber que su decisión es libre, que debe ser responsable ante ella, autónoma y que el servicio respeta su toma de decisiones, pero que no nos está permitido favorecer una situación que vaya en contra de la legislación vigente (proveedor 1, varón, Módulo En Buen Plan).

Aquí no tenemos permitido lo del aborto, aquí no podemos nosotros decirle "ahora, sí, es su decisión, pues sí, ¿no?"; pero aquí, al menos dentro de la unidad, no está permitido que se le dé una opción

hacia un aborto; si ella decide llevar a cabo un aborto, pues va a ser fuera de la unidad, pero no está permitido aquí que nosotros demos opciones para un aborto (proveedor 3, mujer, Módulo En Buen Plan).

Las verbalizaciones de estos profesionales dan cuenta de la postura que adopta el servicio frente al embarazo no deseado y que se manifiesta en tratar de convencer a las adolescentes de las bondades de la maternidad y en desalentar la práctica del aborto. Pero tal vez sea preocupante que, bajo un discurso que enfatiza la posibilidad de elegir, se deja a la joven sola en caso de que opte por no tener a su bebé.²⁷

En el PREA, los proveedores manifestaron que desalientan a aquellas adolescentes que llegan al servicio solicitando ayuda para interrumpir su embarazo:

Se les habla de los riesgos que tiene un aborto clandestino y se trata de motivarlas para que hablen con algún familiar si es que van a acudir con alguien, para que esté informado, para que sepan por lo menos por dónde anda (proveedor 1, mujer, PREA).

El servicio, en estos casos, no asume ninguna responsabilidad con estas jóvenes. Por otra parte, se nos comentó que son pocas las adolescentes que no aceptan a su hijo luego del parto. En estos casos, el servicio ofrece orientación sobre las posibilidades que existen para que lo dé en adopción. En los casos de abortos espontáneos, la psicóloga ofrece apoyo terapéutico.

4.9. RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

El Módulo En Buen Plan mantiene vínculos con escuelas primarias y secundarias, a las que ofrecen pláticas para alumnos y docentes sobre educación sexual. Las principales dificultades para trabajar con la comunidad son, a juicio de los proveedores, la gran demanda de consulta, que impide desarrollar actividades extra-muros; la falta de material de información y la imposibilidad de

27. Pudiera ser que los prestadores entrevistados se hubieran visto obligados a responder de la manera que lo hicieron por el temor de exponerse como posibles cómplices de una práctica que es ilegal y que se encuentra penada por la ley, pero no tenemos manera de saberlo.

abarcar en su totalidad a la población de toda la delegación política a la que pertenece el centro de salud y que es muy numerosa. Por su parte, el PREA no realiza ningún trabajo en la comunidad.

4.10. VÍNCULOS CON OTRAS INSTITUCIONES

Tanto el módulo como el PREA mantienen vínculos con otras instituciones, a las que canalizan a los adolescentes en caso de que lo consideren conveniente o necesario.

5. LA SALUD A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

5.1. LA VINCULACIÓN CON EL SERVICIO

La mayoría de los entrevistados conoce el Módulo de Atención por familiares directos o familiares políticos (suegra, suegro o cuñada). En algunos casos existe un conocimiento previo del centro de salud donde se encuentra el Módulo de Atención, al que se acudió para atender otras afecciones, para buscar un certificado de salud o por otras razones. Ninguno de los informantes conocía otro servicio similar que atendiera exclusivamente a adolescentes y jóvenes, aunque todos señalaron conocer otros servicios de salud públicos y privados. Dos de las adolescentes indicaron que anteriormente concurrían al Seguro Social pero que en la actualidad ya no son derechohabientes de esa institución.²⁸ Tres de las adolescentes fueron a pedir atención a otros servicios de salud antes de llegar al módulo.

En cuanto a los motivos por los que se eligió el servicio, se destacan el conocimiento previo del mismo, la recomendación de familiares, el buen trato, la cercanía y el bajo costo de las consultas.

En el caso del PREA, las adolescentes llegan derivadas del área de hospitalización luego de dar a luz o de la consulta general. Las principales fuentes de conocimiento sobre el hospital así como su elección para atender allí su embarazo y parto se encuentran deter-

28. Las hijas de beneficiarios del IMSS dejan de ser consideradas dependientes familiares cuando se embarazan, independientemente de su edad y de su status civil (o situación marital).

minadas por la recomendación de familiares o amigas, quienes en algún momento recibieron una buena atención, o de profesionales médicos.

De los quince entrevistados en el módulo, tres asistían por vez primera; los restantes ya habían iniciado su atención en el servicio. Todos los informantes, a excepción de una adolescente, manifestaron su conformidad con el horario de atención. El tiempo de espera es percibido como demasiado largo por siete jóvenes. Para los restantes, el tiempo de espera es razonable. A veces no importa esperar porque se valora la buena atención recibida:

[...] a pesar de todo, que se tarda mucho, porque sí se tarda bastante para pasarte, la doctora atiende bien, es buena gente, te podría decir, cuando te atiende, y por eso venía, por lo mismo que sí te tratan bien, pero sí nunca me ha gustado que siempre se han tardado (usuaria 4, Módulo En Buen Plan).

En el PREA, seis adolescentes expresaron que el horario matutino les es más conveniente, dos preferirían asistir por las tardes y las restantes consideraron que cualquier horario es igual. El tiempo de espera varía según el tipo de servicio que se reciba; cuando se trata de una consulta médica, la espera puede oscilar entre los quince y veinte minutos hasta dos horas; en cambio, si el adolescente concurre a consulta psicológica o a una plática no debe esperar, ya que se lo cita a una hora determinada.

Catorce de los quince entrevistados del módulo manifestaron que su familia tenía conocimiento de que acudían al servicio. Los familiares apoyan la asistencia de la adolescente al módulo, particularmente cuando se trata de un embarazo, ya que es un proceso que hay que controlar. Únicamente una adolescente nos dijo que no quería que su familia se enterara de que concurría por planificación familiar y comentó por qué no se había acercado antes al módulo:

O sea, yo no había venido porque no sabía exactamente cómo era, si te iban a regañar, si este [...] no sé, si te piden tu dirección, teléfono y ¡ay! les van a hablar a mis papás o algo así, era una duda, pero no quisimos esperar más y decidimos venir los dos; te hacen sentir bien, en confianza, te dicen que no hay ningún problema con tus papás, que si no saben pues está bien, me agradó (usuaria 11, Módulo En Buen Plan).

La misma joven dice que, como ella, muchos adolescentes no acuden a los servicios de salud:

Porque no conocen el servicio no van porque piensan que como es familiar les van a decir a sus papás o como va a estar en el expediente pueden llegar a enterarse sus papás, supongo que por eso, van más a los particulares (usuaria 11, Módulo En Buen Plan).

De los quince adolescentes entrevistados en el PREA, tres señalaron que sus padres no saben que asisten al servicio porque están peleados entre sí. Sin embargo, en estos casos otros familiares tienen conocimiento de su asistencia al hospital y reciben de ellos una opinión favorable y de apoyo.

Los usuarios del Módulo de Atención utilizan en su mayoría medios de transporte colectivo (pesera, camión, microbus o metro); cuatro indicaron que llegan caminado y, una, en taxi. El tiempo de viaje oscila entre los cuarenta y cuarenta y cinco minutos, en tanto que los que asisten al PREA tardan entre diez y noventa minutos para llegar al servicio y varias entrevistadas señalaron que deben utilizar dos tipos de transporte.

5.2. MOTIVOS DE ASISTENCIA

En diez casos el motivo principal de asistencia al Módulo de Atención es el control prenatal, en tres, la búsqueda de una metodología anticonceptiva y, en dos, la asistencia a consulta psicológica. La mayoría acude acompañada de su pareja, su mamá o su suegra. En aquellos casos en que la pareja nunca asistió a la consulta, resaltan como motivos los compromisos laborales o el estar separados.

Catorce de los quince entrevistados manifestaron recibir exclusivamente el servicio de salud que correspondía a su motivo de consulta, esto es, atención médica o psicológica.

Entre los principales motivos de asistencia al PREA destacan: la participación en pláticas pre y posnatales, el control del recién nacido, la consulta psicológica y la consulta médica para control posnatal o para adoptar o controlar el método anticonceptivo. En algunos casos, una misma adolescente puede recibir dos servicios de salud el mismo día de la visita; por ejemplo, puede asistir a una plática posnatal y llevar a su niño a control o puede participar de la charla grupal y concurrir con la psicóloga. Siete entrevistadas

asistieron acompañadas de algún familiar (tía, hermana, abuela o padre), o de su pareja. Las restantes jóvenes manifestaron que nunca acudieron acompañadas de su pareja porque por diferentes motivos ya no cuentan con ella:

No quiero que esté conmigo (usuaria 2, PREA).

Cuando se enteró del embarazo no se quiso responsabilizar, incluso me dijo que no era de él (usuaria 5, PREA).

Me separé hace seis meses y él no sabía del embarazo (usuaria 6, PREA).

Me separé de mi novio porque me agredía físicamente (usuaria 8, PREA).

Mi pareja se murió hace diez meses (usuaria 10, PREA).

Me embaracé de mi mediohermano y él ya está viviendo con otra pareja (usuaria 14, PREA).

5.3. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Entre los principales problemas de salud percibidos por los usuarios del Módulo de Atención entrevistados fueron enunciados, por orden de importancia: los embarazos no deseados, las enfermedades sexualmente transmisibles, el sida, el alcoholismo, el tabaquismo y las drogas.

La delincuencia y la violencia aparecieron mencionadas únicamente por dos de nuestras informantes. Es de destacar que la comunicación entre padres e hijos, los problemas familiares y la inseguridad de los adolescentes surgieron como la principal causa de los problemas que afectan en la actualidad a este grupo de la población. De manera congruente, los jóvenes propusieron, para resolver estas problemáticas, soluciones que se ubican en el seno del grupo familiar, a través de la comunicación, la colaboración, el apoyo y la orientación de los padres. También se mencionaron la ayuda que ofrecen ciertos grupos como los CIJ o Alcohólicos Anónimos (AA), así como la necesidad de campañas de información en centros de diversión, deportivos y discotecas.

Un aspecto importante señalado es la actitud que deberían

adoptar aquellos profesionales que se dediquen a atender a jóvenes con este tipo de problemas. En palabras de una informante:

[...] pues que no vayan como lo que son. Que no vayan como médicos, como doctoras, como maestros, sino simplemente que vayan como amigos [...] un amigo que les diga lo que es malo, lo que es bueno. Muchas personas no los van a aceptar o no los van a escuchar, pero va a haber muchas que sí acepten lo que son y sí acepten lo que viven [...]. Es muy importante ser amigo y no ser profesor o doctor, que nada más va y lo atiende y, ya [...] si uno les pone más atención a las personas como lo que son, como: "Tienes un problema, cuéntame, soy tu maestro pero aparte soy tu amigo". Más que nada, que las personas que tienen más experiencia o más capacidad o más estudios puede ser que se hagan amigos de las personas que tienen problemas como cualquier otra persona [...] (usuaria 4, Módulo En Buen Plan).

Entre los usuarios entrevistados del PREA aparecen los mismos problemas de salud indicados por los usuarios del Módulo de Atención, aunque fueron destacadas ciertas enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea y los condilomas. En correspondencia con los problemas identificados, la utilización del condón fue una de las estrategias más señaladas por los jóvenes para resolverlos. También consideraron indispensables acciones como pláticas y provisión de métodos anticonceptivos en las escuelas, actividades de información y orientación en los servicios de salud acerca de la importancia del cuidado del cuerpo, atención psicológica, pláticas a los padres e información a través de los medios de comunicación. Solamente una adolescente indicó la necesidad de una mayor comunicación y confianza entre los padres y los hijos. Como se puede observar, se trata, en su mayor parte, de acciones relacionadas fundamentalmente con la prevención y que deberían ser desarrolladas por las instituciones escolares, de salud y los medios de comunicación.

5.4. SATISFACCIÓN CON LA CONSULTA

En el módulo todos los entrevistados indicaron que habían recibido la información y los servicios de salud que requerían, la relación prestador-usuario fue percibida como adecuada y el trato brindado considerado bueno. En relación con la sensación de

aprendizaje de algo nuevo y la aclaración de dudas a partir de la consulta, la mayoría de los informantes contestó afirmativamente; sin embargo, sólo la mitad pudo argumentar acerca de este aspecto. Algunas adolescentes embarazadas comentaron que aprendieron acerca del embarazo, de cómo cuidarse y alimentarse “*para que el bebé salga bien*” y que el embarazo cambia totalmente la vida. Ninguno de los entrevistados considera que recibió más información que aquella que demandaron a los prestadores. En cuanto a la posibilidad de preguntar al prestador de servicios acerca de los temas abordados en la consulta o en la consejería, la mitad de los entrevistados consideró que sí existe; la otra mitad mencionó que no se da esta posibilidad debido, por ejemplo, a la falta de confianza:

No me siento en confianza para preguntar (usuaria 12, Módulo En Buen Plan).

La disposición de los proveedores para escuchar fue ratificada, en primera instancia, por la totalidad de las jóvenes y considerada por una de las usuarias como una característica y cualidad que debe tener todo prestador que se dedica a atender a adolescentes. De igual modo, todos los entrevistados señalaron también, en primera instancia, que el lenguaje utilizado por el proveedor fue claro, sencillo y entendible, y que les fue indicado cuándo debían regresar.

En el caso de los usuarios del PREA, todos expresaron que se sintieron satisfechos por los servicios y la atención que habían recibido. Asimismo, consideraron que les fue otorgada la información necesaria para atenuar sus miedos y aprender cosas nuevas, por ejemplo, acerca del cuidado del bebé; solamente tres adolescentes mencionaron que recibieron más información que la que habían demandado. En cuanto a la posibilidad de preguntar al prestador, los entrevistados mencionaron que sí existe y nueve indicaron que los proveedores aclararon sus dudas.

La mayoría de las usuarias (diez) opinó que el lenguaje de los agentes de salud es claro, sin embargo, el resto hizo alusión a la falta de claridad:

Al principio es un poco confuso pero después me lo explica más detenidamente (usuaria 2, PREA).

Habla muy rápido y algunas cosas no me quedan claras y ya después no sé qué hacer (usuaria 13, PREA).

No, pues no le entendí muy bien (usuaria 11, PREA).

Cuando se trata de adolescentes embarazadas, la médica del Módulo de Atención les solicita análisis de orina y sangre, y un ultrasonido. Aunque las entrevistadas consideraron que la doctora les explicó en qué consistían los estudios antes de su realización, sus respuestas nos indican que se informa acerca de la preparación previa de la paciente (venir en ayunas), las características que debe tener la muestra (primera orina), dónde llevarla o cómo agilizar el trámite, pero no respecto del propósito de estos estudios. En cambio, las pacientes del Hospital de la Mujer a las que les fueron solicitados estos mismos estudios respondieron que el médico les explicó para qué eran los exámenes.

La mayoría de las usuarias del Módulo de Atención y del PREA expresaron su abierta preferencia por ser atendidas por una médica. El vínculo de mayor confianza que se logra con una médica es altamente valorizado por el conjunto de las entrevistadas. Las adolescentes expresaron que el ser atendidas por un médico las cohibe, les da vergüenza o las hace sentir incómodas.

El costo de la consulta en el Módulo de Atención es considerado por todas las entrevistadas como barato y sumamente accesible. En cambio, en el Hospital de la Mujer la percepción del costo es diferencial en función del servicio recibido. Mientras que el precio de una consulta médica es considerado económico (\$ 25, equivalente a US\$ 2,60), el costo de la hospitalización se estima elevado.

El principal motivo por el que los usuarios han recomendado o piensan recomendar los servicios que brinda el Módulo de Atención es la buena atención que han recibido. Las adolescentes que asisten al PREA consideraron que la buena atención recibida, la percepción de que están aprendiendo y la sensación de que las ayudan y motivan para salir adelante, son los principales motivos por los que recomendarían el servicio.

La mayor parte de los entrevistados consideró que sus amigas y amigos podrían eventualmente asistir al Módulo de Atención para recibir información y consejería en sexualidad, orientación con respecto a un embarazo no deseado, información y suministro de métodos anticonceptivos o para realizarse el test del VIH.

Aunque todas las entrevistadas del PREA estuvieron de acuerdo en que sus amigas podrían asistir al servicio en busca de orientación ante los problemas enumerados, se destacan las respuestas que ofrecieron para el caso del embarazo no deseado, en las que se percibe que las jóvenes conocen perfectamente la postura de los servicios de salud frente a la interrupción de un embarazo:

No creo, porque si ella no lo quiere ¿a qué viene? ¿para qué? tendría que buscar otras cosas (usuaria 6, PREA).

Le dirían que no abortara y a lo mejor ella reaccionaría de otra manera (usuaria 2, PREA).

5.5. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Todos los adolescentes usuarios del Módulo de Atención consideraron que existió privacidad durante la consulta médica.²⁹ Las adolescentes que asisten a consulta médica en el PREA señalaron, en su gran mayoría, que la enfermera estuvo presente; sin embargo, esto no es considerado como falta de privacidad.

En cuanto a los sentimientos experimentados durante la consulta, sea ésta médica o psicológica, prácticamente todos los entrevistados del Módulo de Atención expresaron sentirse bien, cómodos, seguros y tranquilos; por su parte, la mayor parte de las adolescentes que asisten al PREA señalaron sentirse tranquilas, en confianza y a gusto como consecuencia de la atención recibida.

5.6. ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Ninguno de los adolescentes que entrevistamos en el Módulo de Atención dijo haber recibido folletos informativos por parte del personal de salud; tampoco participaron de pláticas grupales. En cambio, doce de los quince jóvenes tuvieron oportunidad de leer los carteles que se exhiben en la sala de espera. Asimismo, los entrevistados recordaban con exactitud los temas tratados en esos

29. Es importante mencionar que cuando la adolescente asiste acompañada, ya sea por su pareja, madre o suegra, estas personas entran al consultorio, cuando sería de esperar que el proveedor consultara a la paciente respecto de si desea que su acompañante ingrese a la consulta.

carteles y la mayoría opinó que entendió la información, que le sirvió para ampliar la que tenía o para obtener información correcta, para conocer los distintos métodos anticonceptivos, para “salir de dudas” (usuaria 5, Módulo En Buen Plan) o “para pensar en su relación de pareja” (usuaria 12, Módulo En Buen Plan). Esto nos lleva a decir que desde los propios sujetos se reconoce un aprendizaje a partir de la lectura de este material visual.

Once de los quince adolescentes asistentes al PREA accedieron tanto a la lectura de folletos informativos que fueron ofrecidos por el personal que se desempeña en el servicio, como de carteles que están exhibidos en las instalaciones. Conocen los temas abordados en esos materiales y todos han compartido la información o piensan hacerlo con su pareja, hermanos, otros familiares y amigos.

Todas las adolescentes participaron de las pláticas que ofrece el servicio y manifestaron su agrado al sentir que aprendieron acerca de:

Cómo cuidar y alimentar al bebé (usuaria 1, PREA).

Cómo cambia nuestro cuerpo en los primeros y los últimos meses (usuaria 2, PREA).

Cómo planificar nuestra familia para no tener tantos hijos (usuaria 3, PREA).

Por último, y con relación a las sugerencias para lograr un mejoramiento de los servicios, ocho jóvenes explicitaron la necesidad de que el Módulo de Atención de Iztapalapa cuente con una médica más ante la gran cantidad de pacientes que asisten diariamente, que hubiera una mayor organización en la entrega de las fichas de turno, que el servicio cuente con un aparato de ultrasonido, que el módulo tenga una mayor difusión y propaganda y que:

Cuando lo anuncien digan la dirección exacta, que es gratuito y confidencial (usuaria 11, Módulo En Buen Plan).

Casi la mitad de las asistentes al PREA sugirieron que en las consultas médicas “no regañen”, que permitan entrar a la pareja y que los médicos no contesten mal. De igual modo, que exista una mayor publicidad del programa para que más jóvenes lo conoz-

can, en especial los varones; que promociónen el servicio en las escuelas y que la gente participe más en las pláticas.

6. CONSIDERACIONES FINALES

6.1. LA INFLUENCIA DE LA CONFERENCIA DE EL CAIRO

Para el caso de México, como ya hemos señalado, los acuerdos de El Cairo tuvieron gran influencia en la creación de nuevos programas o de fondos destinados a atender problemas de salud y derechos de las mujeres con un enfoque de género, así como en un cambio de actitud favorable a las acciones que las organizaciones no gubernamentales venían desarrollando en este ámbito de acción. De igual manera, la descentralización de muchas políticas públicas resultó ser una condición favorable, aunque no suficiente, para abrir canales de comunicación entre las organizaciones no gubernamentales y las instancias gubernamentales. Por otra parte, la desestructuración de los servicios de salud, junto con la mayor demanda de atención derivada del alto desempleo (que deja sin ningún tipo de cobertura a gran cantidad de población), así como la disminución de los recursos públicos asignados al sector salud como parte de las políticas de ajuste estructural, derivan en una peor calidad en los servicios ofrecidos y en el desabastecimiento de medicamentos.

En cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, la Conferencia de El Cairo reforzó las acciones que desde la Secretaría de Salud ya se habían iniciado y sus principales recomendaciones fueron incorporadas en la formulación del Programa de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes. Sin embargo, estas recomendaciones han quedado más que nada a un nivel discursivo, siendo lenta e incompleta su traducción en la práctica. En lo que respecta al PREA, El Cairo no tuvo mayor influencia. El personal a cargo del programa ni siquiera sabía de la conferencia y continuó con el trabajo que venía desarrollando.

Nuestra investigación detectó, de igual manera, que prácticamente no existe vinculación alguna entre las diferentes instancias estatales y federales que desarrollan acciones relacionadas con la atención de la salud de los adolescentes en el Distrito Federal, ni

entre el primero y el segundo nivel de atención. Tampoco existe una instancia central que posibilite una coordinación entre ellas.³⁰

6.2. COMPARACIÓN ENTRE LO QUE SE DICE Y LO QUE SE HACE

Una comparación entre lo que se afirma en los documentos programáticos y lo que se pudo observar en esta investigación lleva a las siguientes conclusiones.

6.2.1. Consideraciones generales acerca de los programas analizados

En ambos programas, aunque la intención explicitada sea la atención a los adolescentes, son las mujeres las que se constituyen en las receptoras de los servicios ofrecidos. Debido a que ambos programas operan en instituciones del sector salud, su clientela está constituida principalmente por personas que buscan servicios relacionados con su bienestar físico y psicológico (incluyendo atención prenatal, de parto y posparto). Las adolescentes sanas no embarazadas no son, por lo tanto, una clientela natural para ellos, lo cual se refleja claramente en el perfil de las usuarias de los servicios que fueron entrevistadas (véase anexo 2). Por lo tanto, los servicios están menos orientados a la prevención del embarazo y ETS (desarrollo de competencias para negociar la abstinencia o el sexo seguro, por ejemplo) que a la atención a la salud y la prevención secundaria.

Puede decirse que hasta cierto grado ambos programas intervienen demasiado tarde, en “problemas” ya existentes (adolescentes embarazadas o madres adolescentes), y necesitarían reorientarse para atender a los adolescentes antes de que adopten comporta-

30. El Subdirector del PNASRA indicó que el programa y, en particular, la coordinación entre los niveles federal y estatales, funciona mucho mejor en los estados que en el D. F., lo que probablemente tiene que ver con la reciente descentralización (1998) de los servicios de salud federales al D. F. y con el hecho de que las autoridades electas en ese distrito en 1997 pertenezcan, por primera vez en la historia de la capital, a un partido político (el Partido de la Revolución Democrática, PRD) diferente y opuesto al partido dominante (el Partido Revolucionario Institucional, PRI), el cual mantiene el Poder Ejecutivo en el nivel federal. Por esta razón, la transferencia de la autoridad administrativa de un gobierno a otro fue más complicada y llevó más tiempo que lo usual.

mientos que los pueden conducir a situaciones problemáticas respecto de su salud sexual y reproductiva.³¹

Si bien los proveedores consideran que su trabajo ha tenido un impacto favorable en términos, por ejemplo, de que las adolescentes regresan al servicio luego de haber tenido a su bebé para buscar una opción anticonceptiva, reconocen que el impacto sobre los principales problemas que afectan a la población adolescente es escaso y estiman que para esto debería realizarse un trabajo comunitario y fundamentalmente preventivo, el cual en el caso del módulo, como ya se ha señalado, es reciente, no sistemático y secundarizado respecto del fuerte trabajo asistencial desarrollado.

Debe subrayarse el compromiso profesional y afectivo del personal de salud de ambos servicios en la atención de los adolescentes, más allá de las dificultades de diverso tipo que afrontan en su labor diaria.

6.2.2. El Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

Aunque el programa hace mención a la salud integral de los adolescentes, de hecho se enfatiza su salud reproductiva. La alusión a una perspectiva de género, así como la atención de la salud reproductiva como un derecho de los adolescentes no son explicitados, lo que no aclara cómo deberían operativizarse estas perspectivas en la dinámica de los servicios.

De hecho, a nivel del módulo, las acciones del equipo de salud se dirigen fundamentalmente a informar, orientar y dar consejería en planificación familiar, otorgar métodos anticonceptivos y ofrecer control prenatal a las jóvenes embarazadas. Aunque el programa enfatiza la promoción del condón como método para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, la práctica coti-

31. La necesidad de que la prevención primaria deba o no permanecer como uno de los objetivos más importantes de estos programas o de que el sector salud sea el más apropiado para proporcionar la prevención primaria, son cuestiones que deben afrontarse pero que se encuentran más allá del alcance de esta investigación. Sin embargo, ya que forma parte de los objetivos de los programas analizados, nos referimos a ella al ser uno de los aspectos más débiles de los programas.

diana respectiva se ve limitada en ocasiones ante el desabastecimiento de preservativos.

Como los propios proveedores lo señalan, un conjunto de limitaciones institucionales, así como la escasez de recursos humanos y físicos, impiden en gran medida cumplir con el objetivo para el cual el servicio fue creado: realizar promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. Acertadamente, desde el punto de vista de los proveedores, se considera que el mayor impacto que ha tenido el programa ha sido en la esfera de la prevención secundaria. Las actividades de prevención primaria se restringen básicamente, en el ámbito del servicio, a los cursos-talleres para adolescentes y para adolescentes embarazadas y, en el ámbito comunitario, a la recaptura de usuarias "desertoras" y el otorgamiento esporádico de pláticas en establecimientos escolares a estudiantes y docentes. Los padres, hasta el momento, se encuentran excluidos de estas acciones.

En lo que respecta a una perspectiva de género, si bien a nivel de las verbalizaciones se expresa cierto reconocimiento de las desigualdades de género en el ámbito de la sexualidad y la reproducción y de las dificultades para involucrar a los varones en las decisiones vinculadas a su salud sexual y reproductiva, esto no proviene de una capacitación formal recibida de los niveles centrales y tampoco se manifiesta en acciones sistemáticas desarrolladas en el servicio. En este sentido, la participación del equipo de salud en las reuniones de GIRE puede considerarse como un acercamiento a la problemática del género y una vía importante de sensibilización; sin embargo, el hecho de que las autoridades del centro de salud ordenaran el término de esta participación impide la continuación de la capacitación en este aspecto.

En cuanto a una perspectiva de derechos, los agentes de salud reconocen los derechos que en esta materia asisten a los individuos y a las parejas, y fomentan particularmente el derecho a la información y consejería en planificación familiar, ETS y VIH/sida, así como el derecho a elegir el método anticonceptivo que los adolescentes consideren más adecuado. Sin embargo, no se enfatiza explícitamente en los servicios una perspectiva de los adolescentes como sujetos activos de derechos y como agentes para demandarlos y defenderlos, así como tampoco aparece sensibilidad alguna respecto de la importancia de la participación de los adolescentes en los programas.

Aunque el costo de los servicios que otorga el módulo es accesible, el horario de atención excluye a aquellos adolescentes que acuden a la escuela en el horario matutino y las acciones principales que se desarrollan no fomentan una asistencia efectiva de los varones.

6.2.3. El Programa Educativo para Adolescentes (PREA)

El documento del PREA, por su parte, enfatiza las estrategias informativas y educativas dirigidas a las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes, a pesar de que se menciona la información y atención integral a la población abierta de ambos sexos. La concepción de salud reproductiva que permea el programa se restringe a la importancia de planear el número de hijos y el espaciamiento intergenésico, mediante el otorgamiento de información adecuada que permita un ejercicio responsable de la sexualidad. El documento no hace mención a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, aunque se puede inferir que se encuentra implícito el derecho a la información, educación y atención en este ámbito. Tampoco hay alusión a una perspectiva de género. Aunque se mencionan mecanismos de supervisión y evaluación permanentes del programa, no se considera la participación de las adolescentes en estas actividades.

A nivel del servicio, consideramos que existe congruencia entre los principales objetivos programáticos y las acciones llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario. Sin embargo, la inclusión de los varones como población objetivo es insignificante y no es problematizada por los agentes sanitarios. De igual manera, no se intenta incrementar la escasa participación de la familia y de la pareja de la adolescente en el acompañamiento de situaciones problemáticas. Es importante, sin embargo, destacar la inclusión de la autoestima en las pláticas ofrecidas, como uno de los ejes centrales para el desarrollo de estrategias de asertividad en las jóvenes.

6.3. RECOMENDACIONES

Sobre la base de la investigación realizada, enunciaremos a continuación una serie de sugerencias y recomendaciones, tomando en consideración la situación actual de los programas y de los servicios analizados.

6.3.1. En relación con la formulación, ejecución y evaluación de los programas:

- Se sugiere que los programas partan del reconocimiento de la influencia del contexto familiar y comunitario en que los comportamientos de los adolescentes ocurren, detectando aquellos factores favorecedores y obstaculizadores para la ocurrencia de comportamientos de riesgo. La elaboración de este diagnóstico permitiría distinguir los diferentes intereses, las necesidades y las posibilidades de la población adolescente según el sexo, la edad, la actividad predominantemente desarrollada, el nivel escolar alcanzado y las experiencias de vida.
- Sobre la base de este diagnóstico, podría desarrollarse un enfoque más integral en la atención, orientado a los adolescentes y sus familias, sus pares y su entorno comunitario, que tenga como eje central la prevención y la promoción de conductas positivas en los jóvenes.
- Del mismo modo, sería deseable la incorporación de profesionales de las ciencias sociales (antropólogos, sociólogos, expertos en educación y comunicación) en la planeación y evaluación de los programas, con la intención de que sean incluidos los aspectos socioculturales relacionados con la prevención de la salud en los adolescentes.
- La concepción de prevención requiere ser ampliada, incluyendo actividades de recreación, autoestima, toma de decisiones, asertividad y adquisición de distintas competencias tendientes, por ejemplo, a la resistencia a la presión que ejercen los pares.
- Se sugiere, asimismo, favorecer la participación de los adolescentes en la identificación de las necesidades y en el diseño de servicios y de acciones; es sabido que cuando los jóvenes toman parte activa, su presencia y el respeto que se les muestra contribuyen a atraer a otros jóvenes.
- Se recomienda realizar un verdadero esfuerzo de coordinación, colaboración y vinculación entre las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, a partir de un diagnóstico de los servicios ofrecidos en torno a esta temática y la identificación de las posibles vinculaciones entre ellos.

6.3.2. En relación con la capacitación del personal de salud:

- Sensibilizar a los proveedores respecto de las condiciones socioeconómicas y culturales que prevalecen en el entorno en el que viven los usuarios de los servicios y lo que éstas implican en términos de las opciones, posibilidades y limitaciones para trabajar con ellos en la modificación de ciertas conductas.
- Sensibilizar a los agentes sanitarios en problemáticas como el aborto, las adicciones y la violencia en todas sus manifestaciones y particularmente en la violencia sexual y de género, así como en los vínculos entre las adicciones y el sexo protegido o la violencia y la posibilidad de negociar estrategias preventivas en la relación sexual.
- Promover programas reconocidos por las instituciones académicas de grado, que tengan como objetivo el entrenamiento de profesionales de la salud y paramédicos en la especialización de medicina de la adolescencia.
- Entrenar a los proveedores de servicios acerca de las características de la adolescencia y sus problemáticas, en torno a un abordaje integral de la sexualidad, así como a una perspectiva de género y de derechos.
- Adiestrar al personal de salud para desarrollar acciones educativas.
- Implementar mecanismos de incentivos y estímulos para el personal de salud, favoreciendo su participación en cursos y la colaboración con el personal de otras instituciones que se dedica también a la atención de adolescentes.

6.3.3. En relación con el ofrecimiento de los servicios:

- Ampliar los días y horarios de atención con el objeto de incluir a aquellos adolescentes excluidos de los servicios (por ejemplo, la población que asiste a la escuela, los varones que trabajan, etcétera).
- Dar mayor difusión a los servicios, ofreciendo direcciones, horarios de atención y haciendo hincapié en su privacidad y confidencialidad.
- Mejorar la organización en la entrega de los turnos con el objeto de disminuir los tiempos de espera.
- Incrementar la prevención, la detección y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

- La anticoncepción de emergencia³² y la doble protección deben ser vigorosamente incorporadas en los servicios, mediante una consejería adecuada y el entrenamiento de los proveedores.
- Mejor información y mayor sensibilidad por parte de los proveedores de los servicios en el tratamiento de las cuestiones vinculadas a las intenciones o las dudas respecto de terminar un embarazo, dada la ocurrencia frecuente del abuso sexual en las mujeres jóvenes de los sectores populares de la ciudad de México.
- Dar seguimiento a los adolescentes referidos a otras instituciones.
- Desarrollar estrategias con la finalidad de incluir a los varones en las decisiones sexuales y reproductivas.
- Reforzar en los proveedores la necesidad de establecer relaciones de confianza y de apoyo con los adolescentes, no culpabilizándolos por los comportamientos o problemas que presentan.
- Enfatizar un abordaje preventivo en las acciones desarrolladas, orientado hacia el mejoramiento de la autoestima y la autonomía de los adolescentes.
- Desarrollar un trabajo comunitario sistemático, continuo y duradero con el objeto de captar jóvenes e implementar junto con ellos acciones preventivas en el campo de la salud.
- Desarrollar, reforzar y/o ampliar los enlaces interinstitucionales, favoreciendo el trabajo conjunto en el abordaje de problemáticas que afectan a los adolescentes.

6.3.4. En relación con los recursos físicos, materiales y humanos:

- Garantizar la existencia de todos los métodos anticonceptivos que se ofrecen.
- Dotar a los servicios de espacios exclusivos y de recursos materiales adecuados para el desarrollo de las actividades de información, educación y comunicación.

32. La anticoncepción de emergencia no está incluida en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar y su inclusión ha levantado una fuerte controversia. Hasta el momento, la mayor dificultad para su adopción ha sido su desconocimiento por parte de las potenciales usuarias como de los proveedores de servicio, así como de los grupos conservadores.

- Favorecer la permanencia del personal en el servicio y garantizar profesionales de tiempo completo con la intención de consolidar equipos de trabajo.

ÍNDICE DE SIGLAS

AA	Alcohólicos Anónimos
AMGIJ	Asociación Mexicana de Ginecología Infanto-Juvenil
AMSA	Asociación Mexicana para la Salud de los Adolescentes
CAA	Clínica para la Atención del Adolescente
CAVI	Centro de Atención a la Violencia Familiar
CGPPFSEINP	Clínica de Ginecología Pediátrica, Planificación Familiar y Servicio de Endocrinología del Instituto Nacional de Pediatría
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
CORA	Centro de Orientación para Adolescentes
CSSSADF	Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal
DDF	Departamento del Distrito Federal
DF	Distrito Federal
DGPF	Dirección General de Planificación Familiar
DGPS	Dirección General de Promoción a la Salud
DGSR	Dirección General de Salud Reproductiva
DIA	Programa de Desarrollo Integral del Adolescente
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DSSPGDF	Dirección de Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal
GAAPP	Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población
GDF	Gobierno del Distrito Federal
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
GISR	Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva
HIM	Hospital Infantil de México
HMII	Hospital Materno Infantil Inguarán
IES	Institutos Estatales de Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MEXFAM	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PHANM	Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre
PNASRA	Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes
PNPAIMA	Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes
PNSRPF	Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar
PRD	Partido de la Revolución Democrática
PREA	Programa Educativo para Adolescentes
PRI	Partido Revolucionario Institucional
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIETS	Servicios Integrales de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual
SNM	Sanidad Naval y Militar
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSDF	Servicios de Salud del Distrito Federal
SSA	Secretaría de Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, M. y Díaz-Loving, R.: "Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos", en *La Psicología social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, 1994.
- Becerril, J.: "La descentralización de los servicios de salud: entre la eficiencia y el caos", en *Letra S*, N° 36, 1999.
- Beltrán, A. F. y Benet, J.: "Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: un factor determinante de bienestar social", mimeo, México, El Colegio de México, 1997.
- Burt, R. M.: *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?*, documento preparado para la Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1996.
- CONADIC y SSA: *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias, acciones*, México, Consejo Nacional contras las Adicciones y Secretaría de Salud, 1999.

- CONAPO: *Encuesta Nacional Demográfica*, Consejo Nacional de Población, México, 1982.
- CONAPO: *Encuesta Nacional de Planificación Familiar*, México, Consejo Nacional de Población, 1995.
- CONAPO: *Situación Demográfica del Distrito Federal*, México, Consejo Nacional de Población, 1996.
- CONAPO: *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población, 1997.
- CONAPO: *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Comité técnico para la revisión de avances CIPD+5*, México, Consejo Nacional de Población, 1999.
- CONASIDA: *Comportamiento sexual en la ciudad de México. Encuesta 1992-1993*, México, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 1994.
- CONASIDA: *Estadísticas sobre SIDA en México. Diciembre de 1998*, Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/1998/9812/9812.html>, México, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 1999.
- CPMRM: *Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Selección)*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1995.
- Cuevas, B. y Wulfert, E.: "Conocimiento sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual en estudiantes universitarios", en *Enseñanza e investigación en psicología*, 9, N° 1, 1983.
- Fleiz, C.; Villatoro, J.; Alcántar, N.; Navarro, C. y Medina-Mora, M. E.: "Resultados preliminares de la conducta sexual en estudiantes de secundaria y bachillerato y bachillerato técnico del Distrito Federal", documento presentado en el Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes, Querétaro, Qro., marzo de 1999, México.
- Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población CIPD+5: *Retos y obstáculos de la salud sexual y reproductiva. Pobreza y desarrollo en México. Retos sociales y económicos, colaboración ONG-Gobierno*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 1999.
- GAAPP: "Declaración de Monterrey", Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, en *Carta sobre Población*, 1, N° 3, 1995.
- Germaín, A. y Kyte, R.: *El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, Nueva York, International Women's Health Coalition, 1995.
- Gobierno del Distrito Federal: *Política social del Gobierno del Distrito Federal. Información estadística del sector social*, GDF, México, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, 1999.
- Gómez de León, J. (coord.): *La demanda de servicios de salud en México: un análisis econométrico*, México, Serie Estudios Sectoriales, Consejo Nacional de Población, 1995.

- Hospital de la Mujer, PREA: *Programa educativo para adolescentes*, Subsecretaría de Coordinación Sectorial, Hospital de la Mujer, México, 1999.
- IMP y SEP: *Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar*, México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública, 1991.
- INEGI: *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1991.
- INEGI: *Los jóvenes en México*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1993a.
- INEGI: *Los niños en México*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1993b.
- INEGI: *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992. Metodología y Tabulados*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1994.
- INEGI: *Anuario Estadístico del Distrito Federal*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1997a.
- INEGI: *Estadísticas Vitales*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1997b.
- INEGI: *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y Tabulados*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999.
- López, E.; Medina, M. E.; Villatoro, J.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S. y Rojas, E.: "La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil", en *Salud Mental*, 4, N° 18, 1995.
- Mariño, M. y Medina-Mora, M.E: "Síntomatología depresiva en estudiantes", en *La Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, 5, 1994.
- Monroy, A.; Velasco, L. y Velasco, M.: "El Centro de Orientación para Adolescentes, CORA-México", en *Memoria de la Reunión Regional sobre Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe. Agosto, 1995, Cancún, México*, México, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998.
- Pérez, F. C.: "Anticoncepción en el Programa de Atención Integral en la Adolescencia", documento presentado en el IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, III Nacional y II Femess, México, octubre de 1998.
- Pick de Weiss, S.; Aguilar, G. y Rodríguez, P.: *Planeando tu vida. Un programa de educación sexual y para la vida familiar*, México, Trillas, 1988.
- SSA: *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, México, Secretaría de Salud, 1990.
- SSA: *Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes*, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 1994a.

- SSA: *Contenido para el curso de atención a la salud reproductiva para adolescentes*, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 1994b.
- SSA: "Daños a la salud", en *Boletín de Información*, 2, N° 15, México, Secretaría de Salud, 1995.
- SSA: *La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva, 1999.
- SSA: *Guía práctica de servicios e infraestructura para la salud. Distrito Federal*, Dirección General de Conservación y Mantenimiento, México, Oficialía Mayor, Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento, s.f.
- Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social: *Programa estatal de salud sexual y reproductiva del Distrito Federal*, México, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 1998.
- UNAM: *Encuesta Mexicana de Fecundidad*, México, Dirección General de Estadística e Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, 1976.
- Velasco, M. L.: *CORA 20 años. Centro de Orientación para Adolescentes, A.C. 1978-1998*, México, Centro de Orientación para Adolescentes, A.C., 1999.
- Vélez, T.: *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de adolescentes*, México, Tesis de Licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional, 1996.

ANEXO 1 CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1.1
PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DE LOS ADOLESCENTES
Datos nacionales, 1990

Años y grupos de edad	Población total %	Hombres %	Mujeres %
NACIONAL			
12 a 14 años	(n=5.949.400)	(n=2.966.811)	(n=2.982.589)
Activa	7,3	11,1	3,4
Inactiva	87,1	82,8	91,4
15 a 19 años	(n=9.220.432)	(n=4.489.886)	(n=4.730.546)
Activa	31,9	46,8	17,8
Inactiva	68,1	53,2	82,2
DISTRITO FEDERAL			
12 a 14 años	(n=534.362)		
Activa	2,8		
15 a 19 años	(n=1.242.149)		
Activa	19,4		

Fuente: *Los jóvenes en México*, INEGI, 1993a; *Los niños en México*, INEGI, 1993b; *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, INEGI, 1991.

CUADRO 1.2
TIPO DE ACTIVIDAD A NIVEL NACIONAL, SEGÚN SEXO
Datos nacionales, 1990

Grupos de edad	Población total %	Hombres %	Mujeres %
12 a 14 años	(n=418.575)	(n=320.929)	(n=97.640)
Empleado u obrero	35,3	27,2	61,8
Jornalero o peón	23,7	26,3	15,1
Trabajador por cuenta propia	17,9	20,8	8,3
Trabajador familiar no remunerado	13,7	16,6	3,9
No especificado	9,5	9	10,8
15 a 19 años	(n=2.943.011)	(n=2.101.723)	(n=841.288)
Empleado u obrero	59,8	50,3	83,6
Jornalero o peón	15,8	20,3	4,4
Trabajador por cuenta propia	12,9	16,1	5,1
Patrón o empresario	0,4	0,4	0,3
Trabajador familiar no remunerado	5,7	7,4	1,5
No especificado	5,4	5,5	5,1

Fuente: *Los jóvenes en México*, INEGI, 1993a; *Los niños en México*, INEGI, 1993b; *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, INEGI, 1991.

CUADRO 1.3
NIVEL SALARIAL MENSUAL EN POBLACIÓN DE 12 A 14 Y 15 A 19 AÑOS
Datos nacionales, 1990

Grupos de edad	Población total %	Hombres %	Mujeres %
12 a 14 años	(n=418.575)	(n=320.929)	(n=97.640)
No recibe	24,2	29,4	7,5
Menos de 1	38,9	35	52
De 1 a 2	24,7	23,4	28,9
Más de 2 y menos de 3	2,8	2,9	2,2
De 3 a 5	0,8	0,8	0,7
Más de 5	1	1	1
15 a 19 años	(n=2.943.011)	(n=2.101.723)	(n=841.288)
No recibe	11,1	14,4	3
Menos de 1	27,3	24	35,6
De 1 a 2	44,9	43,3	48,8
Más de 2 y menos de 3	8,3	9,3	5,9
De 3 a 5	2,3	2,6	1,6
Más de 5	1,7	1,7	1,4

Fuente: *Los jóvenes en México*, INEGI, 1993a; *Los niños en México*, INEGI, 1993b; *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, INEGI, 1991.

CUADRO 1.4
TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD*
Datos nacionales, 1974-1996

Grupo de edad	1974 ¹	1978 ²	1982 ²	1986 ³	1991 ⁴	1995 ⁵	1996 ⁶
15 a 19 años	130	132	105	84	82	75	74

* Niños nacidos por cada mil mujeres.

Fuente:

1. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976.
2. Encuesta Nacional Demográfica, 1982.
3. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.
4. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992.
5. Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.
6. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

CUADRO 1.5
CAUSAS DE MUERTE DISTRITO FEDERAL, 1998
(En porcentajes)

	10-14 años		15-19 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Neoplasmas	36,2	48,2	26,0	33,0
Accidentes	18,9	12,0	23,0	11,0
Malformaciones congénitas	7,02	6,6	1,4	4,8
Enf. cardiovasculares	3,7	5,4	4,1	4,8
Enf. cerebrovasculares	3,2	–	1,4	–
Infec. respiratorias agudas	–	3,6	2,3	4,8
Causas maternas	–	–	–	8,0
Sida	–	–	1,4	–
Otras	30,98	24,2	40,4	33,6

Nota: Los datos que nos fueron proporcionados se presentan agrupados de acuerdo con los programas prioritarios definidos por la SSA, por lo que puede haber otras causas de muerte importantes para los grupos de edades adolescentes que hayan sido subsumidas en la categoría de otras causas. Tal es el caso, probablemente, de homicidios, suicidios y lesiones inflingidas por otras personas, que aparecen especificadas como importantes en otras fuentes de información.

Fuente: Datos proporcionados por el Departamento de Estadística e Informática de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, 1999.

CUADRO 1.6
PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS
Distrito Federal, 1995

	Mujeres (n=99.777) %		Hombres (n=54.176) %
Complicaciones embarazo parto, puerperio	44,5	Traumatismos y envenenamientos	23,4
Tumores	7,9	Enf. aparato respiratorio	13,5
Enf. aparato respiratorio	5,7	Enf. aparato digestivo	9,3
Traumatismos y envenenamientos	5,6	Tumores	8,7
Enf. aparato genitourinario	3,7	Enf. infecciosas y parasitarias	8,2

Fuente: *Daños a la Salud*, Boletín de Información, vol. 2, N° 15, SSA, 1995.

CUADRO 1.7
IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES
DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR
Distrito Federal, 1991

	Presencia de al menos un síntoma de ideación (n=1.652) %	Estudiantes en muestra (n=3.459) %
Sexo		
Hombre	47,9	51,0
Mujer	52,1	49,0
Edad		
< = 13 años	47,4	44,6
14 años	18,1	15,9
15 años	10,8	11,9
16 años	8,4	9,9
17 años	7,4	8,6
18 años	3,5	4,7
> = 19 años	4,4	4,4

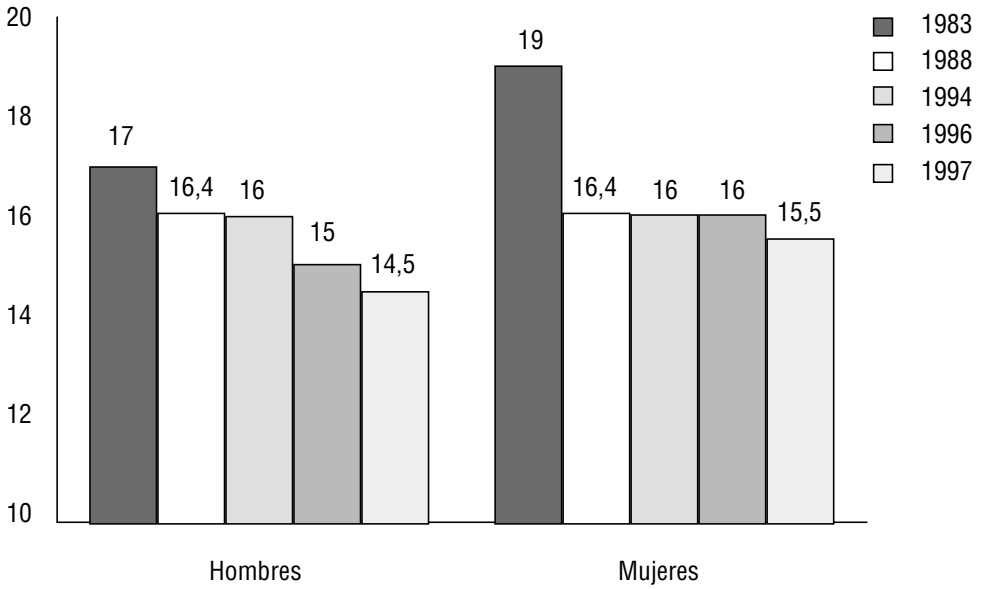
Fuente: López *et al.*, *Salud Mental*, 18(4), 1995.

CUADRO 1.8
CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR
DISTRIBUCIÓN POR RANGO DE EDAD
Distrito Federal, enero-septiembre, 1997

Edad	%
De 0 a 6 años	0,4
De 7 a 12 años	0,9
De 13 a 17 años	3,2
De 18 a 24 años	18,6
De 25 a 29 años	18,7
De 30 a 34 años	18,2
De 35 a 39 años	15,8
De 40 a 44 años	9,6
De 45 a 49 años	5,5
De 50 a 54 años	3,4
Más de 55 años	5,7
Total	100,0

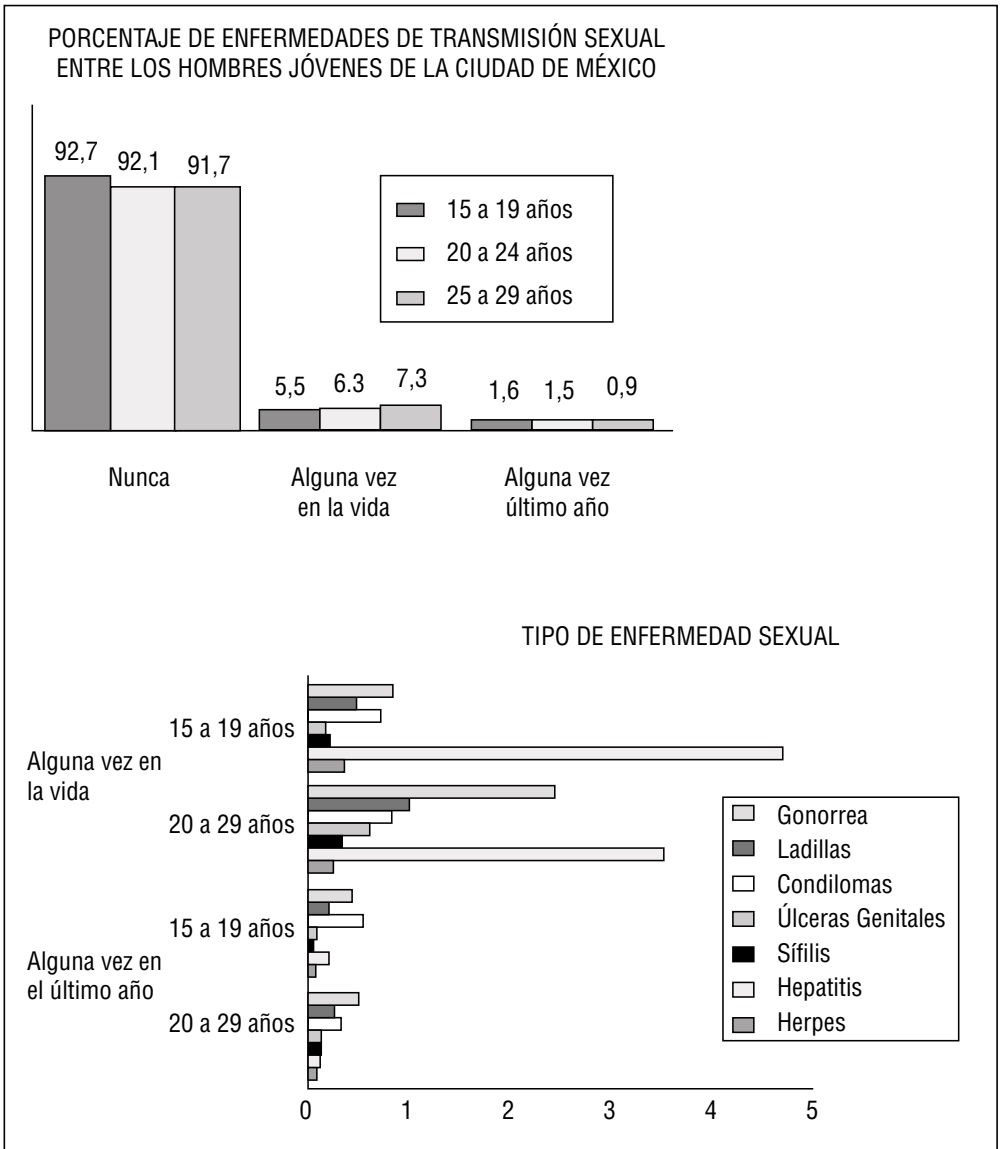
Fuente: Gobierno del Distrito Federal, Política Social del Gobierno del Distrito Federal. Información Estadística del Sector Social, México, GDF, Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, 1999.

GRÁFICO 1.1
 EDAD DE INICIO EN LAS RELACIONES SEXUALES
 Distrito Federal



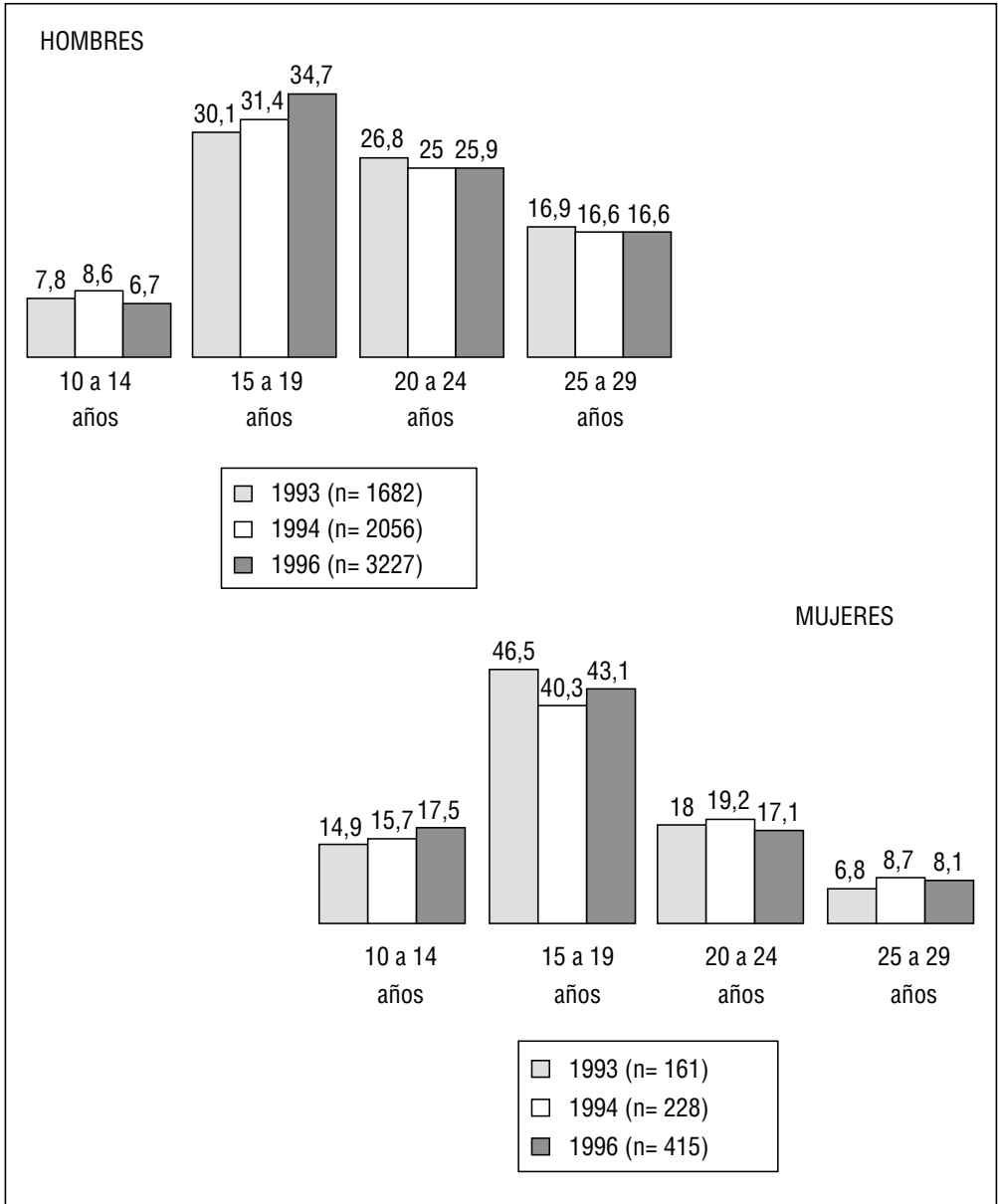
Fuentes: Cuevas, B. y Gulfert, E., 1983; Pick de Weiss *et al.*, 1988; Alfaro, M. y Díaz-Loving, R., 1994; Fleiz, C. *et al.*, 1999.

GRÁFICO 1.2
 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
 Distrito Federal, 1992-1993



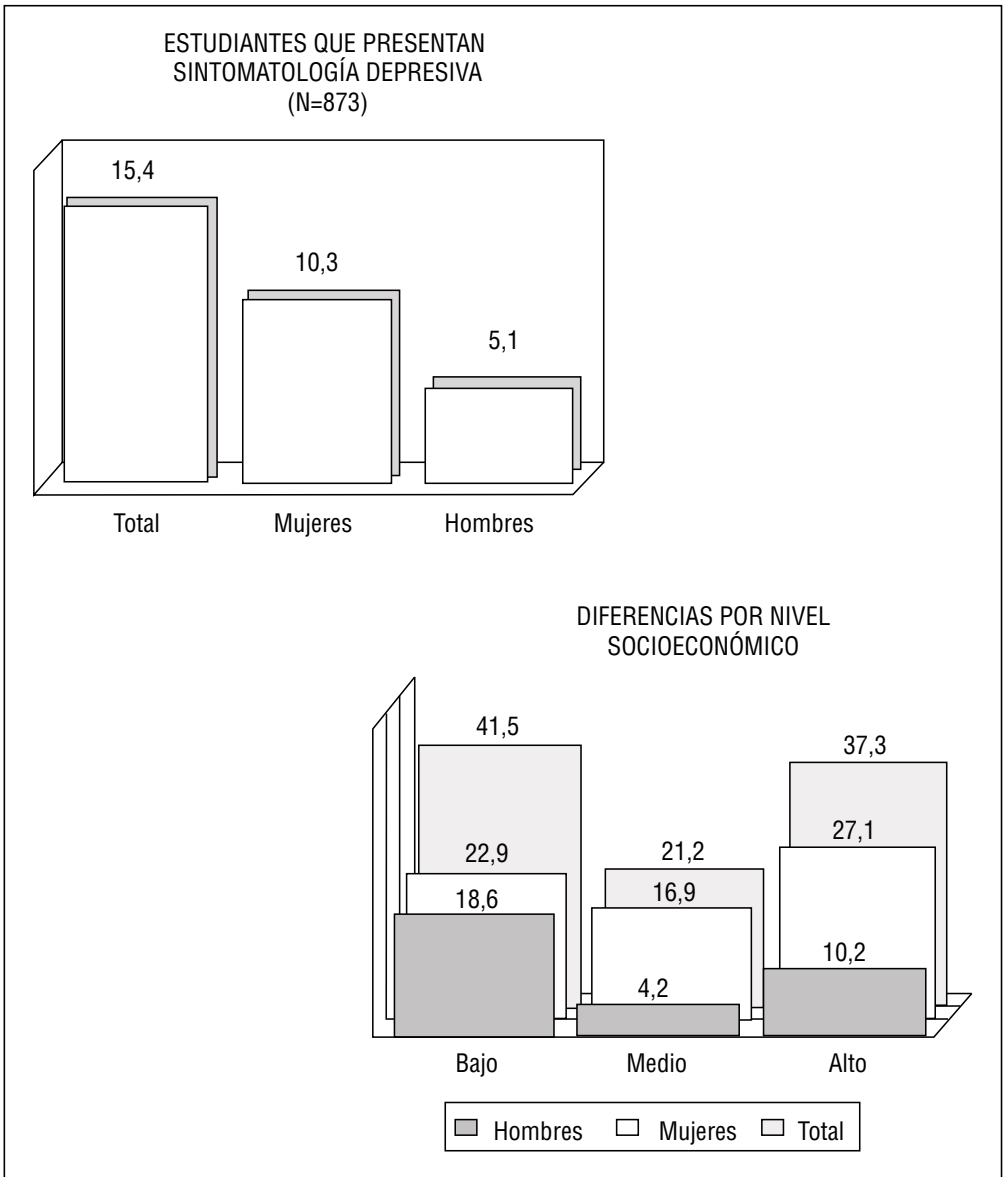
Fuente: Encuesta sobre comportamiento sexual en la ciudad de México 1992-1993, CONASIDA, 1994.

GRÁFICO 1.3
 PACIENTES FARMACODEPENDIENTES
 ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL
 Distrito Federal, 1993, 1994, 1996



Fuente: Anuario Estadístico del D. F., INEGI, 1997.

GRÁFICO 1.4
 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES
 DE ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR
 Distrito Federal, 1994



Fuente: Mariño, M. y Medina-Mora, M. E., "Síntomatología Depresiva en estudiantes", en *La Psicología Social en México*, vol. 5, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, 1994.

ANEXO 2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ENTREVISTADOS

CUADRO A.1
FUNCIONARIOS

Programa	Sexo	Profesión
En Buen Plan	Masculino	Licenciado en psicología
En Buen Plan*	Femenino	Médica pediatra
Programa Educativo para Adolescentes (PREA)	Masculino	Médico gineco-obstetra

* Ex funcionaria.

CUADRO A.2
MÓDULO DE ATENCION INTEGRAL AL ADOLESCENTE. IZTAPALAPA
PROVEEDORES

Profesión	Sexo	Capacitación para atender adolescentes	Antigüedad en el servicio
Psicólogo	Masculino	Sí	5 años
Trabajadora social	Femenino	Sí	2 años
Enfermera	Femenino	Sí	5 años
Médica general	Femenino	Sí	3 años

CUADRO A.3
MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE. IZTAPALAPA
USUARIAS Y USUARIOS

Edad	Sexo	Motivo de consulta ¹	Origen*	Ocupación	Escolaridad ²	Asistencia
18	Femenino	A	Migrante	Hogar	Preparatoria inc.	No estudia
19	Femenino	A	Nativa	Hogar	Preparatoria inc.	No estudia
18	Femenino	C	Nativa	Estudiante	Nivel técnico inc.	Estudia
16	Femenino	A	Nativa	Hogar	Secundaria inc.	No estudia
17	Femenino	A	Nativa	Hogar	Preparatoria inc.	No estudia
18	Femenino	A	Migrante	Hogar	Nivel técnico	No estudia
18	Femenino	B	Migrante	Hogar	Secundaria inc.	No estudia
19	Femenino	B	Nativa	Empleada	Secundaria comp.	No estudia
16	Masculino	C	Nativo	Empleado	Secundaria comp.	No estudia
18	Femenino	A	Nativa	Empleada	Preparatoria inc.	No estudia
17	Femenino	B	Nativa	Estudiante y Empleada	Preparatoria inc.	Estudia
15	Femenino	A	Nativa	Empleada	Secundaria inc.	No estudia
15	Femenino	A	Nativa	Hogar	Primaria inc.	No estudia
16	Femenino	A	Nativa	Hogar	Nivel técnico Inc.	No estudia
17	Femenino	A	Migrante	Hogar	Primaria comp.	No estudia

1. A= Control prenatal

B= Administración de método anticonceptivo

C= Consulta psicológica

2. Inc. significa incompleta; compl. significa completa.

* Algunas usuarias provienen del área conurbana de la ciudad de México y no fueron consideradas como migrantes.

CUADRO A.4
PROGRAMA EDUCATIVO PARA ADOLESCENTES (PREA)
HOSPITAL DE LA MUJER. PROVEEDORES

Cargo	Sexo	Capacitación para atender adolescentes	Antigüedad en el servicio
Psicóloga	Femenino	Sí	5 años
Trabajadora social	Femenino	No	7 meses
Enfermera	Femenino	Sí	2 años
Médico general	Masculino	No	3 años
Enfermera*	Femenino	Sí	3 años

* Primera Coordinadora del PREA institucionalizado.

CUADRO A.5
PROGRAMA EDUCATIVO PARA ADOLESCENTES (PREA)
HOSPITAL DE LA MUJER
USUARIAS Y USUARIOS

Edad	Sexo	Motivo de consulta ¹	Origen ²	Ocupación	Escolaridad ²	Asistencia escolar
17	Femenino	C	Nativa	Hogar	Secundaria comp.	No estudia
14	Femenino	A	Nativa	Hogar	Secundaria incomp.	No estudia
17	Femenino	A	Nativa	Hogar	Secundaria incomp.	No estudia
19	Masculino	F	Nativo	Estudiante	Preparatoria incomp.	Estudia
18	Femenino	B	Nativa	Hogar	Primaria comp.	No estudia
18	Femenino	B	Nativa	Hogar	Secundaria incomp.	No estudia
19	Femenino	C	Nativa	Empleado	Primaria comp.	No estudia
19	Femenino	B	Nativa	Estudiante	Preparatoria incomp.	Estudia
19	Femenino	C	Nativa	Empleada	Secundaria comp.	No estudia
17	Femenino	E	Nativa	Empleada	Primaria incomp.	No estudia
18	Femenino	D	Migrante	Hogar	Primaria incomp.	No estudia
19	Femenino	C	Migrante	Hogar	Preparatoria incomp.	No estudia
17	Femenino	C	Migrante	Hogar	Primaria incomp.	No estudia
13	Femenino	C y F	Nativa	Hogar	Ninguna, sabe leer y escribir	No estudia
19	Femenino	E	Nativa	Hogar	Preparatoria incomp.	No estudia

1. A= Control prenatal

B= Parto

C= Plática

D= Control de método anticonceptivo

E= Plática

F= Consulta psicológica

2. Algunas usuarias provienen del área conurbana de la ciudad de México y no fueron consideradas como migrantes.

IV. ESTUDO DE CASO

Programas de Saúde Reprodutiva para Adolescentes em São Paulo, Brasil

MARIA COLETA OLIVEIRA

MARGARETH ARILHA

ESTELA MARIA G. P. DA CUNHA

JUCILENE LEITE DA ROCHA

1. CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

1.1. FORMULAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: OBSTÁCULOS E FACILITADORES

A proposição de programas de saúde especialmente delineados para atender adolescentes beneficiou-se de um clima político extremamente favorável no país no final dos anos 80. Nesse período, a sociedade brasileira esteve imersa em vibrante processo de abertura democrática, após anos de autoritarismo político. O processo constituinte acalentou sonhos e utopias de transformação, atingindo especialmente os setores de longa data carentes de atenção por parte dos governantes, dentre os quais a infância e a adolescência. Em seqüência à promulgação da Constituição de 1988, foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente, resultante da mobilização de setores de governo e da sociedade civil em torno da problemática desses segmentos da população. O problema dos chamados menores de rua ou de menores em situação de rua, presente em grandes centros urbanos de um modo geral e em São Paulo, em particular, contribuiu para o destaque adquirido pela problemática infanto-juvenil, criando um ambiente de debates e pressionando para que soluções pudessem ser encaminhadas. Nesse contexto político, alterou-se a correlação

de forças, ampliando-se a capacidade de influência daqueles que, já antes das Conferências de População e Desenvolvimento do Cairo em 1994 e da Mulher em Beijing em 1995, apontavam para a necessidade de uma atenção de saúde específica para adolescentes. Parte dessa influência provém da experiência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a criação em 1983, no âmbito federal, na qual teve participação fundamental o movimento organizado de mulheres. Os debates em torno do PAISM foram, a julgar pelo material colhido nas entrevistas, um importante estimulador para a proposição de programa de saúde específico para a adolescência. A diretriz, contida no PAISM, de que as ações de saúde deveriam focalizar as mulheres em todas as fases de sua vida obrigou à reflexão sobre as necessidades e direitos das mulheres jovens e adolescentes, ênfase maior do programa que viria a ser definido mais adiante. Somem-se a essas discussões as ações de educação sexual desenvolvidas por organizações não-governamentais, que contribuíram para a configuração de uma conjuntura favorável ao desenvolvimento de programas de saúde específicos para adolescentes (Arihla & Calazans, 1998).

São Paulo assumiu a liderança nesta e em outras áreas da política social, especialmente pelo estilo democrático de seus governos, abertos ao desenvolvimento de experiências exemplares. Essas razões –além da importância do segmento de pediatras na profissão médica, de um lado, e do movimento de mulheres, de outro– foram aspectos citados pelos entrevistados como importantes para o desenvolvimento de experiências programáticas inovadoras no campo da saúde para adolescentes em São Paulo, que se estenderam depois ao conjunto do país.

Esses encaminhamentos resultaram em propostas que, de certo modo, enfrentavam preconceitos e resistências por parte de segmentos conservadores da sociedade brasileira, especialmente aqueles ligados à Igreja Católica. Acima de tudo, foi a presença de atores sociais com legitimidade técnica, política e persistência na abordagem do tema em distintos espaços –academia, partidos políticos, mídia e setores governamentais– que potencializou a capacidade de mudança. Não há dúvida, porém, de que esse processo se ressentiu, e ainda se resente, de uma ausência do jovem como agente político das transformações em curso. Parece haver de fato, no Brasil, um vácuo no que diz respeito à mobilização e organização desse segmento, sendo os jovens raramente reconhecidos co-

mo interlocutores no debate político, especialmente no tocante à formulação de políticas sociais dirigidas à adolescência e à juventude.¹ Esforço nesse sentido tem sido feito pela Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPDP), criada após a Conferência do Cairo para dar seqüência às recomendações referendadas pelo governo brasileiro.

Tanto no caso do Programa de Saúde do Adolescente quanto no do Programa de Saúde da Mulher, a farta documentação (Correa, Piola, & Arilha, 1999) mostra que o debate no Brasil antecipou-se às formulações consagradas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994. Isto é, as políticas sociais no Brasil caminharam no sentido de ampliar seu escopo, adotando a perspectiva dos direitos de cidadania –enquanto setores que enfatizavam objetivos demográficos nas políticas de saúde tiveram sua importância diminuída. A CIPD trouxe, para os primeiros, a legitimação internacional de conceitos internamente em discussão. No entanto, dado o avanço da noção de atenção integral à saúde, para alguns segmentos da área de saúde no Brasil o conceito de saúde reprodutiva da CIPD representaria uma restrição, como se discutirá adiante.

1.1.1. O Sistema Único de Saúde no Brasil

O SUS –Sistema Único de Saúde– é a alternativa de atenção à saúde para cerca de 75% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 130 milhões de habitantes. O processo de construção da proposta do SUS solidificou-se no texto constitucional de 1988, que estabelece o conceito de seguridade social como o conjunto de ações no âmbito da saúde, previdência e assistência social. No cenário que a Constituição estabeleceu, o direito à saúde foi inscrito como universal, assegurando portanto seu acesso a todos os cidadãos, de maneira igualitária e com integralidade. Os princípios do SUS –universalidade, igualdade e integralidade– norteiam a prestação de serviços públicos de saúde no país por meio da ação regionalizada, hierarquizada, descentralizada e com participação so-

1. Comunicação pública feita por jovens em debate no Seminário Internacional “Gravidez na Adolescência: Parlamentares e Especialistas Construindo Propostas para Ação”, Brasília, Ministério da Saúde, 13-16 de Agosto, 1999.

cial. No entanto, a mesma Constituição que instituiu o direito universal não estabeleceu fontes fixas de financiamento para a execução da política de saúde, sendo este um dos maiores entraves para a manutenção e aprimoramento do sistema, obrigando a uma constante discussão entre o Executivo e Legislativo sobre possíveis formas de financiamento para seu custeio.² Apesar das dificuldades para sua manutenção e investimentos, o SUS tem se desenvolvido buscando mudanças no modelo de assistência, estimulando os processos de descentralização administrativa, política e orçamentária, dando a estados e municípios responsabilidades crescentes no financiamento e na condução de suas políticas de saúde. Cabe assim hoje ao governo federal a missão de estabelecer diretrizes e normas para o funcionamento do sistema.

De par com a descentralização e a igualdade, cresceram estruturas de controle social em todos os municípios do país, por meio da implantação dos Conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Os Conselhos dão corpo aos preceitos de participação social definidos para o SUS. Além disso, a existência dos Conselhos de Saúde é condição básica para que os municípios possam receber diretamente os recursos federais para pagamento da atenção à saúde prestada no município, repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Podemos afirmar que em 95% dos municípios brasileiros existem Conselhos de Saúde (Brasil, 1999b).

No Estado de São Paulo, 94,4% de seus 645 municípios recebem algum tipo de recurso de saúde proveniente diretamente do nível federal, e por ele devem responder, atendendo da melhor forma possível seus habitantes. Ainda que o estado apresente situação favorável se comparado aos demais, chama atenção que, de todas as 26 capitais do Brasil, apenas a cidade de São Paulo não esteja ainda habilitada em nenhuma modalidade de gestão do SUS. Razões de natureza política encontram-se na raiz da situação enfrentada no Município de São Paulo. A modalidade de gestão implantada no Município (PAS – Programa de Atendimento à Saúde) foi con-

2. Está em discussão no Congresso Nacional uma proposta de emenda constitucional que poderá ser aprovada ainda no ano 2000, e que prevê a fixação de fontes e valores para o financiamento da área da Saúde, incrementando a responsabilidade orçamentária dos estados e municípios na execução das políticas de saúde.

siderada incompatível com a legislação do SUS. O tema é complexo e demandaria espaço aqui não disponível para sua discussão. Menciona-se aqui apenas para ajudar o leitor a situar os serviços objeto do presente estudo que, embora localizados no Município de São Paulo, reportam-se à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde para o desenvolvimento de suas ações.

No SUS coexistem várias modalidades de serviços de saúde e níveis de complexidade, nomeados como de complexidade primária, secundária e terciária.³ Paralelamente ao trabalho desenvolvido na rede física já estabelecida no SUS, ganha importância crescente a implantação da estratégia denominada de saúde da família. Ações de natureza preventiva, desenvolvidas junto ao conjunto de famílias em cada região, pretendem servir de cunha transformadora da organização do sistema, buscando reverter um modelo que tem sido marcadamente curativo.

1.2. PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

O Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo (PROSAD) foi criado em 1985, com base em propostas do movimento de mulheres em um contexto político favorável no estado. Segundo um dos funcionários entrevistados, o movimento de mulheres apontava insistentemente para a ausência de um espaço específico de atendimento de saúde para a adolescente, tanto em São Paulo quanto nos demais estados do país. A perspectiva de que São Paulo poderia contar com um governo progressista alimentou a expectativa de desenvolvimento de ações de saúde voltadas especificamente para adolescentes de ambos os sexos. Essas expectativas acabaram concretizando-se a partir de 1986, quando um conjunto de profissionais formulou a Proposta de Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, origem do PROSAD.

3. Nas unidades de saúde de menor complexidade são realizadas atividades básicas, como vacinação, atendimento médico e odontológico. As unidades de maior complexidade podem oferecer, além dos atendimentos anteriores, procedimentos de média complexidade, incluindo Raio X odontológico e eletrocardiograma. Em um nível hierarquicamente superior encontram-se unidades que apresentam capacidade de exames radiológicos e de patologia clínica, ultra-sonografia, fisioterapia e policlínicas. Para efeito deste estudo, são referidos como níveis 1, 2 e 3 de complexidade.

Essa iniciativa estimulou e contribuiu tecnicamente para o desenvolvimento posterior do programa em âmbito nacional, criando-se em 1989 o PROSAD no contexto do Ministério da Saúde, tendo como população-alvo o grupo de 10 a 19 anos. Segundo uma das funcionárias entrevistadas,

Há uma grande ligação entre a proposta de São Paulo e a do Ministério da Saúde. O PROSAD faz uma proposta para o Programa de Saúde do Adolescente do Brasil, baseado nas áreas prioritárias do Programa. É extremamente semelhante [...] São Paulo teve apenas a oportunidade política de ter começado esse projeto antes.... (Funcionária 2, sexo F, Secretaria de Estado da Saúde)

As atividades do Programa em São Paulo serviram de referência para a estruturação dos serviços em outras partes do país. Foram organizados cursos de treinamento e São Paulo recebeu estagiários de todo o Brasil. Em março de 1987 o Programa foi oficializado em lei estadual, prevendo atendimento multiprofissional. Tanto no nível estadual quanto federal, o Programa apóia-se em comissões técnico-científicas. Constitui meta do PROSAD...

...o atendimento intersetorial, trabalhando de forma a identificar fatores de risco e estimular a compreensão da relevância da adolescência, o autocuidado, a imagem positiva de si mesmo, tendo como última meta transformar o adolescente em cidadão. (Funcionária 2, sexo F, Secretaria de Estado da Saúde)

Os objetivos centrais do PROSAD são a promoção da saúde integral mediante o apoio ao crescimento e desenvolvimento, em uma tentativa de reduzir a morbimortalidade no adolescente e o desajuste individual e social, salientando a importância de uma abordagem multiprofissional à saúde e a necessidade de envolver adolescentes no processo. Como resultado, uma variedade de aspectos são contemplados no Programa: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde escolar, saúde reprodutiva, prevenção de acidentes, violência e maus tratos, cultura e lazer. Há uma clara recomendação para que os serviços de saúde promovam atividades individuais e em grupo, tanto na unidade como na comunidade, com o intuito de promover a participação como uma forma de promoção da saúde e de educação para a saúde. Do ponto de vista de sua concepção, o PROSAD combi-

na uma abordagem biomédica da adolescência, a noção de saúde integral e uma noção de direitos. Uma abordagem exclusivamente médica é vista como insuficiente para promover o bem-estar do adolescente, o que conduz o Programa para uma ênfase no envolvimento de equipes multiprofissionais na promoção da saúde. Há uma preocupação especial com aqueles que se encontram em situação de risco social, devido principalmente à desorganização familiar e às precárias condições de vida. A sexualidade e saúde reprodutiva são áreas prioritárias para a ação, e a informação é a palavra chave para ação nessas áreas. O PROSAD não faz distinção alguma entre os sexos, embora assuma uma visão crítica em torno de concepções comuns sobre papéis sexuais. Para as garotas, a gravidez não-planejada constitui o problema central. Os documentos expressam a visão de que as autoridades não devem permitir que a adolescente enfrente sozinha o risco social de uma gravidez indesejada. No campo da atenção à saúde reprodutiva dos meninos, uma pequena nota indica que deveria ser preocupação inserida no Programa, embora não explique o que isso possa vir a significar.

Desde sua criação pelo Ministério da Saúde em 1989, o PROSAD esteve associado a quatro áreas técnicas, ora mais próximo à área de saúde da mulher, ora associado ao programa de saúde da criança, mas sempre com pouca visibilidade na estrutura ministerial. Desde o início de 1999 faz parte da Secretaria de Políticas de Saúde, definido como Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Seu objetivo é, a médio prazo, produzir uma política de saúde para a juventude que possa ser implementada à luz dos processos mais recentes de organização do SUS. Vem recebendo recursos e apoio técnico e político, estimulado em parte pela sensibilidade social e governamental ao tema da gravidez na adolescência. Além disso, o Programa conta com o apoio de distintas agências de cooperação técnica internacional como PAHO, UNFPA, UNESCO e ILO. Cada uma dessas agências, porém, atua em consonância com suas próprias agendas, não havendo entre elas e o Ministério da Saúde um eixo comum de trabalho.

Em São Paulo, o Programa é desenvolvido em 101 unidades, nove das quais na capital e o restante no interior e litoral, envolvendo cerca de 745 profissionais que atenderam aproximadamente 150 mil adolescentes nos últimos dez anos.

No entanto, a gerência do Programa em São Paulo foi muito dificultada no período 1995-99, pelas transformações ocorridas no

âmbito da própria Secretaria Estadual de Saúde e como resultado da reestruturação do setor público em curso no estado. Na capital, sua recente revitalização é atribuída à ação da mídia. A lógica de descentralização da atenção à saúde vigente no país alimentou o desenvolvimento de programas no interior do estado. Sua extensão por várias cidades do interior do estado, mesmo na ausência de dotações específicas, vem sendo implementada graças ao esforço conjunto da coordenação e profissionais locais, usando de maleabilidade no uso de recursos materiais e humanos já disponíveis na máquina administrativa do estado; profissionais locais que, independentemente de sua alocação funcional, se identificavam com os objetivos do Programa, aceitaram a orientação do nível central, permitindo o desenvolvimento de ações locais de acordo com os mesmos delineamentos programáticos.

No entanto, a situação atual do PROSAD em São Paulo é considerada frágil. Transições de governo e o impacto da reformulação do aparelho de estado acabaram por ocasionar, nas palavras de um dos funcionários, o esgarçamento das iniciativas em andamento, colocando as unidades que oferecem ações específicas para adolescentes em situação de isolamento técnico e político.

1.2.1. O Programa para adolescentes no PAM Maria Zélia

O Programa de Saúde do Adolescente do Posto de Atendimento Médico Maria Zélia foi escolhido para este estudo por ter sido citado por vários informantes-chave como um dos poucos serviços ainda em funcionamento na cidade de São Paulo, apesar dos esforços de reestruturação do PROSAD no estado.

O Posto de Atendimento Médico Maria Zélia foi inaugurado em 1985 e sua primeira atribuição foi a de treinar profissionais para o novo Programa. Essa unidade de saúde está, pois, intimamente relacionada à criação no país de programas que dirigiam atenção específica à população adolescente. Construído e equipado com recursos do governo federal, profissionais especialmente contratados compunham a equipe da unidade. Posteriormente, passou para a jurisdição da Secretaria Estadual de Saúde.

O PAM Maria Zélia é um ambulatório de especialidades,⁴ loca-

4. O serviço pode ser considerado como de nível de complexidade 3. En-

lizado no Belenzinho, bairro com perfil de classe média baixa situado na Zona Leste de São Paulo. No passado, o Belenzinho foi marcado pela concentração de imigrantes de origem italiana, tendo sua composição alterada com a chegada subsequente de grupos populacionais vindos do Nordeste do Brasil. O atendimento da clientela na faixa de 10 a 20 anos iniciou-se no final de 1986 por uma equipe multiprofissional composta por médicos clínicos e ginecologistas, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogos. O Programa⁵ esteve desativado entre 1995 e 1997. Em seus “anos de ouro”, o PAM Maria Zélia teve 170.⁶

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente do PAM Maria Zélia foi instituído de maneira a focar o/a adolescente de maneira global, segundo as orientações quando da criação do PROSAD. Portanto, cabia ao serviço considerar não apenas a queixa aparente apresentada pelo/a adolescente mas, também, o contexto que o/a envolve, seja no que se refere a seu desenvolvimento físico, relacionamentos sociais, ou seu desempenho escolar, profissional etc. São válidas para o Programa do PAM Maria Zélia as observações feitas para o PROSAD como um todo uma vez que, teoricamente, este submetia-se às diretrizes comuns definidas no nível nacional e estadual para a clientela adolescente.

1.3. Programa de Atenção à Saúde do Adolescente do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa (CSE-Butantã) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O PASA, Programa de Atenção à Saúde do Adolescente do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa –ou Centro de Saúde-Escola do Butantã (CSEB), como é usualmente denominado– é uma unidade docente-assistencial que presta serviços para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Desde 1977, o CSEB trabalha na construção de modelos assistenciais de atenção primária

tretanto, várias áreas não estão em funcionamento devido à ausência de profissionais especializados e materiais apropriados.

5. Usamos doravante “o Programa” referindo-nos às ações dirigidas a adolescentes usuários/as da unidade de saúde.

6. De acordo com informação colhida com uma das profissionais entrevistadas, hoje restritos a apenas 50, em função da redução de recursos humanos e financeiros em todas as áreas de governo.

à saúde, tendo por objetivo contribuir tanto com a produção científica quanto com a atenção à saúde. O PASA nesse Centro foi escolhido precisamente por sua missão de desenvolver iniciativas inovadoras de alta qualidade técnica e por oferecer subsídios para a análise e avaliação de seus serviços e de outros na rede pública de saúde da cidade de São Paulo.

Do mesmo modo que ocorre com o PAM Maria Zélia, o constrangimento orçamentário da instituição vem prejudicando o trabalho desenvolvido, com provável impacto sobre os cenários epidemiológicos locais. O CSEB tem algumas vantagens do ponto de vista orçamentário, uma vez que dispõe da possibilidade de captação de recursos próprios que permitem a compra de insumos (inclusive anticoncepcionais e material educativo) e, mais recentemente, o recrutamento de pessoal, ainda que em regime de trabalho precário. O CSEB atende uma clientela moradora em área delimitada na região do bairro do Butantã, com 50.000 pessoas, incluindo-se aí grupos populacionais que vivem em precárias condições de vida e de saúde, como os habitantes do Jardim São Remo, Jardim São Domingos e outros, que totalizam cerca de 11.000 pessoas.⁷

O CSEB encontra-se hoje submetido à direção da Faculdade de Medicina da USP, órgão gerenciador máximo do Centro de Saúde. No passado recente, esteve subordinado ao Departamento de Medicina Preventiva daquela Faculdade. Vive, pois, um momento de transição, que deverá colocar o serviço em posição de oferecer respostas a várias necessidades do conjunto da escola. O diretor do Centro de Saúde deverá ser nomeado por um Conselho, que hoje acompanha as mudanças em curso. Não se pode prever nesse momento o impacto dessas mudanças sobre a orientação e dinâmica de funcionamento do Centro de Saúde.

O PASA –Programa de Atenção à Saúde do Adolescente começou no ano de 1985. Até então funcionava no Centro de Saúde apenas o atendimento a crianças pela especialidade da Pediatria. Pacientes a partir dos 12 anos eram encaminhados para o atendimento de adultos. Buscando a especificidade do atendimento a adolescentes, o PASA pretendeu aliar sempre a integralidade do

7. A comprovação de moradia dos residentes em favelas na região é feita em parceria com a Associação de Moradores da Favela do Jardim São Remo.

atendimento individual à busca de impacto no âmbito da saúde coletiva, por meio de eixos estratégicos de ação. Após um processo de avaliação e reflexão (Ayres & França, 1996) em 1994 ficou estabelecido que os eixos estratégicos do PASA seriam o acompanhamento do desenvolvimento e da sexualidade, com especial atenção às DSTs/AIDS e à gravidez. A equipe envolvida buscou sempre considerar o entorno da vida dos adolescentes, focalizando sua chegada ao serviço de saúde como a oportunidade para o estabelecimento de um diálogo envolvendo dois sujeitos: o/a adolescente e o centro de saúde.

O trabalho do PASA, pois, vai além do cuidado médico específico. Segundo o coordenador do Programa, os adolescentes deveriam constituir um grupo programático não apenas pelas características naturais dessa fase do desenvolvimento humano mas, sobretudo, pelos significados de que são socialmente investidas tais características. Nesse sentido, “as principais preocupações teóricas relacionadas à concepção e execução do PASA têm girado em torno da superação das interdições tecno-políticas à motivação ética da emancipação” (Ayres, 1994). O PASA procurou fugir de uma concepção baseada apenas no critério de faixa etária ou diagnósticos psicossomáticos. Todo o processo de trabalho é desenvolvido no sentido de “favorecer a expansão do conhecimento e da autonomia do adolescente em relação às suas condições de vida e saúde” (Ayres, 1994).

Com a reformulação do Programa a partir de 1994, passa a haver um esforço de captação de clientela, em vez de atender apenas à clientela espontânea; procurou-se criar pontes com a comunidade, favorecendo a chegada do/a adolescente. Nesse sentido o PASA tenta transformar sua entrada no que é chamado, por seu coordenador, de “porta de entrada mais heterodoxa”, estimulando as pessoas a usar os serviços a que têm direito na qualidade de cidadãos. Exemplos desses processos de interação são a atuação junto ao Circo-Escola da antiga Secretaria Estadual do Menor, que determinou a presença no CSEB de grupos previamente constituídos por meio de contatos com educadores de rua e que participaram das atividades educativas e da assistência médica no Centro. Essa atividade gerou a realização de vídeo experimental, usado tanto no Centro de Saúde quanto em trabalhos de outras organizações. Além disso foram desenvolvidas atividades com uma escola da região, com discussões sobre temas como DSTs/AIDS, gravidez,

drogas, dentre outros; o projeto “Avizinhar”, que engloba todas as unidades da USP. Também são mantidos contatos para atendimento a adolescentes da Casa de Passagem da região, instituição filantrópica que tem ligação com a Secretaria do Menor e que atende crianças e adolescentes cuja guarda foi retirada dos pais por maus tratos ou que estejam em situação de rua. No geral, as atividades que envolvem interações institucionais são difíceis de serem equacionadas, dada a resistência dos responsáveis pela execução de projetos inovadores. No dizer de um dos provedores entrevistados,

[...] as pessoas querem assistência médica, a consultinha de dermatose, de problema de pele [...] Agora, alguma coisa que vá mais fundo, dos determinantes dos problemas dos adolescentes, é muito complicado [...] isso é um obstáculo. (Provedor 2, sexo M., Butantã)

No momento, o fluxo de trabalho do PASA está estabelecido da seguinte maneira: qualquer adolescente, ao chegar ao serviço, dirige-se até um setor de triagem, e uma auxiliar de enfermagem decide se a demanda diz respeito a grupo educativo, entrevista médica (trata-se de uma consulta médica que não está centrada apenas na queixa explícita) ou atendimento psicológico (quando há algum tipo de sofrimento mental). No caso de suspeita de gravidez, realiza-se o exame *Pregnosticon* e, em caso de resultado positivo, e quando a gravidez é desejada, a adolescente é encaminhada diretamente para o atendimento pré-natal.

O recurso a atendimentos especializados, inclusive em Ginecologia, é bastante limitado no Centro. Os agendamentos só podem ser feitos por iniciativa dos profissionais de saúde e restringem-se a casos mais complexos. As atividades de grupos são realizadas por uma auxiliar de enfermagem especialmente preparada para tanto. Há dois tipos de atividades de grupo, cada uma delas com duas sessões: “Desenvolvimento na adolescência”, destinada aos mais jovens e “Sexualidade, DSTs/AIDS e gravidez”, destinada aos adolescentes entre 15 e 18 anos. O CSEB desenvolve também atividades de treinamento para as profissionais de saúde, lançando mão de profissionais dos serviços de adolescentes existentes e de parcerias com organizações não-governamentais que trabalham com os conteúdos que pretendem desenvolver (APTA, GTPOS, ECOS).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ADOLESCENTES

2.1. POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA (PAM) MARIA ZÉLIA

A equipe do Programa de Saúde do Adolescente no Posto de Assistência Médica Maria Zélia é constituída por um clínico, um pediatra, uma ginecologista e um dentista. O PAM Maria Zélia representou um momento importante de mudança nos processos de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo desde sua inauguração em 1985. Construído e equipado com recursos do governo federal, sua equipe foi constituída majoritariamente pelos melhores quadros (ligados aos meio acadêmico) do concurso realizado em 1983 pelo então INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), passando em seguida ao controle do governo estadual de São Paulo. Nessa ocasião, iniciou-se a atuação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), cujas diretrizes foram definidas nacionalmente pelo Ministério da Saúde. Atualmente, os profissionais na unidade atendem ao conjunto da clientela que se dirige ao Posto de Saúde, não havendo exclusividade de atendimento em nenhum dos programas ali em funcionamento.

Nos primeiros tempos de seu funcionamento, o PAM Maria Zélia acolhia uma população mais pobre. Hoje, porém, em função do impacto das transformações na economia sobre as condições de vida, atende também a segmentos de classe média, sendo grande a heterogeneidade cultural da população que ocorre ao Posto. O empobrecimento da população tem sido apontado como uma dificuldade importante da clientela adolescente, cada vez mais pressionada pela família a tentar ingressar no mercado de trabalho, situação esta que estaria provocando um distanciamento da clientela adolescente em relação ao serviço de saúde. Obrigados a buscar trabalho e sem recursos, não podem arcar com o transporte até o PAM nem têm tempo para participar nas atividades do Programa de Saúde do Adolescente.

O atendimento aos adolescentes é realizado preferencialmente em três dias da semana. Os profissionais do PAM Maria Zélia correm, literalmente, de um lado para o outro do Posto, buscando atender em poucas horas de trabalho uma demanda incompatível com o número de profissionais da unidade e com o tempo que os

profissionais dedicados ao Programa dispõem: pelo menos 16 pacientes para um período de 4 horas diárias, que na maior parte das vezes não é cumprido. Pouco tempo de trabalho disponível e grande escassez de profissionais obriga a uma grande diversificação na assistência prestada, implicando isolamento e ausência de tempo para discussão e/ou supervisão de casos. Assim, por exemplo, a coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente no PAM Maria Zélia trabalha também em atividades gerais de enfermagem, esterilização de materiais, além de atender a outros programas, entre outras atividades. Os profissionais entrevistados lamentam, de uma maneira geral, a impossibilidade de se dedicar mais aos adolescentes, a reuniões periódicas, ou a trabalhos de intervenção junto à comunidade local. Pensam que seria fundamental recuperar a possibilidade de contar com equipes específicas em cada Programa, podendo dedicar mais tempo ao trabalho com os adolescentes. De fato, foi possível verificar um sentimento de certa forma "saudosista" entre os vários profissionais de saúde entrevistados, reportando-se a momentos de grande desenvolvimento do trabalho no PAM durante a década de 80, quando o Posto chegou a ser considerado uma referência importante para o trabalho com adolescentes em serviço público de saúde na cidade de São Paulo.

Segundo os provedores entrevistados, o Programa de Saúde do Adolescente do PAM Maria Zélia tem recebido, ao longo do tempo, indicações de efeitos positivos de seu trabalho. No contato com a clientela, são informados de que adolescentes envolvidos no Programa passam a ter inserção escolar mais participativa, atitudes e comportamentos menos rebeldes e mais tranquilos junto a suas famílias, profissionalização bem-sucedida, resultados visíveis também em função da maior capacidade de adesão dos adolescentes ao Programa. Apesar disso, o Posto ressent-se da ausência de uma avaliação científica contínua, instrumental e local, que servisse de apoio ao trabalho cotidiano.

A falta de recursos financeiros e de insumos faz com que os programas sobrevivam pelo empenho dos profissionais, e não pelo empenho do nível central da Secretaria de governo responsável. Como diz um dos provedores (Provedor 5, sexo M., Maria Zélia),

Se não houvesse o aspecto pessoal, os programas não sobreviveriam.

A partir de janeiro de 1998, o PAM Maria Zélia sofreu mudanças de estruturação de fluxo dentro do Programa, conforme relatado no capítulo 1. Com a chegada de uma nova profissional de saúde (pediatra) com especialização em atendimento de adolescentes, e temendo a desativação do Programa por falta de demanda, as mudanças introduzidas tiveram por objetivo corrigir falhas no fluxo de atendimento, que prejudicavam a captação da demanda. Até então o adolescente, ao chegar no Posto, era convidado a dirigir-se diretamente ao setor 4 (Programas), quando era agendada uma entrevista com a enfermeira coordenadora do Programa, independentemente de sua necessidade ou demanda inicial; o adolescente era matriculado no Programa, onde teria atenção especial e multiprofissional até 18 anos, e passaria por 12 sessões educativas, sobre vários temas, incluindo-se aí orientações sobre desenvolvimento, sexualidade, DSTs/AIDS e anticoncepção.⁸ No entanto, para ter direito a marcar consultas específicas, requeria-se do adolescente a participação constante nos grupos educativos, o que acabava acarretando o esvaziamento do Programa. As mudanças feitas para facilitar e agilizar o acesso dos/as usuários/as aos serviços geraram aumento da presença dos jovens. O ingresso passou a se realizar através da consulta médica, correspondendo assim à expectativa inicial do adolescente. A participação nos grupos passou a ser opcional.

No PAM Maria Zélia a anticoncepção disponível é, geralmente, a pílula oral, graças a doações feitas por laboratórios farmacêuticos. Essa situação, de conhecimento do nível central do sistema estadual de saúde, é considerada insatisfatória pelos provedores. O quadro é de falta generalizada de insumos, desde papel para receituário, para cartão de marcação de consultas, até material lúdico e educativo, incluindo-se medicamentos de um modo geral.

8. Tivemos oportunidade de assistir a uma das reuniões de grupo sobre DSTs/AIDS e, coincidentemente, o vídeo projetado era *Sexo e maçanetas*, produzido pela ECOS, com a participação de uma das redatoras do presente texto.

2.2. CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA DO BUTANTÃ (CSEB)/ PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE (PASA)

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA) é desenvolvido por dois médicos sanitaristas – ambos docentes, respectivamente, da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – além de uma psicóloga e três assistentes (de psicologia, pedagogia e enfermagem). Com exceção da psicóloga, os demais profissionais atuam também no programa de saúde da mulher em funcionamento no PAM. O programa da mulher é mais antigo, conta com mais recursos e experiência e recebe maior demanda, servindo como referência para a superação de dificuldades e discussões no contexto do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. O PASA conta com o funcionamento de grupos (coordenados por auxiliar de enfermagem) e com atendimento médico (feito pelos dois profissionais) em apenas um período por semana. A assistência pré-natal e ginecológica é feita pelos médicos que fazem parte do programa de saúde da mulher (adulta), recebendo a clientela adolescente quando se faz necessário. O atendimento ginecológico não tem, assim, porta aberta diretamente para a população adolescente, acontecendo apenas quando há solicitação por parte de um dos profissionais do Programa.

Atualmente a demanda do PASA é relativamente pequena, correspondendo a cerca de 100 adolescentes por ano, de acordo com um dos provedores entrevistados. Contudo, os profissionais do PASA consideram-na suficiente, do ponto de vista da possibilidade de criar e testar modelos programáticos, estando seguros de que a clientela poderia crescer, caso houvesse uma disponibilidade maior de profissionais alocados para o Programa.

O PASA ressenete-se, assim como as demais áreas do Centro de Saúde-Escola do Butantã, da redução de cerca de 25% de funcionários, atribuída aos cortes de recursos específicos que o setor de saúde, assim como outras áreas de governo, vêm sofrendo nos últimos anos. Os profissionais que se aposentam ou que resolveram deixar o serviço por qualquer motivo, não podem ser substituídos, gerando o cancelamento do posto que ocupavam no organograma de funcionamento da unidade. O CSEB vem contornando essa dificuldade por meio de sua maior facilidade de receber recursos de outras fontes financiadoras, por meio das quais pode driblar as carências detectadas na unidade. A atividade de coordenação do

Programa é exercida extra-oficialmente pela psicóloga. O enfrentamento dessas dificuldades, recorrente em unidades de saúde como no CSEB, implica uma disponibilidade de tempo, constância em regularidade que extrapola o momento de atendimento da consulta médica ou de participação nos grupos educativos, o que nem sempre tem sido factível. Exige presença para resolução de problemas institucionais e, sobretudo, para o estabelecimento de vínculos institucionais com os demais programas e funcionários do próprio Programa. Pode-se citar como exemplo, a saída de uma das auxiliares de enfermagem atuantes no PASA por motivo de aposentadoria: tal mudança dificultou o trabalho nos grupos, requerendo negociações na equipe e gestões junto à direção do CSEB para seu equacionamento. Nesse sentido, a ausência de profissionais especificamente contratados para o Programa torna-o vulnerável na instituição.

O trabalho com grupos enfrenta outras dificuldades. A atividade em grupos é, ao mesmo tempo, uma parte essencial da filosofia de trabalho com adolescentes e um desafio. A dificuldade maior é a da formação de grupos com um número adequado de participantes. Seu pequeno tamanho acaba por gerar situações em que se privilegia o oferecimento de informações e não situações de interação e de troca, de discussão conjunta entre os adolescentes participantes e a auxiliar que acompanha o trabalho. Como explica uma das provedoras entrevistadas no CSEB:

A gente acredita na verdade dos grupos. Eu acho que a gente tem de achar um jeito de ter mais gente nos grupos, de usar melhor esses espaços, então a gente está em um momento de avaliação. O que a gente faz? Atrás de que usuários a gente tem que ir, e que mudanças assistenciais temos que fazer, que tipo de discussões em grupo temos que fazer para interessar um número maior de adolescentes? (Provedor 1, sexo F., Butantã)

Apesar das dificuldades, fica evidente, a partir das experiências das auxiliares de grupo, que os adolescentes criam vínculos com os provedores do PASA, sendo freqüente retornarem para conversar ou discutir assuntos de seu interesse, independentemente de horários, em momentos em que precisam de ajuda. O Posto os acolhe, tentando demonstrar aos adolescentes que está disponível para funcionar como interlocutor para determinadas situações de vida por eles enfrentadas. A grande dificuldade do sistema é, tam-

bém nesse particular, a falta de recursos humanos. Seriam necessários médicos com vinculação direta e exclusiva com o serviço de adolescentes, mais auxiliares de enfermagem e um(a) assistente social, de tal forma que fosse possível abrir um intercâmbio com a comunidade, estimulando uma demanda potencial que, acreditam os provedores, é grande.

Os provedores do CSEB queixam-se da falta de insumos para seu trabalho, incluindo medicamentos e métodos anticoncepcionais. Parte destes são adquiridos com recursos próprios do CSEB e parte é fornecida pela Secretaria de Saúde do Estado, especialmente preservativos e anticoncepcionais orais. De acordo com as informações obtidas, o suprimento oficial tem fluxo irregular, ocasionando dificuldades de atendimento. Do ponto de vista dos provedores do CSEB, os anticoncepcionais são tão importantes quanto medicamentos para doenças crônicas como diabetes ou hipertensão, e deveriam ser incluídos na lista básica de medicamentos a serem oferecidos à população, como forma de reduzir as desigualdades de acesso à saúde. Os provedores do CSEB defendem alterações na sistemática de suprimento das unidades de saúde, com a descentralização das compras, especialmente no caso de anticoncepcionais.

Além da falta de medicamentos, os provedores relatam que, em anos recentes, têm-se acentuado dificuldades até mesmo com a solicitação de exames, tais como cultura de urina, ultra-som, urina 1 e raio X, realizados fora do Posto. Até mesmo a realização de exames para detecção do HIV foi prejudicada pela falta de *kits* na unidade responsável pelos testes.

Os anticoncepcionais em geral disponíveis no CSEB são o preservativo, o diafragma e o DIU, além de anticoncepcional oral. O diafragma é adquirido de empresa nacional a cada seis meses e com recursos próprios. Apesar do estímulo que oferecem à adoção do diafragma, a demanda é considerada ainda pequena (duas a três unidades por mês). O DIU de cobre 386 é também adquirido com recursos próprios, de empresa brasileira, apresentando demanda de cerca de 20 unidades/mês.⁹ Os preservativos são dis-

9. Tanto no caso do diafragma quanto no caso do DIU estão incluídas as demandas do Programa de Saúde do Adolescente e do Programa de Saúde da Mulher.

tribuídos a todos/as usuários/as cadastrados como de “uso contínuo”, à razão de 10 unidades/mês. Para a contracepção irreversível ou cirúrgica, não há critérios únicos,¹⁰ e a retaguarda hospitalar existente é considerada precária.

Apesar de todas as dificuldades de superar impasses no trabalho cotidiano com adolescentes, e das divergências eventualmente existentes, é notável o fato de que todos os profissionais apresentaram uma grande satisfação por fazerem parte do PASA e sua equipe de trabalho. Percebem na equipe uma grande afinidade teórica, técnica e política no tratamento dos temas.

3. PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS ADOLESCENTES

Em função de seu maior desenvolvimento relativo, o Estado de São Paulo é considerado um dos que se encontra melhor equipado para oferecer serviços de saúde para sua população. Quando comparado a outras regiões do país, residentes em São Paulo estão em posição vantajosa em termos de disponibilidade dos serviços de saúde. O SUS oferece cerca de 2,72 leitos por 1000 habitantes, centros de saúde, clínicas cobrindo todas as especialidades médicas, hospitais incluindo serviços de alta complexidade, recursos humanos treinados (1,99 médicos/1000 habitantes). A cidade de São Paulo concentra uma grande parte desses recursos, apesar de que outros centros urbanos regionais no estado também são bem equipados.

Neste capítulo atenção especial será dada às características tanto de mortalidade quanto de morbidade entre os adolescentes. Dados do estado e do município de São Paulo serão analisados, focalizando os principais temas de saúde concernentes à população adolescente. Informações relativas à mortalidade são provenientes do Sistema de Informação em Mortalidade do Ministério de Saúde

10. Vale dizer que está vigente no Brasil a Lei n.9263, de 12 de janeiro de 1996, sobre o planejamento familiar, que prevê uma série de condições em que a anticoncepção irreversível deva ser feita no país. No entanto, sabe-se que cada serviço vem se adaptando de acordo com sua própria lógica local, não obedecendo às regras estabelecidas formalmente pela lei (CCR, 2000).

do Brasil. Tais dados são baseados em atestados de óbito, organizados por local de residência, causa de morte e idade. Os dados de morbidade são provenientes dos registros do SIS – Sistema de Informação de Saúde do SUS, disponíveis desde 1993. Esse sistema coleta informação dos registros dos hospitais integrados ao SUS, cobrindo todas as ações de saúde promovidas pelo sistema público de saúde no Estado de São Paulo. Obviamente, há limitações em relação a esses dados, uma vez que se referem a episódios de doenças que requereram cuidados hospitalares; as taxas de morbidade também podem estar superestimadas, uma vez que os pacientes crônicos são contados todas as vezes em que uma hospitalização é necessária.

3.1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A proporção de adolescentes (dos 10 aos 19 anos) na população tanto do Estado de São Paulo quanto no município da capital permaneceu em torno de 9 a 10% do total, de 1980 a 1996. Os números são impressionantes; são 6.799.789 no estado e 1.865.197 no município da capital, segundo a contagem populacional de 1996.

Um estudo de 1997 feito na área metropolitana da Grande São Paulo (que compreende 38 municípios) mostra que a renda média *per capita* de domicílios onde moram crianças de 10 a 14 anos é de 2,64 salários mínimos; e a média nos domicílios com jovens de 15 a 17 anos, de 2,82 SM. A mesma pesquisa revelou que mais de 50% das mães de adolescentes estão inseridas no mercado de trabalho (55% das mães de crianças de 10-14 anos, e 54% das que têm filhos de 15-17 anos). Dentre os domicílios onde pelo menos um morador tem entre 10 e 14 anos, 17% são chefiados por mulheres, proporção que alcança 20% no caso dos com 15 a 17 anos.

A Constituição Brasileira de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (de 1996) determinam que a educação básica é obrigatória e pública da 1ª à 8ª séries do ensino fundamental, embora isso ainda não seja realidade em todo o país. O Estado de São Paulo tem o melhor desempenho em educação no país: em 1996, segundo dados da PNAD (IBGE, 1996), 95% das crianças de 10 a 14 anos e 65% dos de 15-19 anos estavam matriculados em escola regular. Desses, porém, a defasagem entre a idade e a série que estavam cursando atingia 24% dos alunos de 10 a 14, e 31% dos de 15 a 17 anos.

3.2. MORTALIDADE

O perfil de mortalidade dos adolescentes difere do de todas as demais faixas etárias, num fenômeno comum à maioria das regiões do país.

As taxas de mortalidade¹¹ variam bastante segundo se refiram aos adolescentes da Cidade ou do Estado de São Paulo, e segundo correspondam às faixas etárias de 10-14 e 15-19 anos. O primeiro fato que chama a atenção é que, no município, jovens do sexo masculino de 15 a 19 anos apresentam taxa de mortalidade 18% maior do que a do estado como um todo, enquanto a das jovens permanece praticamente a mesma. Quanto ao comportamento histórico dos níveis de mortalidade municipais, o grupo de 10-14 mostra uma redução de 14% de 1980 a 1994 (mais marcadamente entre os do sexo masculino), enquanto a taxa para os de 15 a 19 anos atesta um acréscimo de 32% (37% para os do sexo masculino e 4% para as jovens). Outra diferença marcante é precisamente esta, entre os sexos: os homens apresentam taxas muito mais elevadas do que as mulheres. Na faixa de 10 a 14 anos em 1994, a diferença das taxas entre os sexos era de aproximadamente 40%, tanto na capital quanto no estado; na de 15 a 19 anos, a maior diferença aparece no conjunto do estado (com as taxas masculinas 70% mais elevadas do que as femininas), enquanto na capital a diferença é de 61%.

Em 1997, causas externas contribuíram para a maior parte das mortes de adolescentes na Cidade de São Paulo, sendo responsáveis por 75% do aumento da taxa total (83% entre os do sexo masculino). Esse dado vale para ambas as faixas etárias, enquanto a média aumenta com a idade (Gráfico 1, Anexo 1). Assim, enquanto esse amplo grupo de causas representava 63% das mortes entre os de 10 a 14 anos, representava 87% das mortes na faixa dos 15-19. Entre as jovens a tendência é similar: causas externas estavam na origem de 48% do total de mortes; 40% das mortes na faixa de 10 a 14 anos e 52% na de 15 a 19 foram classificadas como devidas a causas externas. Dentre essas, acidentes e homicídios, principalmente entre os de 15-19 anos, foram as que mais cresceram (51%

11. Para evitar flutuações anuais, o cálculo das taxas de mortalidade por sexo e idade baseiam-se nas médias das mortes ocorridas em 1979-81 e 1993-95.

de aumento), de 1980 a meados dos anos 90. Câncer é a segunda maior causa de morte (particularmente leucemia e câncer no cérebro), exceto para as jovens de 15 a 19 anos, quando fica em terceiro lugar, seguindo-se a problemas do sistema circulatório.

Após a segunda, há uma mudança na estrutura das causas de morte como função da idade. Entre adolescentes da faixa 10-14 de ambos os sexos, doenças respiratórias (mais freqüentemente pneumonia) ocupam o terceiro lugar, seguidas, em ordem de importância, por infecções parasitárias e do sistema nervoso (especialmente paralisia cerebral). Entre os do sexo masculino de 15 a 19 anos, quase empatadas aparecem como causa doenças dos sistemas nervoso, circulatório e respiratório. Entre as jovens da mesma faixa, as causas mais importantes referem-se ao sistema circulatório (especialmente cardiopatias), neoplasias, doenças respiratórias e, em quinto lugar, infecções parasitárias, as quais vêm mostrando prevalência reduzida como resultado de melhores condições de saneamento básico na capital do estado.

Os registros de óbitos na capital em 1997 mostram que, dentre todas as doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 2 do Anexo 1), a AIDS causou a maior proporção de mortes entre adolescentes de 10 a 19 anos, representando 25% do total de mortes; seguiam-se tuberculose (23%) e septicemia (9%). No entanto, esse quadro muda quando se considera essa população dividida nas faixas de 10-14 e de 15-19 anos. Na de 10-14 anos, a tuberculose é a causa mais comum de morte, especialmente para o sexo feminino (50%); e, na faixa de 15-19 anos, a AIDS é a mais freqüente, especialmente entre as jovens.

O Brasil infelizmente se destaca por seu elevado número de casos notificados de AIDS, o maior da América Latina e um dos três maiores do mundo. O primeiro caso de AIDS foi registrado na Cidade de São Paulo em 1980. Atualmente, São Paulo é o estado do país com maior concentração de casos (57%), alcançando uma taxa de incidência acumulada de 94,8 casos por 100.000 habitantes, sendo de 0,4 na faixa de 10 a 14 e de 3,0 na de 15 a 19 anos. A taxa de prevalência de AIDS em 1996 nessas faixas foi de, respectivamente, 1,7 e 13,0.

O comportamento estadual dessa epidemia comporta algumas peculiaridades. Em todo o estado, HIV e AIDS vêm crescentemente atingindo mulheres. Enquanto, em 1985, a razão homem-mulher era de 35/1, houve uma mudança substancial, sendo a razão

atual de 2/1. Além disso, vale notar que, embora os casos de infecção por HIV ainda se concentrem na faixa dos 20 aos 39 anos, as pessoas estão se infectando cada vez mais jovens, pois a incidência vem aumentando na adolescência. Na faixa dos 10 aos 19 anos, adolescentes infectados representam 3,3% do total de casos de AIDS.

Quanto às vias de contágio, no caso de São Paulo, a transmissão heterossexual por parceiro fixo que usa drogas tornou-se o principal fator de risco entre mulheres, sendo esta a temática das campanhas e programas de prevenção que enfatizam o sexo seguro. Na população masculina, “o usuário de drogas endovenosas, juntamente com a transmissão heterossexual, são as categorias de exposição que vêm assumindo importância crescente na dinâmica da epidemia” (Barbosa, 1996).

3.3. MORBIDADE

A análise dos padrões de morbidade de adolescentes residentes na Cidade de São Paulo em 1998 mostra várias diferenças segundo o sexo e a faixa etária. Entre jovens do sexo masculino, (Tabela 3 do Anexo 1), as causas violentas, especialmente lesões e envenenamentos, são as principais causas de hospitalização. A segunda mais importante causa concentra doenças do trato digestivo, embora haja diferenças específicas de idade. Adolescentes de 10 a 14 anos são hospitalizados com maior frequência com distúrbios dos sistemas genital-urinário e respiratório e, em seguida, por neoplasias. Entre os de 15 a 19 anos, uma porcentagem relativamente alta são hospitalizados por doenças mentais e distúrbios de comportamento (representando 7% de todas as causas). A explicação para essa alta porcentagem poderia estar relacionada à necessidade de internação para tratamento de dependência química.

Entre as adolescentes, apenas a morbidade proporcional por problemas de gravidez, parto e pós-natal é semelhante entre as duas faixas de idade, vindo em primeiro lugar. Na faixa dos 15 aos 19, essas causas representam 78% de todas as internações hospitalares. Dada essa enorme porcentagem do total, as quatro causas seguintes em ordem de importância aparecem em porcentagens que variam de 3% a 2% (distúrbios dos aparelhos genital-urinário e digestivo, neoplasias, doenças respiratórias). Entre as mais

jovens (10 a 14 anos), as razões de hospitalização são, em ordem de importância, doenças respiratórias (11%), causas externas (9%) e neoplasias (7%).

Dados específicos sobre AIDS (Tabelas 4 a 7 no Anexo 1) mostram que, de um total de 97 hospitalizações em 1998, 70% foram de rapazes e 72% concentraram-se na faixa dos 10 a 14 anos, sugerindo que isso se deva à contaminação perinatal. Considerando-se apenas a faixa dos 15 aos 19 anos, 78% das hospitalizações por AIDS eram de jovens do sexo masculino.

3.4. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Os dados publicados recentemente pela Family Health International, produto de uma pesquisa realizada em 1996 com brasileiras de 15 a 19 anos, e publicado no livro "Seminário Gravidez na Adolescência" indicam que, no país, uma de cada dez mulheres de 15 a 19 anos já tinham dois filhos, estimando que a cada ano 1 milhão de adolescentes de 10 a 19 anos dá à luz, número este que corresponde a 26% do total de nascidos vivos; 50% delas tiveram o filho antes dos 16 anos, e em 50% dos casos não foram nascimentos planejados.

No caso do Estado de São Paulo, em 1997, foram registradas cerca de 140.000 crianças de mães menores de 20 anos, representando 20% do total de nascimentos, porcentagem maior que a do Município de São Paulo, onde representavam 17% do total (SEADE, 1998).

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (BEM-FAM, 1996) oferece uma série de informações que permitem delinear um panorama dos aspectos ligados à anticoncepção, assim como informações referentes à vida reprodutiva dos adolescentes de 15 a 19 anos no Estado de São Paulo. Os dados dessa pesquisa mostram que 100% dos adolescentes conhecem métodos anticoncepcionais modernos. Entretanto, apesar de constatar o alto grau de difusão de conhecimento, a prevalência de uso é muito baixa nessa idade; 83% das jovens e 34% dos rapazes declararam nunca ter utilizado qualquer método. Dentre o total dos que usam algum tipo de método, 62% dos homens e só 15% das mulheres utilizam métodos considerados modernos (Tabela 8 do Anexo). Tendo em vista esse quadro, é possível entender a incidência da gravidez não-planejada e da necessidade de recorrer ao aborto. Note-se que

as complicações do aborto representaram, em 1997, 7% das mortes referidas como resultantes de complicações da gravidez, parto e puerpério (Tabela 9 do Anexo).

Do total de adolescentes entrevistadas na PNDS, 18% já tinham ficado grávidas alguma vez e 14% já eram mães (Tabela 10 do Anexo). Entre os fatores reconhecidos como possíveis redutores dos riscos que contribuem para a morbidade materna e infantil é fundamental mencionar os cuidados recebidos pelas adolescentes durante a gestação. Cerca de 80% das entrevistadas realizaram a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, e a maioria delas fez mais de 7 consultas durante a gestação.

Apesar de uma tendência decrescente dos valores das taxas de mortalidade materna, a média dessa estatística no Brasil está situada aproximadamente em 120 mortes por 100.000 nascidos vivos, valor considerado alto quando comparado a países com o mesmo nível de desenvolvimento. O SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados estima um valor de 42 mortes por 100.000 nascidos vivos para as mulheres de 15-19 anos, chamando a atenção, porém, para o sub-registro desse fenômeno. Das mortes das mulheres desse grupo etário em 1997, 5% são atribuídas a causas ligadas à gravidez, parto e puerpério. A eclâmpsia – forma convulsiva de toxemia gravídica – juntamente com a hipertensão gestacional e as doenças da mãe que complicam a gravidez (sendo as mais frequentes as moléstias respiratórias e circulatórias), são as principais causas de morte materna nesse período. Em seu conjunto, chegam a contabilizar 67% do total das causas de mortes maternas nas adolescentes entre 15 e 19 anos, do Município de São Paulo em 1997.

Não há consenso sobre as implicações da gravidez em mulheres muito jovens, no que se refere à saúde delas próprias. No entanto, a informação disponível mostra que a incidência de baixo peso ao nascer é maior em crianças nascidas de mães adolescentes, o que é em geral atribuído a mais elevadas taxas de anemia. Os dados da Tabela 11 (Anexo 1) mostram que, do total de crianças de mães com 10 a 14 anos registrados no Município de São Paulo em 1997, 17% pesaram menos de 2.500 gramas, cifra que cai para 11% quando as mães têm de 15 a 19 anos.

As taxas de natimortalidade e as de mortalidade infantil também revelam os efeitos da gravidez muito precoce (Tabela 12 do Anexo): as estimativas para o município de São Paulo assinalam

uma diminuição dos valores dessas taxas à medida que aumenta a idade da mãe. As taxas de natimortalidade alcançam 13/1000 nascidos vivos de mães tendo entre 10 e 14 anos e 11/1000 nascidos vivos das que têm 15 a 19 anos de idade. Destaque-se, ainda, que as taxas de mortalidade infantil (de crianças menores de um ano), nascidas de mães com 10 a 14 anos, são 50% superiores às daquelas cujas mães tinham de 15 a 19 anos.

3.5. CONSUMO DE DROGAS

A literatura especializada aponta o consumo de álcool como um problema crescente no país, chegando a atingir de 3% a 10% da população brasileira. A dependência do álcool é sete vezes maior nos homens do que nas mulheres. Faltam, no entanto, estatísticas nacionais atualizadas, razão pela qual se torna necessário o recurso a informações provenientes de pesquisas parciais. Estudo realizado com estudantes brasileiros em 1989 revela que, de um total de 47 mil alunos entrevistados em escolas públicas e particulares, 3,5% declararam-se usuários freqüentes de algum tipo de droga, dela tendo feito uso seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa. A pesquisa evidencia haver grande homogeneidade quanto à escolha do tipo de droga. Diz a autora: "Excluindo-se o álcool (47%) e o tabaco (27%), as drogas mais utilizadas foram os solventes e inalantes (17%), os ansiolíticos (7%), as anfetaminas e os anorexígenos (1,5%), a maconha (3,5%), os barbitúricos (2%)" (Takiuti, 1997).

Os registros do Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo, constataram que, desde sua implantação, 8% do total dos atendidos nesse serviço tinham algum tipo de envolvimento com drogas, chegando a totalizar 93.000 adolescentes, sendo 35% deles mulheres. Tendo como critério de classificação a freqüência de uso de drogas, as informações do Programa verificaram que 40% do total se caracterizavam como dependentes, ou seja, aqueles que não podiam executar tarefas diárias sem o auxílio de alguma substância psicoativa (Takiuti, 1997).

3.6. COMENTÁRIOS

Pode-se afirmar que, comparativamente, o Estado de São Paulo e o município da capital apresentam uma posição altamente van-

tajosa, no quadro nacional, no que diz respeito à disponibilidade de serviços de atenção à saúde e, especificamente, aqueles direcionados à população adolescente.

Entretanto, enquanto a mortalidade da população de 10 a 14 anos do município caiu de 17% para 12% no período de 1980 a 1994, a taxa de mortalidade dos rapazes de 15 a 19 aumentou consideravelmente (37%), apresentando uma tendência inversa à maioria dos demais grupos de idade. Esse fenômeno deve-se, em grande medida, ao incremento das mortes por causas violentas naquela faixa etária. Mesmo reconhecendo a alta complexidade desse grupo de causas, pela diversidade de seus condicionantes e pela ação de fatores que excedem a esfera da saúde, as mortes por causas externas podem ser consideradas mortes evitáveis. Cabe aos responsáveis pela definição de políticas sociais a implementação de ações preventivas específicas que permitam a reversão desse quadro.

Do total de mortes das adolescentes entre 15 e 19 anos em 1997, as causas relacionadas às complicações por gravidez, parto e puerpério representaram 5%, sendo as mais frequentes as eclâmpsias e as doenças hipertensivas. Destacam-se dois tipos de fatos associados ao comportamento reprodutivo das adolescentes: além das possíveis implicações para o desenvolvimento físico e o risco da mortalidade materna nas idades muito jovens, a gravidez precoce aumenta as possibilidades de baixo peso ao nascer e afeta as taxas de mortalidade neonatal e infantil.

Finalmente, constatou-se que uma percentagem significativa de adolescentes estão envolvidos com o consumo de drogas, devendo ser ressaltado o fato de que apenas um pouco menos da metade se considera a si próprio como doente de dependência química.

4. SAÚDE DO ADOLESCENTE NA PERSPECTIVA DOS PROVEDORES

4.1. A INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A integralidade, ao lado da universalidade e equidade, são princípios constitutivos do SUS e, portanto, devem presidir toda assistência pública de saúde no Brasil. Contudo, o conceito de integralidade tem encontrado várias interpretações. Como bem lem-

bra um dos provedores entrevistados no CSEB, a idéia de *programas* foi muito disseminada no Brasil na década de 80, trazendo em seus nomes quase sempre a palavra *integral*. Exemplo importante é o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que serviu de modelo para vários outros programas que se seguiram. Contudo, mesmo no âmbito do PAISM, as experiências de implementação têm exigido reflexão e atenção contínua de pesquisadores e profissionais de saúde sobre a natureza do princípio da integralidade e sua tradução em termos operacionais. Schraiber (1999:19) afirma que “a integralidade não se resume [...] a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional”. O tipo de abordagem do princípio da integralidade é indicativo, dentre outros aspectos, da forma de organização, estrutura e função dos serviços.

Assim, a “visão da unicidade do cuidado sob a perspectiva do paciente não se confunde com a noção empobrecida e distorcida da integralidade, quando prescreve uma fragmentação excessiva da atenção pelas intervenções múltiplas de distintos profissionais e trabalhadores de saúde sobre o mesmo paciente (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e outros, aos quais ainda se juntam os respectivos técnicos e auxiliares)” (Brasil, 1999a). A esse tipo de organização fragmentada do trabalho de atenção à saúde, opõe-se aquela que busca ver o paciente como um todo, abordando seus problemas com base em uma escuta global, com o mínimo necessário de intervenção profissional. “Essa forma de organização do serviço identifica as necessidades dos pacientes e tenta oferecer-lhe os recursos adequados para atendê-las, em vez de insistir na idéia de que para cada necessidade haveria uma ação específica e/ou profissional especial para atendê-la” (Brasil, 1999a).

Os serviços aqui estudados são indicativos de distintas formas de integralidade. No PAM Maria Zélia, por exemplo, valoriza-se a presença de vários profissionais que, com distintos olhares, atendem às diferentes necessidades de cuidado dos adolescentes.

No Centro de Saúde Escola do Butantã há uma intenção coletiva de ruptura com a interpretação do conceito de integralidade que toma o sujeito como um indivíduo isolado, circunscrito a sua realidade individual. No caso do adolescente, essa tendência levaria a psicologizar o entendimento do que seria uma “adolescência

normal". A ruptura pretendida diz respeito, também, à disputa entre os campos da Pediatria e da Ginecologia pela hegemonia na abordagem das questões de saúde do e da adolescente. Não é fortuita a ausência da palavra "integral" no título do Programa do CSEB, o PASA. Essa ausência decorre do fato de os profissionais responsáveis pelo PASA não acreditarem em um modelo assistencial segundo o qual a integralidade do atendimento seria assegurada pela multiplicidade de olhares especializados sobre o adolescente. Daí decorre, no Butantã, a inexistência da rotina comum a outros serviços para adolescentes, em que o/a usuário/a passa por vários especialistas. Como sugere um dos provedores entrevistados naquele Centro de Saúde,

Integralidade para a gente não passa pela composição da equipe, em que várias portinhas atendem. O trabalho sobre a integralidade se inicia muito antes da assistência. [...] É preciso sentar [junto] e cada um trazer sua contribuição [...] Por exemplo, saber o que é que os médicos falam sobre mudança de corpo, o que é que os cientistas sociais falam sobre mudança de corpo. [...] Integralidade foi sendo substituída por assistência médica, e o médico é o grande 'despachante'. 'Despacha' para a assistente social, 'despacha' para o psicólogo quando não há nada para ser visto pelo médico [...] (Provedor 2, sexo M., Butantã)

Além dos aspectos citados, torna-se importante ressaltar a ênfase social da abordagem dos provedores que pertencem mais efetivamente à equipe do Programa de Adolescentes do CSEB. O núcleo da equipe sustenta o ponto de vista de que a integralidade deve ser compreendida como a possibilidade de perceber a/o usuária/o do serviço em suas condições de vida, como sujeito inserido em um determinado contexto sócio-político-cultural, que condiciona suas escolhas. É com base nas possibilidades de vida do sujeito que se buscam as possibilidades de interação visando a assistência à saúde. Assim se expressa um dos entrevistados:

Eu acho que a idéia de integralidade tinha que ser da pessoa integral, como uma pessoa inteira de história, de afetos, [...] e colocar isso numa coisa mais conjuntural, histórica, do lugar em que as pessoas vivem. E não adianta fazer o discurso para uma adolescente de classe baixa que seja parecido com o discurso de um menino que está aqui na faculdade, aqui na USP. E na saúde sexual e reprodutiva é a mesma coisa [...] (Provedor 3, sexo F., Butantã)

A perspectiva da integralidade ganha uma visão distinta na voz de provedor que realiza o atendimento ginecológico especializado, de referência no serviço, reforçando a tendência de que não haveria uma concepção única de integralidade, até mesmo em uma mesma unidade de atendimento. Ao contrário da maioria dos provedores entrevistados no CSEB, esse provedor considera que o maior benefício que poderia ser oferecido ao usuário seria prover atendimentos de saúde eficazes, levando em consideração o contexto de vida do paciente. Também foi lembrado por um dos provedores entrevistados que saúde é, inicialmente, uma responsabilidade do próprio sujeito, fazendo-a/o compreender sua responsabilidade ativa no cuidado de si mesmo:

O serviço depende da forma como o indivíduo vive, de qual é a opção individual de viver e usar o seu próprio corpo e de gastar o próprio corpo, suas opções, suas contingências sociais [...]. (Provedor 5, sexo M., Butantã)

Nesse contexto de trabalho, em que o princípio de integralidade tem grande centralidade teórica, técnica e política, os conceitos de saúde sexual e de saúde reprodutiva são compreendidos como limitadores, especialmente o conceito de saúde sexual. Limitar a sexualidade à saúde sexual é visto como restringir o direito do/a usuário/a de exercer sua sexualidade da maneira o mais livre e plural possível. Caberia ao provedor respeitar as experiências escolhidas pelas pessoas. O conceito de saúde reprodutiva teria a seu favor a possibilidade de sensibilizar o serviço a considerar aspectos outros que não aqueles relativos exclusivamente a patologias. Por exemplo, as condições de escolha ou da decisão de ter filhos ou de quando tê-los.

Profissionais de saúde do CSEB são extremamente críticos à noção de *risco* que permeia os conceitos de saúde sexual e de saúde reprodutiva. A noção de *vulnerabilidade* tende a tomar o lugar da idéia de risco.¹² A noção de risco conota a idéia da possibilidade

12. O coordenador do Programa no Centro de Saúde Escola Butantã tem sido um dos defensores da idéia de vulnerabilidade em oposição à noção de risco, trazendo-a para as discussões teóricas, técnicas e políticas no âmbito da sexualidade, saúde reprodutiva, direitos sexuais, direitos reprodutivos e di-

de ocorrência de um dano ou doença considerado indesejável e que adviria de comportamentos também considerados indesejáveis. O controle do dano envolve o controle do comportamento que lhe dá origem. Se há risco ou chance de ocorrer um determinado dano ou doença, há fatores de risco, isto é, fatores que favoreceriam seu aparecimento em determinado grupo populacional. O tema da gravidez na adolescência é exemplar na crítica ao conceito de risco. O comportamento de risco seria o sexo precoce sem proteção anticoncepcional. No Brasil, pode-se afirmar haver maior probabilidade de ocorrência de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos com apenas um ano de escolaridade (BEMFAM, 1996). A ênfase na vulnerabilidade orienta o olhar para as condições que levam as adolescentes a engravidar, em vez de restringir a atenção apenas às razões pelas quais elas deixariam de usar anticoncepção e, em consequência, a engravidar.

No PAM Maria Zélia, tanto o conceito de saúde sexual quanto o de saúde reprodutiva são traduzidos como consciência do próprio corpo, da própria sexualidade: ter ou buscar ter vida sexual saudável, livre de doenças, poder ter filhos sem a preocupação com DSTs, poder planejar quando e como tê-los, ter prazer. Vale notar que, dentre os provedores do PAM Maria Zélia, alguns evidenciam maior sensibilidade às diferenças de gênero. Essas são identificadas na estruturação da identidade subjetiva de meninos e meninas atendidos pelo Posto, em seus reflexos na dinâmica das famílias que fazem parte da clientela, especialmente manifestas na freqüente sobrecarga das moças com os cuidados domésticos. Essas diferenças manifestam-se também na participação nos grupos, que têm composição mista. Os meninos tendem a mostrar-se mais constrangidos e a participar menos, apresentando maior dificuldade em criar relações de amizade que favoreçam sua participação e continuidade nos grupos. Nas palavras de um dos provedores:

[...] eles são muito fechados, sempre respondem que está tudo bem, é muito difícil você pegar alguém que fale que não [...] Normalmente só dizem [que algo não vai bem] quando é área física, assim, no pênis,

reitos humanos. A idéia de vulnerabilidade tem ampliado a possibilidade de compreensão das condições sociais que favorecem a emergência de problemas de saúde em grupos específicos, com implicações para a formulação e a execução de políticas públicas no campo da saúde.

uma dificuldade na ereção, mas em geral é um mistério mesmo [...] As mães é que falam dos problemas que eles estão tendo, [mas a referência] é orgânica também: 'Ele está com dificuldade para urinar', por exemplo [...] A gente não deixa passar alterações orgânicas, mas problemas na esfera sexual passam, porque eles não se abrem [...] (Provedor 1, sexo F., Maria Zélia)

No Centro de Saúde Escola do Butantã, a importância das diferenças de gênero só recentemente passou a fazer parte das preocupações. Em visita ao CSEB, ouvimos de um provedor: "a gente está recém começando a perceber gênero". Vale notar que, na reflexão do CSEB, no entanto, a interferência dessa dimensão vai além do olhar sobre a clientela, para debruçar-se sobre as características do próprio serviço. Os profissionais começam a questionar as razões das dificuldades em atrair clientela masculina. O próprio Centro estaria imerso numa configuração cultural que o define como um lugar feminino, de cuidados que trazem a marca feminina, dificultando a aproximação de rapazes e de homens adultos. Os provedores reconhecem sua dificuldade em modificar tais estruturas, e de, na prática, transformar o serviço em um espaço menos identificado com o feminino. O que seria essa "cara feminina" dos serviços de saúde? Essa é uma pergunta que um dos provedores se faz, inquirindo sobre quais seriam as reais possibilidades de transformação desse cenário. Um dos provedores observa que, de uma maneira geral, tanto no CSEB quanto no serviço público de saúde em geral, a grande maioria do pessoal dedicado ao atendimento é constituído por mulheres. Além disso, chama a atenção para a tendência de as funcionárias desenvolverem forte identificação com a clientela feminina, assumindo o papel de reforço de sua autonomia e, com isso, colaborando para uma construção da imagem dos homens como "antigos, retrógrados". Há, no momento, uma tentativa de superar a exclusão de rapazes e homens adultos, especialmente no que diz respeito à vida reprodutiva, tentando-se incluí-los nos serviços de anticoncepção e acompanhamento pré-natal.

De qualquer maneira, chama atenção o fato de a perspectiva de gênero não ser desconhecida entre os provedores de serviços, influenciando sobre suas concepções acerca do papel do atendimento realizado no sistema público de saúde. Por exemplo, promover a auto-estima e a autonomia das usuárias é visto de forma pratica-

mente unânime como responsabilidade dos serviços de saúde. Apenas um dos entrevistados, em cada uma das unidades estudadas, demonstrou acreditar que os serviços de saúde tenham um papel limitado no desenvolvimento da consciência social e de direitos entre as/os usuários/as. A uniformidade nas respostas relativas ao direito das mulheres de regular sua própria fecundidade, bem como de seu direito de decidir sobre o uso de anticoncepcionais, independentemente da opinião do parceiro, indica estarem esses profissionais expostos ao debate e à reflexão no campo dos direitos reprodutivos, terreno em que, como já comentado, de fato se avançou muito no Brasil. Igualmente, o respeito à livre decisão da mulher no tocante à problemática do aborto, na grande maioria das entrevistas com provedores e com altos funcionários, expressa esse impacto.

4.2. SEXUALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Em ambas as unidades, parte-se do pressuposto de que adolescentes de ambos os sexos têm hoje vida sexual ativa. A abordagem quanto à sexualidade, no entanto, difere muito no Posto e no Centro.

No PAM Maria Zélia, a preocupação concentra-se menos na sexualidade e mais na prevenção da gravidez e das DSTs/AIDS. Sendo a vida sexual um fato, evitar o indesejável torna-se o motivo maior da ação educativa. Nessa visão, meninas têm relações sexuais sem prazer e meninos têm pouca responsabilidade diante das possíveis conseqüências de sua vida sexual. A discussão sobre prazer sexual durante as consultas médicas ou durante as próprias atividades educativas ainda é incipiente no PAM Maria Zélia.

A preocupação cotidiana no atendimento é a de fornecer subsídios para que as/os adolescentes se posicionem em relação à prevenção das DSTs/AIDS e de uma gravidez não desejada, cujo primeiro passo seria viver a sexualidade em um contexto mais afetivo. No caso das adolescentes grávidas, é feito encaminhamento ao Programa Materno-Infantil. Oferecer a possibilidade de empatia e apoio para os adolescentes terem um espaço para relatar suas experiências sexuais é o eixo que parece impulsionar os trabalhos ali desenvolvidos. Na falta de uma presença mais ativa da família como universo informativo e de apoio no campo emocional e psicológico, o PAM se oferece como um lugar onde infor-

mação e apoio se encontram disponíveis, sobretudo no campo da reprodução. Há evidentemente aí uma ambigüidade, pois não está tão presente a preocupação com o direito ao prazer como direito individual ou de cidadania, questionando-se se não seria a escola a instituição mais adequada para a promoção de discussões dessa natureza. Os profissionais do Maria Zélia falam e agem com base em seus próprios pressupostos e concepções (teóricas e pessoais) sobre a problemática do adolescente. Ainda que sejam sensíveis em sua escuta, isso não parece ser suficiente para promover uma reflexão crítica e muito menos sistemática sobre suas ações e, eventualmente, capaz de alterar os rumos da prática cotidiana.

No CSEB, a própria concepção do PASA definiu a sexualidade como principal protagonista temática no campo das ações estratégicas visando a construção da cidadania entre os jovens. Na fala de um dos funcionários,

[...] o segundo eixo, a questão da sexualidade, na nossa perspectiva era uma fase muito importante [...] Considerava que o Centro de Saúde-Escola deveria dar apoio para que essa dimensão de existência que estava começando a ser mais intensa naquela fase pudesse ser mais prazerosa, o mais livre possível. Inclusive, aí tinha uma outra área que também a gente discutia, que era a questão da gravidez. Para a gente, desde o início desse mapa radiográfico que a gente fez, nada me convencia que a gravidez na adolescência era uma questão de risco, como uma questão de que as adolescentes eram irresponsáveis. Alguns falavam também da imaturidade emocional e o que eu percebia era um viés de que havia um risco social associado à adolescência [...] e não um risco biológico [...] (Funcionário 4, sexo M., CSEB)

Foi assim que se ampliaram as possibilidades de ter no Serviço de Adolescentes do CSEB a chance de comunicação sobre a vida sexual, desvinculadas da ocorrência concreta de uma gravidez. Esse tema é visto de diversas maneiras pelos provedores do CSEB. Não existe unanimidade da equipe no que diz respeito à questão da gravidez na adolescência. Alguns profissionais consideram que a gravidez não é necessariamente um episódio negativo na vida da adolescente ou da jovem, mas há também aqueles que consideram que o nascimento de um filho pode dificultar o desenvolvimento escolar e profissional da garota. Na percepção de um dos provedores, há que se relativizar a importância que as adolescentes das camadas populares dariam à formação escolar:

A impressão que dá é que a educação não parece algo que seja uma alternativa, que pode dar mais opções. Nesse sentido elas [as adolescentes de baixa renda] estão optando por abandonar um determinado caminho que não lhes parece promissor, e [optando] por outro que parece ser mais promissor, pelo menos do ponto de vida afetivo. Elas terão alguém para cuidar e poderão manter uma troca afetiva intensa através dessa criança. Em alguns casos isso é um projeto do casal e em outros é um projeto mais individual da menina. (Provedor 1, sexo F., Butantã)

Distintamente do Maria Zélia, a proposta do Butantã é apoiar a decisão do/da adolescente, seja ela qual for, evitando discursos que neguem a importância do desejo da gravidez ou que questionem a possibilidade desse projeto ser ilegítimo ou atraente. Tal proposta permite, na prática cotidiana, a construção de um espaço no serviço de saúde que pode promover o desenvolvimento de uma consciência de direitos. Mesmo assim o Centro considera estar muito pouco preparado para suportar a convivência com a ambigüidade do desejo da gravidez e do filho que as adolescentes manifestam. Tal dificuldade pode dar origem – e de fato dá – a interferências nas decisões das adolescentes com base nas percepções pessoais do provedor que realiza o atendimento.

A abordagem do PASA/CSEB não equipara a adolescente à mulher adulta. Tanto é assim que os provedores enfatizam a necessidade de realização de grupos de gestantes distintos – de adolescentes e de mulheres adultas – por considerarem que tende a se estabelecer em grupos mistos uma relação hierárquica determinada pela idade.

4.3. ABORTO

De acordo com o Código Penal de 1940, o aborto é ilegal no país, salvo nos casos em que há risco de vida da mãe ou em que a gravidez é consequência de estupro. Mesmo nesses casos, foi apenas nos últimos dez anos que, sob pressão do movimento feminista, o Estado começou a oferecer o atendimento em alguns serviços públicos.¹³ A legislação associada a aspectos morais e religiosos

13. Atualmente existem no Brasil 16 serviços de aborto legal que funcionam em distintas capitais do país, apesar da forte oposição da Igreja Católica.

imprime ao aborto a característica de tema complexo no país e cuja visibilidade raras vezes é permitida junto a provedores de saúde, de uma maneira geral.

Gravidez indesejada entre adolescentes é um tema distante da prática cotidiana dos provedores do PAM Maria Zélia, apesar de este ser um ambulatório de especialidades. Não se apresenta às adolescentes o aborto como alternativa viável, portanto não se assume postura efetiva de acolher eventuais dúvidas das jovens diante da gravidez. Ao contrário, pudemos ouvir relatos de interferências sugerindo ativamente à adolescente que não se submetesse ao abortamento, alegando que poderia estar se submetendo a riscos por usar clínica clandestina cuja assistência, necessariamente, seria de baixa qualidade:

[...] Graças a Deus nós conseguimos fazer com que ela mudasse de idéia [...] Mostramos as conseqüências de procurar um serviço que não estava compatível com as condições sócio-econômicas dela [...] Depois conseguimos fazer com que ela visse o outro lado, depois começou a fazer o pré-natal e teve o filho [...] (Provedor 1, sexo F., Maria Zélia)

O CSE do Butantã resolveu enfrentar no serviço o desafio de oferecer alternativas concretas de respeito à decisão de abortar das adolescentes e mulheres adultas. Para tanto, criou a possibilidade de acesso imediato ao *Pregnosticon*, mesmo sem consulta agendada. Caso haja resultado positivo, e a presença de uma reação de dúvida ou insatisfação, não se marca nenhuma consulta de pré-natal. A usuária pode retornar para uma consulta posterior e definir mais claramente sua opção:

Nossa idéia é respeitar se a pessoa quer ou não, e estar ali para ajudá-la no que ela decidir, qualquer que seja a decisão, de ter ou de não ter [...] A gente ajuda ela a não ficar doente por causa disso. (Provedor 3, sexo F., Butantã)

O Centro não explicita alternativas para um eventual aborto, como por exemplo o recurso ao *Cytotec*, e tampouco faz qualquer tipo de encaminhamento institucional. No entanto, fica à disposição para atender adolescentes e mulheres adultas caso houver necessidade posterior, em eventuais complicações pós-aborto. No caso das adolescentes, o Centro não toma iniciativa de comunicação com os pais ou com a família, mesmo sabendo da condição de ile-

galidade do aborto associado à clandestinidade de grande parte das gestações. Provedores entrevistados consideram que a dificuldade das adolescentes de optar pelo abortamento é ainda maior do que a das mulheres adultas: estão mais assustadas e manejam com mais dificuldade as poucas opções de que dispõem diante da questão. Ausência de recursos financeiros, de condições familiares, de informações gerais podem fazer com que o caminho da maternidade, por mais difícil e penoso que possa parecer, seja mais factível do que o caminho do abortamento. O serviço do Butantã recusa-se a se interpor entre a adolescente e sua decisão, diferentemente do PAM Maria Zélia, cuja postura é claramente pró-maternidade. Ao contrário, busca oferecer ativamente às adolescentes condições para sua própria reflexão e escolha. Como explica um dos provedores, não adianta dizer que o serviço “não julga” a adolescente ou mulher adulta, se não oferece alternativas dentro do próprio Centro para uma livre escolha.

4.4. ANTICONCEPÇÃO E AUTORIZAÇÃO DOS PAIS

O direito dos/as adolescentes à sexualidade e à assistência à anticoncepção é reconhecido em ambas as unidades, sem constrangimentos morais ou religiosos importantes. A anticoncepção para a/o adolescente é compreendida como um direito e, como tal, é apresentada nos grupos de discussão e nas consultas médicas realizadas em ambos os serviços. No entanto, a profundidade das discussões e a capacidade de ação efetiva nesse campo são muito distintas entre ambos.

No PAM Maria Zélia, a contracepção permanece quase sempre restrita ao plano informativo, tendo escassas chances de se materializar em preservativos, DIUs, diafragmas ou pílulas anticoncepcionais, pela pequena disponibilidade destes. No CSEB, a demanda de anticoncepção é tratada como elemento importante da vida dos adolescentes. Tal como outros aspectos da sexualidade, é abordada como instrumento poderoso na construção da subjetividade e da cidadania que o trabalho no Programa do Adolescente procura estimular. Nesse sentido, no CSEB, além de o tema fazer parte da programação dos grupos educativos, é também abordado ativamente pelos médicos nas consultas. De forma consistente com a concepção de atenção à saúde aí dominante, o adolescente pode inscrever-se nos grupos educativos –que tratam da anticoncepção

e de outros temas relacionados à sexualidade— diretamente, sem depender de encaminhamento de profissional médico.

Em ambos os serviços há uma opção para tentar dirigir a demanda dos/as adolescentes para o uso de métodos de barreira em detrimento dos demais métodos, por sua maior preservação da saúde, autonomia e pela proteção contra a AIDS. No caso do CSEB, as/os pacientes são encaminhados/as para usar DIU, diafragma, preservativo, camisinha feminina e, apenas em algumas situações, anticoncepção oral. Na hipótese de anticoncepção oral, adota-se a restrição de só recomendá-la três anos após a menarca.

Vale ressaltar que em nenhuma das duas unidades os provedores informam os pais sobre o uso de anticoncepcionais pelos adolescentes, não sendo solicitada qualquer autorização, como acentua um dos provedores do CSEB:

A gente não toma nenhum tipo de cuidado, não porque somos descuidados, isso é uma postura. Num certo sentido subverte a ordem, mas a gente acredita que se a gente se interpuser nessa relação com o adolescente que vem espontaneamente procurar algum tipo de ajuda, vem resolver um problema que está sentindo e que é importante para a vida dela/e, a gente vai espantar [...] Porque esse adolescente vem procurar a gente exatamente porque é um caminho de não passar pela família e todas as restrições que ela [a família] apresenta e que talvez a gente nem saiba [...] Provavelmente a época da adolescência seja a fase em que o indivíduo tenta se afirmar e não conseguiu inteiramente, mas fez um movimento, mostrou uma forma de afastamento do núcleo familiar a que pertence; então, seria extremamente desastroso você pedir autorização [...]. (Provedor 2, sexo M., Butantã)

Ou, no dizer de um outro, também do CSEB:

Trata-se de desenvolver uma espécie de resistência civil [...] que coloca o adolescente no centro da cena, ele é o principal [...] Pode-se falar com os pais passando por eles [...] (Provedor 2, sexo M., Butantã)

O fator disponibilidade tem se mostrado importante como critério para indicação do método. Como já mencionado, o Butantã tem capacidade operacional de obter o preservativo, o diafragma e o DIU pela compra direta ou por doação feita em função de envolvimento da instituição em pesquisas. O PAM Maria Zélia, no entanto, não dispõe de qualquer tipo de anticoncepcional, a não ser

aqueles que são doados. Esse Posto tem menos flexibilidade operacional na provisão de insumos, sendo mais dependente, para o suprimento de anticoncepcionais, de eventuais doações por parte de laboratórios farmacêuticos, os quais assim condicionam sua indicação e oferta. Afirma um dos provedores entrevistados:

DIU, há muito tempo a saúde pública não vê DIU, então realmente existe restrição para uso da adolescente, o que resta para a gente é o anticoncepcional oral e injetável. (Provedor 5, sexo M., Maria Zélia)

Pensando no contexto familiar das jovens, os provedores de ambas as unidades também consideram, para a indicação de método anticoncepcional, a facilidade de sigilo que poderia propiciar. Além do sigilo, a adequação técnica, a opção da/o paciente são critérios que, analisados concomitantemente, definirão o anticoncepcional a ser indicado, além do fator disponibilidade.

4.5. VIOLÊNCIA

Há cerca de cinco anos a violência passou a fazer parte integrante das preocupações do CSE Butantã.¹⁴ Fator determinante é a experiência do programa de saúde da mulher, desenvolvido na instituição.¹⁵ As atividades de prevenção e combate à violência desenvolvidas mais recentemente indicam, ao mesmo tempo, a decisão de conhecer com maior profundidade a comunidade local e de estabelecer vínculos com outras instituições para o apoio às ações do Centro. Enfrentar a problemática da violência revela, segundo provedores entrevistados, um processo de amadurecimento da equipe, pois a questão esteve sempre presente, embora pouco trabalhada.

14. A incorporação da temática da violência ficou bastante evidente quando, em uma das visitas feitas ao Centro, tivemos a oportunidade de ver colagens expostas na parede, resultado de discussões de sala de espera com todos os/as usuárias do serviço.

15. Uma das provedoras entrevistadas desse Programa é bolsista da Fundação MacArthur e, em seu estudo, vem trabalhando de forma a dar visibilidade à problemática da violência entre os usuários e, ao mesmo tempo, refletir e agir sobre as formas de violência institucional, incluindo a violência que o próprio serviço exerce sobre as/os usuárias/os.

A introdução dessa discussão na unidade de saúde provocou mudanças nos instrumentos desenvolvidos pelo PASA, transformando a postura dos provedores de maneira que pudessem encontrar formas de aproximação das/os usuárias/os que sofrem ou sofreram algum tipo de violência. Como explica um dos provedores:

Mudamos a pergunta sobre violência, que a gente queria investigar, por ser uma questão importante entre os adolescentes. Colocamos a questão na parte da entrevista médica privada [...] Era um assunto mais íntimo, e a gente achou que ia ficar só naquele espaço, senão não saía nada. No grupo, dá impressão de ser um reforço mútuo e se fala de uma coisa meio genérica, e então “eu”, que sou objeto da violência, que estou sofrendo a violência, não me exponho. (Provedor 2, sexo M., Butantã)

De acordo com provedores entrevistados, abordar a violência significa encontrar formas de obter o relato da/o paciente, analisar como se posiciona frente à experiência vivida e, ao mesmo tempo, buscar formas de ajudá-la/o a superar o impacto em sua vida. Entre adolescentes do sexo feminino, as situações de vítima de violência são geralmente identificadas nos atendimentos de enfermagem, apesar de curtos e pontuais. A detecção de situações de violência, bem como a obtenção de relatos de vivências de violência, é mais difícil entre os meninos. Enfrentar o impasse de atender a violência é correr o risco de não denunciá-la. Uma vez que a não cumplicidade é obrigação de todo profissional de saúde. Exemplo citado é o caso do menor que teria sofrido violência da polícia local e pede apenas para ter suas feridas e dores tratadas. Pede aos provedores “pelo amor de Deus não denuncia que eu apareço morto amanhã e eu não quero morrer”.

Não considero errada a denúncia, mas existem situações concretas em que, se você denunciar, você está expondo o paciente [...] Se tivéssemos uma estrutura em que pudéssemos pegar o menino e deixá-lo num lugar seguro, aí sim poderíamos fazer a denúncia [...] (Provedor 2, sexo M, Butantã)

Atualmente deparam-se com a dificuldade de poder captar a demanda com relação ao tema da violência antes que ela seja identificada e remetida para a área de saúde mental. Isso porque, na

opinião dos provedores do Programa do Adolescente do CSEB, tratar a questão da violência no âmbito da saúde mental acaba por conceituá-la como problema de quem não está bem ou mentalmente saudável, desqualificando a demanda.

Os provedores do Butantã afirmam que, para o adolescente a problemática da violência é muito relevante e com crescente visibilidade no interior do Centro, não apenas porque há hoje maior sensibilidade programática para o tema, mas também por constituir assunto de crescente interesse por parte da sociedade. No Butantã costuma-se também fazer encaminhamentos específicos para instituições que tratam de diversos aspectos da violência, em particular que possam servir como referência para os casos de abuso sexual e violência doméstica.¹⁶

No CSE Butantã, a violência é vista como intimamente relacionada à questão do uso de drogas, especialmente ao uso do *crack*, também comum nos poucos casos de violência relatados no PAM Maria Zélia, onde geralmente surgem, no dizer dos provedores, estupro e violência associados ao uso de drogas. Casos de abuso de violência de mãe sobre filho menor chegou a mobilizar provedores que procuraram a mãe, buscando orientá-la.

4.6. DROGAS, ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS

No PAM Maria Zélia, o abuso de drogas é assunto tratado apenas no contexto da prevenção. O problema efetivo das/os usuáries/os – uso e suas conseqüências – acaba não sendo objeto de atenção:

Graças a Deus aqui também é pequena [a demanda de assistência em função do uso de álcool e drogas]. Acredito que pela própria constituição da família [...] [pois] nós não temos nenhuma grande favela [...] (Provedor 3, sexo M., Maria Zélia)

16. São citados como o CEARAS – Centro de Estudos de Abuso Sexual da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que atende a casos de abuso sexual juridicamente comprovados ou de violência doméstica; o PAVAS – Programa de Apoio a Vítimas de Abuso Sexual, também da Faculdade de Medicina da USP; e a Casa Elianne de Grammont, equipamento da Prefeitura do Município de São Paulo.

Como ocorre com os temas da gravidez e da violência, o uso de drogas é visto por esse conjunto de provedores como decorrência de estruturas familiares inadequadas. É comum surgirem relatos de filhos sobre atitudes violentas do pai no ambiente doméstico. Há também relatos de uso de álcool entre pais de adolescentes atendidos, embora não hajam estatísticas. Os provedores do Maria Zélia acolhem e registram o relato dos adolescentes, sem construir uma proposta coletiva de atenção, quer seja para o adolescente que sofre a violência, quer seja para a/o usuário/a da droga. Sentem-se impotentes diante da problemática, pela ausência de referências para encaminhamento.

No Butantã, o conjunto de provedores admite de maneira consensual que o abuso de álcool e de drogas é um problema de saúde. No entanto, ao mesmo tempo reconhecem suas dificuldades em lidar diretamente com o problema, evidente em relatos de familiares de usuárias/os de drogas ou de álcool, ou até mesmo de envolvidos/as com a rede de narcotráfico atuante na região. Como indica um dos provedores entrevistados, está presente até mesmo o medo físico do envolvimento do Centro no tema da droga, o medo de provocar reações na comunidade, de pôr em risco os usuários que se vincularem ao serviço e que, em decorrência dessa vinculação, tenham feito mudanças em suas vidas. Ao lado dessa preocupação, está insuficientemente claro para o Centro qual seria o setor, área ou profissional mais adequado para desenvolver uma ação mais dirigida ao tema da droga – e que ação seria essa. A tradição de pensar a problemática das drogas como circunscrita ao terreno da saúde mental é vista como absolutamente insuficiente pelos profissionais que participam do Programa do Adolescente.

5. A ATENÇÃO À SAÚDE DA PERSPECTIVA DAS/OS USUÁRIAS/OS

A vinculação das/os usuárias/os adolescentes com os serviços é decorrente de diversos aspectos, inclusive da maneira como o serviço é visto pela comunidade local. Analisando as entrevistas realizadas com as/os usuárias/os das duas unidades escolhidas, observa-se que alguns dos/as adolescentes entrevistados afirmam freqüentar o centro de saúde desde criança (pediatria); outros indicam que a mãe –em geral também usuária da unidade– trouxe-a/o

para ser atendido/a no Programa para Adolescentes. Outra parcela usa o serviço há no máximo cinco anos, havendo variações importantes nos motivos que determinam o conhecimento e o uso do Programa.

O Centro de Saúde Escola do Butantã é visto pela população como um serviço de boa qualidade, sendo disputadas as matrículas para atendimento. Nas visitas ao Centro e nas entrevistas realizadas com provedores, observou-se a dificuldade que tanto usuárias/os quanto profissionais de saúde têm para respeitar a norma que obriga os profissionais a aceitar apenas a população moradora na área de abrangência da unidade. Usuárias encontram formas de burlar a regra, identificando-se como moradoras da região apenas para serem atendidas no CSEB. Apesar de terem conhecimento da existência de outras unidades de saúde na região, justificam sua preferência pelo CSEB pela qualidade do atendimento. A comparação com as demais alternativas funciona apenas como legitimação da preferência pelo CSEB.

No PAM Maria Zélia, diferentemente do que ocorre no Butantã, evidencia-se um desconhecimento de outros serviços na região, sendo motivo importante de escolha as referências dadas por amigos e familiares sobre o “hospital”, como também é chamado o PAM pela clientela.

Na visão dos jovens, o horário mais conveniente para uso dos serviços parece estar associado aos horários das atividades escolares na região. Assim, o período da manhã, no caso do PAM Maria Zélia, e à tarde, no caso do CSEB, são os períodos preferidos. Em ambos os casos, os provedores entrevistados relataram dificuldades para o agendamento das consultas. No caso do Maria Zélia, por exemplo, as preferências concentram-se no final da manhã, esperando serem atendidos em tempo hábil para retornar à casa e ir para a escola. Os profissionais de saúde, por seu turno, nem sempre estão disponíveis nesses horários já que, especialmente no caso do PAM Maria Zélia, têm seu tempo comprimido por outros compromissos de trabalho. Do lado das/os usuárias/os, as dificuldades relatadas referem-se, nas duas unidades, ao tempo de espera para o atendimento. Os adolescentes que freqüentam o CSEB mostram-se comparativamente mais críticos do que os usuários do PAM Maria Zélia, apesar de despenderem, no geral, um tempo menor para seu deslocamento, não mais do que 15 minutos, geralmente de ônibus.

Nas duas unidades analisadas, pode-se observar que as/os

adolescentes apresentam-se ora sozinhos, ora acompanhados por outras pessoas. No CSE do Butantã existe uma preocupação deliberada em ampliar a porta de entrada ao serviço, tornando-a menos ortodoxa do ponto de vista do encaminhamento da/o adolescente. Esse aspecto, enfatizado pelos provedores entrevistados, pode ser verificado pela variedade de pessoas que acompanham as/os adolescentes ao Centro: irmã/o, avô/avó, filha, esposo, educadores de instituições, colega etc. No PAM Maria Zélia verifica-se uma presença mais freqüente da mãe.

Em ambas as unidades, as demandas espontaneamente apresentadas pelas/os adolescentes ao procurar o serviço não têm relação, de um modo geral, com aspectos da saúde reprodutiva. Isso confirma a observação feita por vários provedores entrevistados nos dois locais, de que queixas definidas como mal-estar genérico ainda constituem a principal motivação da procura de atendimento por parte das/os adolescentes. Essa característica é mais acentuada entre os adolescentes do sexo masculino, uma vez que sua demanda espontânea no campo da saúde reprodutiva é praticamente nula. Se, entre as adolescentes, os motivos de atendimento dividem-se entre pré-natal, atendimento ginecológico, anticoncepção, além das queixas mais genéricas como tonturas, mal-estar, dores musculares etc., isso já não ocorre entre os rapazes. Estes acabam restringindo-se a queixas de natureza genérica como as mencionadas. Há que se notar que os provedores do CSEB apontam como positivo o aparecimento de incipiente demanda espontânea tanto para anticoncepção quanto para participação em grupos educativos.

Os elementos colhidos nas entrevistas com as/os usuárias/os são consistentes com o tipo de assistência prestada pelas unidades. As/os adolescentes atendidos no PAM Maria Zélia passam por um número maior de consultas do que as/os usuárias/os do Butantã. Nesse último as/os adolescentes são encaminhados/as para consulta em clínica geral, como já mencionado, tendo acesso ao ginecologista apenas como referência secundária. Por outro lado, as/os usuárias/os do CSEB referem um número maior de vezes ao fato de terem participado de grupos de discussão. A diferença de sistemas de atendimento não parece afetar a satisfação das/os usuárias/os. Em ambos os casos, as/os adolescentes entrevistados/as expressam, na maior parte das vezes, importante satisfação com a atenção recebida durante o atendimento, relatando terem obtido as informações e os cuidados de que necessitavam.

Timidez, vergonha, constrangimento, medo foram alguns dos sentimentos mencionados com relação à situação que antecedeu o atendimento. Relatam, no entanto, terem-nos superado pelo fato de terem encontrado nos provedores uma atitude “legal, aberta, que dá alívio”, referindo-se ao modo como se deu a interação com os profissionais. Sentiram-se à vontade e com privacidade durante as consultas, embora tenham sido mencionados, sobretudo no caso do PAM Maria Zélia, sentimentos de timidez ou falta de iniciativa, atribuídas à presença da mãe nas consultas. Tais menções merecem atenção. Segundo os elementos coletados nas entrevistas com provedores no CSEB, ali a eventual presença das mães durante a consulta é algo que merece cuidado especial, tratada como uma oportunidade de explorar com ambos (usuária/o e mãe) temas relativos à autonomia do adolescente. O objetivo dessas abordagens seria o de mostrar para mãe e filha/o a possibilidade de a/o adolescente estabelecer uma relação própria com o profissional de saúde que se encontra à sua frente – diferente do que ocorria na pediatria – encaminhando a construção de relações autônomas e confiantes entre mãe, provedor e adolescente.

De um modo geral, as/os adolescentes relatam terem recebido explicações sobre os exames que seriam realizados, terem sido ouvidas/os em suas inquietações, terem podido fazer as perguntas desejadas, além de considerarem que os prestadores sempre se expressaram de maneira clara. Como afirma uma das usuárias do PAM Maria Zélia,

Pra mim, do jeito que está, está perfeito, até porque o PAM Maria Zélia é um hospital do Estado, público, e é muito difícil ter um hospital assim que oferece esse Programa para adolescente. Nos outros você é mal atendida pelo médico, que mal olha para sua cara. E aqui eles dão tanta atenção: é o psicólogo, a enfermeira, o dentista, o ginecologista. São muito legais as pessoas e do jeito que está tá bom; se melhorar pra alguma coisa melhora, mas pra mim do jeito que está tá ótimo [...] (Usuária 11, 18 anos, PAM Maria Zélia)

A satisfação com os serviços também se expressa pela disposição dos jovens de recomendá-los a amigas/os e familiares, não só para aumentar o número de participantes dos grupos, mas também alegando várias razões: a gratuidade do serviço, o leque de profissionais que oferece, o fato de se considerarem bem tratados, e mesmo as instalações físicas do serviço; ou, simplesmente, consideram

ser importante cuidar da saúde ou ter parceiros para conversar. A não-disposição de recomendar o serviço a outros, por sua vez, aparece associada a fatores externos à qualidade do serviço prestado, como o fato de a/o jovem julgar não possuir amigas/os interessadas/os, ou preferir não encontrá-los na unidade, ou por julgar que a unidade já é razoavelmente conhecida pela população da região.

As poucas sugestões que surgem para melhorar o serviço estão associadas sobretudo à diminuição na demora do atendimento, a maior facilidade no agendamento das consultas, à melhoria das instalações físicas e à ampliação de trabalhos educativos. Nas duas unidades, os provedores referem que fazer agendamento para adolescentes traz uma dificuldade adicional, na medida em que sua dimensão temporal é diversa da dos adultos, isto é, a motivação para retornar a uma atividade pode se perder no médio prazo, trazendo dificuldades adicionais a sua vinculação com o atendimento.

A maior parte dos entrevistados no PAM Maria Zélia tiveram acesso a, e se interessaram por, folhetos educativos, aspecto este já não muito enfatizado, apesar de mencionado, entre os adolescentes atendidos no CSEB. Embora muitos entrevistados não se recordassem dos temas lidos nos folhetos, DSTs/AIDS e câncer apareceram dentre os temas citados em ambos os locais. Dentre os entrevistados no Butantã, houve predominância de menção a temas associados à sexualidade e saúde reprodutiva, enquanto no PAM Maria Zélia foram mencionados temas mais gerais, tais como dengue e diabetes. Dentre as maiores inquietações ou preocupações com a saúde referidas pelas/os usuárias/os entrevistadas/os está certamente a AIDS, seguida de outras doenças sexualmente transmissíveis, drogas, sexualidade, gravidez e gravidez não-desejada. Chama a atenção o fato de as respostas a perguntas desse tipo terem sido claramente mais longas e elaboradas entre as/os usuárias/os do PAM Maria Zélia, o que pode ser explicado em parte por seu maior grau de escolaridade.¹⁷ A fala de uma das garotas entrevistadas, cursando a 8ª série do ensino fundamental, com 16 anos, expressa de certa maneira o universo de questões e a forma como se apresenta entre essas adolescentes:

17. Algumas características dos/as usuários/as entrevistados em cada unidade são descritas no Anexo 2.

Ah, sei lá, cada um tem um tipo de problema. As pessoas jovens se preocupam muito com essa coisa de sexo. Tem gente que fala 'Vou fazer', e não se preocupa com nada. Muitas vezes vai com um, vai com outro e acaba ficando doente mesmo. Se quer fazer, tem que ter cabeça pra procurar um método anticoncepcional, alguma coisa. Uma gravidez eu encararia numa boa, [mas] pra minha mãe ia ser o fim do mundo, acho que ela não me colocaria para fora de casa, mas fazia eu casar na hora. Um aborto eu não faria; em relação a DST, AIDS, eu procuraria um médico e faria tudo o que é possível. Que nem com a AIDS, tem gente que se desespera, acha que vai morrer mesmo e passa a usar drogas, essas coisas. (Usuária 14, 17 anos, Maria Zélia)

Tanto os adolescentes do PAM Maria Zélia quanto do CSEB reconhecem na frequência a unidade a oportunidade de estabelecer diálogo com os provedores, interação esta mais difícil de estabelecer na relação com os pais, seja por medo, seja por vergonha de falar sobre sexo, gravidez, AIDS, ou anticoncepção. No Butantã, os temas que motivariam a procura ou indicação do serviço para os amigos seriam a orientação acerca de uma gravidez indesejada e a orientação e fornecimento de métodos anticoncepcionais. No Maria Zélia há interesse de conversar sobre sexualidade e também a orientação com respeito a uma gravidez não-desejada. Em ambas as unidades os jovens parecem sentir-se à vontade e confiantes no tratamento que recebem.

Na pergunta relativa a quais seriam as principais inquietações e preocupações de saúde com gente de sua idade, em ambos os locais surge predominantemente a AIDS, seguida da gravidez. Em relação à AIDS, no CSEB os entrevistados dizem não saber o que fazer ou afirmam que procurariam tratamento no próprio serviço de saúde. Já no PAM Maria Zélia manifestam tamanha preocupação com o assunto que parecem querer até mesmo evitar falar na possibilidade de prevenção e contaminação pelo HIV ou outras DSTs, como se assim pudessem afastar qualquer "perigo". Em relação à gravidez, a maior parte das adolescentes dos dois serviços alega que explicaria a situação para os pais e parceiros e prosseguiria com o projeto de maternidade –que definitivamente não se configura como um problema–, uma vez que a maioria delas se posicionam contrárias à realização de um aborto. Quanto às DSTs, a maioria dos usuários entrevistados no Butantã diz que buscaria o próprio para tratamento, expressando confiança no Centro. Os adolescentes entrevistados no Maria Zélia não percebem a violên-

cia, as drogas ou o consumo abusivo de álcool como problema de saúde, acreditando que sejam decorrência de dificuldades enfrentadas com as famílias, e buscam nas religiões a solução de seus problemas. Os adolescentes do Butantã também não acreditam que violência, drogas e álcool sejam problemas do âmbito da saúde. No entanto, apontam o serviço como um local em que poderiam receber orientações sobre como proceder a respeito.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. DEMOCRATIZAÇÃO E POLÍTICAS DE AJUSTE NA AMÉRICA LATINA

Assim como outros países da América Latina, o Brasil vive um processo de redemocratização, lentamente implementado após a quebra da presença hegemônica de governos autoritários na região. Ao lado das transformações políticas, as do desenvolvimento econômico tornam a realidade latino-americana cada vez mais complexa e geradora de processos de exclusão social importantes. A globalização, instalando os mercados sem fronteiras, anda conjuntamente com a reforma do Estado, acarretando sérios impactos para o setor de saúde. Tais processos são importantes para refletir sobre o avanço da democracia de um lado e, de outro, sobre o impacto do ajuste estrutural. É nesse sentido que os compromissos políticos e sociais assumidos pelos países em fóruns internacionais nem sempre podem ser mantidos no âmbito nacional. No caso do Brasil, por exemplo, essa dificuldade já era percebida desde o final da década de 80, pelo processo que estabeleceu a Constituição Brasileira, um florescimento que fez emergir e/ou cristalizar questões e atores sociais presentes até hoje no cenário nacional. Os temas “direito à saúde constituído como um direito universal” e “adolescência” são exemplares.

No âmbito da saúde, no nível federal, ao mesmo tempo que as condições de sustentabilidade financeira e orçamentária do SUS estão constantemente em debate, também estão em evidência as recomposições técnicas, financeiras e políticas nas áreas de saúde do adolescente, do jovem e da mulher. São essas as áreas que, em âmbito federal e associadas à área de prevenção das DSTs/AIDS, respondem pelas ações no campo da sexualidade, saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos. A propósito, cabe res-

saltar que o atendimento à saúde do adolescente vem se beneficiando, nos últimos anos, da ação desenvolvida no Brasil pelo movimento de mulheres, problematizando a sexualidade e a reprodução em uma perspectiva de gênero, indicando a construção de novos direitos, sexuais e reprodutivos, pressupondo a existência de um Estado de Bem-Estar Social. Em particular, desde as Conferências do Cairo e Beijing, distintos atores sociais que se manifestavam em apoio à saúde da mulher passaram a fazê-lo também em nome da saúde da/o adolescente,¹⁸ assim como setores mais conservadores também ampliam seu escopo de atuação, trazendo para o centro da cena a preocupação com a sexualidade e gravidez “precoce das jovens”, indicando como solução a abstinência sexual. Alguns setores do Ministério da Saúde e da Igreja Católica têm trabalhado com perspectivas bastante similares nesse recente processo.

Além disso, o corte de recursos financeiros –que, tanto no âmbito federal quanto no estadual, acabam por impactar o funcionamento das unidades de saúde locais, comprometendo verdadeiramente seu funcionamento– contrasta fortemente com a energia política que emerge da direção em âmbito nacional e com a vitalidade crescente do trabalho desenvolvido por movimentos sociais e ONGs que operam no campo.

6.2. IMPACTO DA DESESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA NA PRÁTICA COTIDIANA COM ADOLESCENTES

Nos dois serviços estudados o impacto da desestruturação do sistema de saúde torna-se visível, ora pelo tom saudosista com que as experiências inovadoras da década de 80 foram vividas (PAM Maria Zélia), ora com a perplexidade de quem, apesar de estar vinculado à unidade durante muitos anos, nunca havia se deparado antes com situações de estrangulamento total, por exemplo, no que se refere à oferta de insumos ou de exames médicos à clientela (CSEB). Definitivamente, faltam insumos e faltam profissionais de saúde: essas são as principais queixas dos profis-

18. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; CFM – Conselho Federal de Medicina.

sionais entrevistados. Embora a clientela adolescente ouvida nesse trabalho não identifique problemas na qualidade do atendimento, os profissionais entrevistados oscilam entre demonstrar um certo heroísmo no cotidiano de suas ações –uma vez que os atendimentos, a seu ver, quase que acontecem por seus próprios méritos e esforços– ou a reflexão crítica sobre o papel do Estado, seu enfraquecimento como provedor de serviços e o impacto dessa situação sobre a saúde da população, inclusive adolescente.

Nas duas unidades, no dizer dos entrevistados, muito poderia melhorar. Um certo ar de desolação está presente em ambos, embora, no caso do Butantã, a produção científica e a atividade acadêmica propiciem oportunidade de produzir modelos inovadores de atendimento; esse papel que o Centro desempenha acaba por constituir alento para os profissionais em relação às eventuais dificuldades enfrentadas no processo de assistência.

6.3. DIFERENTES CONCEPÇÕES DE INTEGRALIDADE

A integralidade é um princípio do SUS que esteve em debate desde a década de 80, como mostra Schraiber (1999), tendo sido pensada sob diversas perspectivas, desde a visão de integração entre distintos aparatos institucionais que ofereciam serviços até a de gerência de serviços. Como indica a autora, “sempre esteve explicitada como intenção e necessidade da ação pública, isto é, as intervenções que consolidariam o sistema único de saúde brasileiro, o SUS” (Schraiber, 1999:17). Essas diferentes formas de encarar a integralidade ficaram evidentes no presente estudo. No PAM Maria Zélia, sem dúvida, a perspectiva de integralidade vigente ainda aponta para a idéia de atendimento pelas distintas abordagens disciplinares, marcando, como já mencionado, a presença de profissionais especializados na unidade, oferecendo aos pacientes cuidados fragmentados e concorrendo para o incremento dos custos do sistema. No caso do Butantã, é possível notar a presença de um coletivo agindo de forma coerente, buscando oferecer aos pacientes uma compreensão única e integrada de quais são suas necessidades e possibilidades de satisfazê-las. Há um tom de busca de transparência nas relações institucionais, seja entre os profissionais do próprio Programa, seja entre os profissionais deste e dos demais programas. Claramente no Butantã há um esforço de promoção da cidadania e da autonomia dos pacientes, ainda que essa

visão não seja compartilhada por pequeníssima parte dos profissionais aí entrevistados. Já a equipe do PAM Maria Zélia evidencia uma preocupação didática e informativa, sobretudo direcionada às famílias: estas e, em particular, as mães teriam, nas palavras e ações dos profissionais do Posto, a chance de receber informações, ser orientadas em suas necessidades, em especial sobre a maternidade mas, também, sobre a adolescência.

Vale a pena ressaltar que, a nosso ver, independentemente das distintas concepções de integralidade que os serviços manejem, ambos estão se deparando no momento com dificuldades para contar com a presença dos adolescentes nas atividades educativas, onde mais apropriadamente são tratadas as questões de sexualidade e saúde reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos. Em parte tais dificuldades podem também ser atribuídas à desestruturação do sistema que, para atingir essa clientela, requereria equipes maiores e com dedicação exclusiva ao Programa. No caso do Butantã, como a atividade educativa tem um peso quase que estruturador da proposta, há uma preocupação com a perda de legitimidade diante da direção do serviço, fato que não se confirmou durante as entrevistas. Ao contrário, apesar do saldo custo-benefício ser visto como negativo, há uma consciência do benefício que o Programa pode oferecer à população, na medida em que se estrutura como exemplar.¹⁹

6.4. PERSPECTIVA DE GÊNERO: IMPACTO NA ATENÇÃO À SAÚDE

A perspectiva de gênero adotada pelas equipes pode ser analisada com base no material colhido nas observações de campo, nas entrevistas com os profissionais de saúde, funcionários, com as/os próprias/os usuárias/os, ou nas estruturas programáticas e de organização dos serviços. Do ponto de vista da organização programática, no âmbito federal, nesse momento de reorganização da área técnica de saúde da criança e do adolescente, não fica evidente uma proposição que tenha por objetivo construir políticas de promoção da equidade de gênero ou da igualdade.

19. Conseguir incluir as atividades educativas no orçamento do Centro foi uma das conquistas relatadas por um funcionário entrevistado. No entanto, não é possível saber o quanto os programas incorporaram a estratégia.

Tanto nas entrevistas realizadas quanto nos textos programáticos, a única abordagem que apontaria para uma atenção específica é a do problema –visto dessa maneira– da gravidez na adolescência. Nas unidades de saúde, as queixas de meninos e meninas de 10 a 15 anos são similares, referindo-se ao próprio desenvolvimento físico. Ambos trazem com muita frequência queixas imprecisas (como tonturas, dores, mal-estar), denotando uma percepção do corpo como inadequado. Já entre os mais velhos, a sexualidade passa a ser muito importante para ambos, embora a anticoncepção seja mais importante para a menina.

No PAM Maria Zélia, os provedores revelaram-se sensibilizados ante a distância entre a quantidade de incumbências domésticas, em especial as atividades de cuidado com irmãos, irmãs ou sobrinhos/as realizadas pelas garotas e, de outro lado, a inércia dos meninos. As garotas, no PAM Maria Zélia, têm chamado a atenção pelo grau de preocupação com o peso e estética do corpo, demanda inexistente para os meninos. A preocupação com o próprio corpo, a vergonha de se expor em atendimentos ginecológicos parecem ser bem acolhidas pelas profissionais mulheres, em particular as da enfermagem, que desenvolvem atividades específicas para trabalhar isso com as meninas. As mesmas profissionais apontam que, embora estivessem dispostas a desenvolver atividades similares com os garotos, sentem que não conseguiriam ter o mesmo tipo de abordagem tranqüila. Consideram que profissionais do sexo masculino poderiam acolher com maior sucesso os garotos, já muito mais tímidos do que as garotas. No entanto, o acesso à subjetividade dos garotos é relatada como muito mais complexa do que a das meninas. Mais tímidos, parecem ter mais dificuldade de aderir a grupos e, nos atendimentos individuais, também seriam mais reticentes. O clínico diz que ao investigar sobre a vida sexual obtém respostas evasivas, sempre indicando que tudo “vai bem”. No geral, a preocupação é maior com a área orgânica: tamanho do pênis, dificuldade em urinar ou de ereção. De qualquer modo, a própria organização do serviço permite a dissociação: os problemas emocionais ligados à sexualidade seriam assunto para tratar com a psicóloga.

No Butantã, em geral, o serviço parece dirigir-se mais às garotas do que aos garotos, mesmo entre os mais jovens, fato que surpreendeu os provedores. Ocorre que, na verdade, os provedores não lograram preparar-se e acolher, da forma que julgam seria

adequada, as eventuais necessidades dos rapazes que, muito provavelmente, estariam demandando atenção para questões ainda desconhecidas, ou pouco exploradas, como as associadas às drogas ou à violência. Como nas discussões sobre a reprodução esta aparece como de responsabilidade das garotas, torna-se difícil promover mudanças de atitude entre os rapazes ou, mesmo, mudanças na cultura de uma maneira mais geral. Talvez uma das mais importantes questões levantadas nas entrevistas com os provedores seja a percepção de que serviços de saúde são identificados com o que é feminino. Resta o desafio: como promover essa mudança? A constatação de que tanto profissionais de saúde quanto pacientes são em sua maioria do sexo feminino soma-se a associação das demandas do campo da reprodução apenas ao sexo feminino.

6.5. PERSPECTIVA DE DIREITOS: IMPACTO NA ATENÇÃO À SAÚDE

O trabalho de pesquisa desenvolvido permite afirmar que há, no ambiente da saúde, especialmente nos níveis locais de assistência, uma importante aceitação da adolescência como etapa de vida socialmente construída, que hoje claramente se constitui como tendo direitos no campo da sexualidade e da saúde reprodutiva, aos quais os serviços públicos de saúde devem responder, estabelecendo uma aliança mais enfática com os adolescentes do que com suas famílias. Permanecem no entanto as seguintes questões: Em que nível as unidades devem, podem, ou têm elementos para responder às demandas? Qual população adolescente conseguem atingir com suas ações? Com que conteúdos pode operar, considerando sua inclusão num cenário de rápida transformação do papel do Estado em economias globalizadas?

Oferecer informações e promover cidadania com equidade é uma perspectiva crescente, mas que se equaciona mais ou menos fortemente a depender da perspectiva e proposta que a unidade possui. Até que ponto o oferecimento de informações –tão defendida durante a década de 80– é suficiente hoje para promover cidadania? Não caberia aos provedores responder mais concretamente às demandas, promovendo de fato uma interação, o diálogo entre sujeitos sociais?

Foi possível observar por exemplo que, apesar de terem de uma maneira geral menor escolaridade, os adolescentes entrevis-

tados no Butantã pontuaram de maneira mais complexa as questões vividas no campo da sexualidade e saúde reprodutiva. Parecem ter uma perspectiva mais clara de suas necessidades e direitos, em comparação com a clientela do Maria Zélia, que traz uma perspectiva de menor consciência das possibilidades de seu enfrentamento dos problemas cotidianos nessas áreas, posicionando-se de maneira mais assustada diante de seus confrontos com a vida.

6.6. DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES GERAIS

Este estudo mostra como é relevante a manutenção de espaços nas unidades de saúde que possam contemplar o atendimento às necessidades dos adolescentes no campo da sexualidade, saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Embora os programas estejam sofrendo constrangimentos devidos às dificuldades que a reforma do Estado tem imposto ao setor saúde no Brasil, há um importante potencial de trabalho a ser desenvolvido pelos programas de adolescentes que já vêm se beneficiando da experiência instalada no SUS, em função da operacionalização dos serviços de saúde para a mulher. O processo de reflexão e operacionalização do PAISM abriu espaço na sociedade para a formulação de ações de saúde que visam a promoção da consciência e a ampliação de direitos sexuais e reprodutivos. Os programas de saúde voltados aos adolescentes podem também ampliar essa experiência, na medida em que poderão abrir novas perspectivas para a compreensão das dinâmicas subjetivas de adolescentes do sexo masculino, e ao mesmo tempo conseguir, por esse caminho, abrir portas para questões ainda excluídas ou precariamente abordadas, tais como a violência e o abuso de álcool e drogas. Ao mesmo tempo, ainda nessa perspectiva, será possível compreender mais amplamente que formas adquire a relação dos rapazes com a anticoncepção e com a reprodução propriamente dita.

Uma questão para a qual este estudo aponta é a necessidade de maior reflexão sobre as formas que as diretrizes programáticas podem assumir em serviços de saúde de naturezas distintas, no presente caso uma unidade de atenção básica e um ambulatório de especialidades. Seria interessante continuar refletindo sobre os pontos de *interface* e características específicas que o programa po-

de assumir. Da mesma maneira, a possibilidade de ação junto às comunidades locais depende das características da unidade, da reciclagem e supervisão técnica oferecida no serviço. Vale a pena lembrar que o trabalho com grupos constituídos diretamente na comunidade parece se mostrar mais eficaz, ressaltando-se que a maior dificuldade nessa direção são as barreiras institucionais, que insistem em ver as equipes de saúde apenas como fontes de resolução de queixas médicas. Um desafio que os serviços devem enfrentar é a questão da violência e do uso das drogas, prosseguindo na necessidade de reformulação de suas dinâmicas de relação com os adolescentes, buscando formas mais diferenciadas de atenção, superando entraves concretos que às vezes passam despercebidos aos profissionais, mas que expressam o pensar adolescente. Por exemplo, a urgência do adolescente *versus* o atendimento da demanda estruturada no serviço. A relação com a vida e com o tempo da vida deve ser olhada com atenção pelos serviços de saúde, como forma de oferecer atendimentos mais adequados para os adolescentes.

Como pano de fundo, podemos indicar que a revisão do Código Penal aparece como instrumento relevante para assegurar amplitude ao debate em torno dos direitos e responsabilidades dos adolescente no campo da sexualidade, maternidade e paternidade. Ao mesmo tempo, posições mais inovadoras como aquelas que vem sendo produzidas por importantes atores sociais devem ser mais e mais visibilizadas, tais como as posições da FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – e do Conselho Federal de Medicina. Sexualidade entre adolescentes de 10 a 14 anos, abuso sexual e gravidez na adolescência merecem esforços de pesquisa, debate e intervenção em programas governamentais e não-governamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres, J. R. C. M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*, n.42, 1994.
- Ayres, J. R. C. M.; França J. R., I. Saúde do adolescente. In: Schraiber, L. M., Nemes, M. I. B., Mendes-Gonçalves, R. B. (orgs.) *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.66-85.
- Arilha, M., Calazans, G. J., Sexualidade na adolescência: o que há de no-

- vo? In: CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, 1998. p. 687-708.
- Barbosa, R. M., Villela, W. V. A trajetória feminina da AIDS. In: Parker, R., Galvão, J. (orgs.) *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré; ABIA; IMS/UERJ, 1996. (Coleção História Social da AIDS, 7).
- Bemfam. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [org. Cláudia M. S. Marques, CGDRH/MS; Conceição A. P. Rezende, CIRJ/CNS; Eucléa G. Vales, CIRH/CNS; Luiz Cordoni Júnior, CIRH/CNS; Rita E. R. Sório, FIOCRUZ] *Diretrizes curriculares nacionais para ensino técnico-profissional: área da Saúde*. Brasília, 1999a.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS - Secretaria de Assistência à Saúde, SPS - Secretaria de Políticas de Saúde. *Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1999b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas*. 2. ed. rev. Brasília, 1996.
- CCR – Comissão Cidadania e Reprodução. *Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços*, 1999. São Paulo, 2000.
- Folhateen. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 15 de março de 1999. p. 7.
- IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *PNAD 96*. Rio de Janeiro, 1996.
- Lavinas, L. Gênero, cidadania e adolescência. In: Madeira, F. R. (org.) *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997.
- Lebrão, M. L. *Utilização da Classificação Internacional de Doenças em informações de morbidade*. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português; MS; USP; OPAS/OMS; NEPS, 1993. (Série Divulgação, 8).
- Schraiber, L. M. Desafios atuais da integralidade em Saúde. *Jornal da RedeSaúde*, n.17, 1999.
- SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Anuário estatístico do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1998.
- : *Conjuntura Demográfica*, São Paulo, n. 27/28, 1994.
- : *20 anos no ano 2000*. São Paulo, 1998.
- Takiuti, A. D. A saúde da mulher adolescente. In: Madeira, F. R. (org.) *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997.

ANEXO 1 TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1
TAXA DE MORTALIDADE ANUAL DE ADOLESCENTES (POR 10.000)
POR SEXO E FAIXA DE IDADE, NO MUNICÍPIO E NO ESTADO DE
SÃO PAULO, 1980-1994

Município de São Paulo				
Sexo	Faixa de idade / ano			
	10-14 anos		15-19 anos	
	1980	1994	1980	1994
Masculino	6,74	6,03	18,64	29,71
Feminino	4,11	3,50	6,64	6,89
Total	5,42	4,77	12,43	18,16

Estado de São Paulo				
Sexo	Faixa de idade / ano			
	10-14 anos		15-19 anos	
	1980	1994	1980	1994
Masculino	6,81	5,86	15,80	21,95
Feminino	4,16	3,50	6,94	6,29
Total	5,50	4,70	11,33	14,17

Fontes: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS/ Fundação Nacional da Saúde/ Ministério da Saúde; FIBGE, *Censo demográfico 1980, Projeção de população 1984*.

Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 2
MORTALIDADE PROPORCIONAL DE ADOLESCENTES POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS
SEGUNDO SEXO E FAIXA DE IDADE, MUNICÍPIO E ESTADO DE SÃO PAULO, 1997

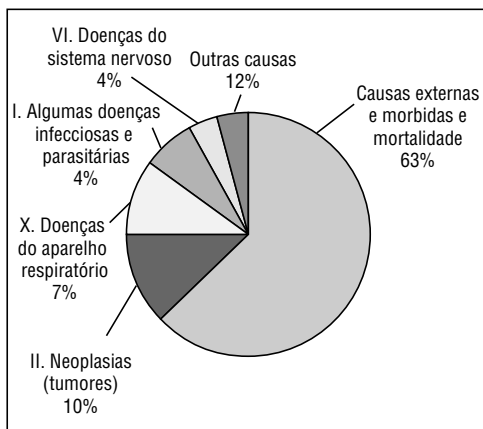
Causa	Município de São Paulo																	
	10-14 anos				15-19 anos				Total									
	masc.		femin.		masc.		femin.		masc.		femin.							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
AIDS	1	8,3	3	25,0	4	16,7	5	27,8	5	33,3	10	30,3	6	20,0	8	29,6	14	24,6
Tuberculose	4	33,3	2	16,7	6	25,0	4	22,2	3	20,0	7	21,2	8	26,7	5	18,5	13	22,8
Septicemia	2	16,7	1	8,3	3	12,5	1	5,6	1	6,7	2	6,1	3	10,0	2	7,4	5	8,7
Outras	5	41,7	6	50,0	11	45,8	8	44,4	6	40,0	14	42,4	13	43,3	12	44,5	25	43,9
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0	18	100,0	15	100,0	33	100,0	30	100,0	27	100,0	57	100,0

Causa	Estado de São Paulo																	
	10-14 anos				15-19 anos				Total									
	masc.		femin.		masc.		femin.		masc.		femin.							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
AIDS	3	7,7	7	21,2	10	13,9	24	32,9	22	40,8	46	36,2	27	24,1	29	33,3	56	28,2
Tuberculose	6	15,4	2	6,1	8	11,1	14	19,2	10	18,5	24	18,9	20	17,9	12	13,8	32	16,0
Septicemia	14	35,9	8	24,2	22	30,6	17	23,3	8	14,8	25	19,7	31	27,7	16	18,4	47	23,6
Outras	16	41,0	16	48,5	32	44,4	18	24,6	14	25,9	32	25,2	34	30,3	30	34,5	64	32,2
Total	39	100,0	33	100,0	72	100,0	73	100,0	54	100,0	127	100,0	112	100,0	87	100,0	199	100,0

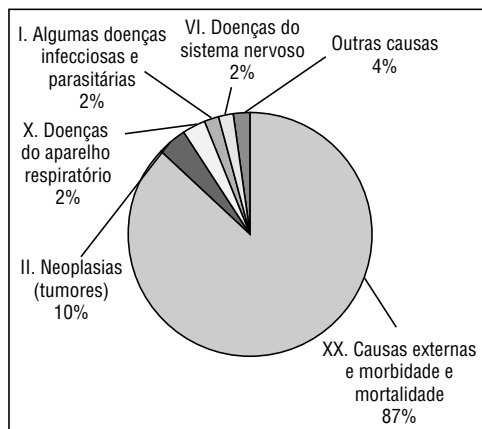
Fonte: SIM/ DATASUS/ Fundação Nacional da Saúde/ Ministério da Saúde .Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

FIGURA 1
MORTALIDADE PROPORCIONAL DE ADOLESCENTES SEGUNDO AS
MAIORES CATEGORIAS DE CAUSAS DE MORTE, POR SEXO E FAIXA DE
IDADE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1997

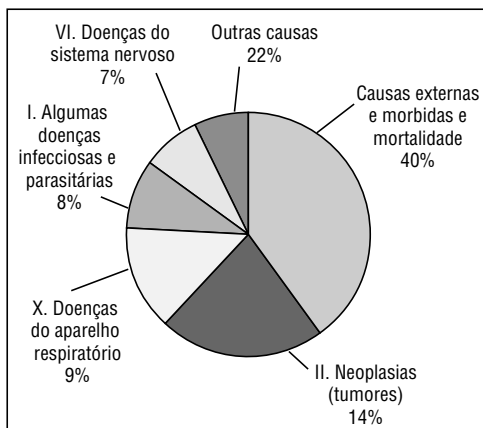
Sexo Masculino, 10-14 años



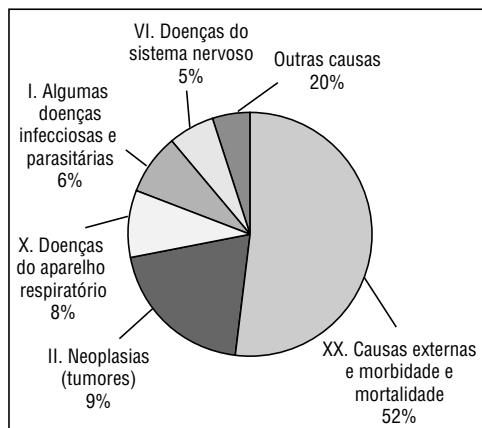
Sexo Masculino, 15-19 años



Sexo Feminino, 10-14 años



Sexo Feminino, 15-19 años



Fonte: SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados.
Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 3
MORBIDADE PROPORCIONAL PELOS GRANDES CAPÍTULOS
DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES.
ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998

CID Capítulos		Estado de São Paulo					
		10-14 anos					
		Masculino		Feminino		Total	
N	%	N	%	N	%		
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.756	4,74	1.227	4,30	2.983	4,55
II.	Neoplasias (tumores)	1.350	3,64	948	3,32	2.298	3,50
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	453	1,22	383	1,34	836	1,27
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	782	2,11	893	3,13	1.675	2,55
V.	Transtornos mentais e comportamentais	650	1,75	460	1,61	1.110	1,69
VI.	Doenças do sistema nervoso	1.150	3,10	881	3,09	2.031	3,10
VII.	Doenças do olho e anexos	439	1,18	356	1,25	795	1,21
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	510	1,38	425	1,49	935	1,43
IX.	Doenças do aparelho circulatório	669	1,80	546	1,91	1.215	1,85
X.	Doenças do aparelho respiratório	4.646	12,53	4.135	14,50	8.781	13,39
XI.	Doenças do aparelho digestivo	3.980	10,74	2.316	8,12	6.296	9,60
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	903	2,44	632	2,22	1.535	2,34
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.620	4,37	1.089	3,82	2.709	4,13
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	2.956	7,97	1.551	5,44	4.507	6,87
XV.	Gravidez parto e puerpério	0	0,00	5.391	18,90	5.391	8,22
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	86	0,23	91	0,32	177	0,27
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3.781	10,20	2.953	10,35	6.734	10,27
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	924	2,49	664	2,33	1.588	2,42
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	8.567	23,11	2.694	9,45	11.261	17,17
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	703	1,90	235	0,82	938	1,43
XXI.	Contatos com serviços de saúde	787	2,12	396	1,39	1.183	1,80
	CID 10 ^a Revisão não disponível ou não preenchido	359	0,97	257	0,90	616	0,94
Total		37.071	100,00	28.523	100,00	65.594	100,00

TABELA 3 (continuación)
 MORBIDADE PROPORCIONAL PELOS GRANDES CAPÍTULOS
 DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES.
 ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998

CID Capítulos		Estado de São Paulo					
		15-19 anos				Total	
		Masculino		Feminino			
N	%	N	%	N	%		
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.357	3,34	1.353	0,84	2.710	1,35
II.	Neoplasias (tumores)	1.405	3,46	1.356	0,84	2.761	1,37
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	365	0,90	482	0,30	847	0,42
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	562	1,38	743	0,46	1.305	0,65
V.	Transtornos mentais e comportamentais	3.859	9,50	1.841	1,15	5.700	2,83
VI.	Doenças do sistema nervoso	1.047	2,58	963	0,60	2.010	1,00
VII.	Doenças do olho e anexos	502	1,24	465	0,29	967	0,48
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	272	0,67	252	0,16	524	0,26
IX.	Doenças do aparelho circulatório	978	2,41	981	0,61	1.959	0,97
X.	Doenças do aparelho respiratório	3.962	9,75	4.271	2,66	8.233	4,09
XI.	Doenças do aparelho digestivo	4.253	10,47	3.599	2,24	7.852	3,90
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.109	2,73	1.027	0,64	2.136	1,06
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.846	4,54	1.210	0,75	3.056	1,52
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	2.218	5,46	6.968	4,34	9.186	4,56
XV.	Gravidez parto e puerpério	0	0,00	125.204	77,94	125.204	62,20
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	12	0,03	208	0,13	220	0,11
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3.468	8,53	3.177	1,98	6.645	3,30
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	764	1,88	950	0,59	1.714	0,85
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	10.298	25,34	2.951	1,84	13.249	6,58
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	995	2,45	369	0,23	1.364	0,68
XXI.	Contatos com serviços de saúde	950	2,34	797	0,50	1.747	0,87
CID 10 ^a Revisão não disponível ou não preenchido		415	1,02	1.484	0,92	1.899	0,94
Total		40.637	100,00	160.651	100,00	201.288	100,00

TABELA 3 (continuación)
 MORBIDADE PROPORCIONAL PELOS GRANDES CAPÍTULOS
 DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES.
 ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICIPIO DE SÃO PAULO, 1998

CID Capítulos		Estado de São Paulo					
		Total					
		Masculino		Feminino		Total	
N	%	N	%	N	%		
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.113	4,01	2.580	1,36	5.693	2,13
II.	Neoplasias (tumores)	2.755	3,55	2.304	1,22	5.059	1,90
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	818	1,05	865	0,46	1.683	0,63
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.344	1,73	1.636	0,86	2.980	1,12
V.	Transtornos mentais e comportamentais	4.509	5,80	2.301	1,22	6.810	2,55
VI.	Doenças do sistema nervoso	2.197	2,83	1.844	0,97	4.041	1,51
VII.	Doenças do olho e anexos	941	1,21	821	0,43	1.762	0,66
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	782	1,01	677	0,36	1.459	0,55
IX.	Doenças do aparelho circulatório	1.647	2,12	1.527	0,81	3.174	1,19
X.	Doenças do aparelho respiratório	8.608	11,08	8.406	4,44	17.014	6,38
XI.	Doenças do aparelho digestivo	8.233	10,59	5.915	3,13	14.148	5,30
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.012	2,59	1.659	0,88	3.671	1,38
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3.466	4,46	2.299	1,22	5.765	2,16
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	5.174	6,66	8.519	4,50	13.693	5,13
XV.	Gravidez parto e puerpério	0	0,00	130.595	69,03	130.595	48,93
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	98	0,13	299	0,16	397	0,15
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7.249	9,33	6.130	3,24	13.379	5,01
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.688	2,17	1.614	0,85	3.302	1,24
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	18.865	24,28	5.645	2,98	24.510	9,18
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	1.698	2,19	604	0,32	2.302	0,86
XXI.	Contatos com serviços de saúde	1.737	2,24	1.193	0,63	2.930	1,10
	CID 10 ⁸ Revisão não disponível ou não preenchido	774	1,00	1.741	0,92	2.515	0,94
Total		77.708	100,00	189.174	100,00	266.882	100,00

TABELA 3 (continuación)
 MORBIDADE PROPORCIONAL PELOS GRANDES CAPÍTULOS
 DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES.
 ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998

CID Capítulos		Município de São Paulo					
		10-14 anos					
		Masculino		Feminino		Total	
N	%	N	%	N	%		
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	282	3,27	206	3,42	488	3,33
II.	Neoplasias (tumores)	604	7,01	381	6,32	985	6,73
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	200	2,32	192	3,18	392	2,68
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	142	1,65	176	2,92	318	2,17
V.	Transtornos mentais e comportamentais	73	0,85	53	0,88	126	0,86
VI.	Doenças do sistema nervoso	361	4,19	293	4,86	654	4,47
VII.	Doenças do olho e anexos	257	2,98	218	3,61	475	3,24
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	202	2,35	142	2,35	344	2,35
IX.	Doenças do aparelho circulatório	228	2,65	215	3,56	443	3,02
X.	Doenças do aparelho respiratório	752	8,73	633	10,49	1.385	9,46
XI.	Doenças do aparelho digestivo	809	9,39	436	7,23	1.245	8,50
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	224	2,60	164	2,72	388	2,65
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	559	6,49	395	6,55	954	6,51
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	789	9,16	295	4,89	1.084	7,40
XV.	Gravidez parto e puerpério	0	0,00	915	15,17	915	6,25
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	5	0,06	7	0,12	12	0,08
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	556	6,46	360	5,97	916	6,25
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	359	4,17	232	3,85	591	4,04
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.790	20,78	531	8,80	2.321	15,85
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	136	1,58	32	0,53	168	1,15
XXI.	Contatos com serviços de saúde	285	3,31	156	2,59	441	3,01
Total		8.613	100,00	6.032	100,00	14.645	100,00

TABELA 3 (continuación)
 MORBIDADE PROPORCIONAL PELOS GRANDES CAPÍTULOS
 DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES.
 ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICIPIO DE SÃO PAULO, 1998

CID Capítulos		Município de São Paulo					
		15-19 años					
		Masculino		Feminino		Total	
N	%	N	%	N	%		
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	204	2,19	150	0,49	354	0,88
II.	Neoplasias (tumores)	619	6,64	578	1,88	1.197	2,99
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	137	1,47	154	0,50	291	0,73
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	122	1,31	151	0,49	273	0,68
V.	Transtornos mentais e comportamentais	626	6,72	388	1,26	1.014	2,53
VI.	Doenças do sistema nervoso	332	3,56	304	0,99	636	1,59
VII.	Doenças do olho e anexos	277	2,97	290	0,94	567	1,41
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	115	1,23	98	0,32	213	0,53
IX.	Doenças do aparelho circulatório	347	3,72	287	0,93	634	1,58
X.	Doenças do aparelho respiratório	555	5,96	540	1,76	1.095	2,73
XI.	Doenças do aparelho digestivo	859	9,22	620	2,02	1.479	3,69
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	317	3,40	335	1,09	652	1,63
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	679	7,29	433	1,41	1.112	2,77
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	515	5,53	910	2,96	1.425	3,56
XV.	Gravidez parto e puerpério	0	0,00	23.948	77,84	23.948	59,75
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	0	0,00	57	0,19	57	0,14
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	350	3,76	392	1,27	742	1,85
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	145	1,56	136	0,44	281	0,70
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	2.629	28,22	712	2,31	3.341	8,34
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	161	1,73	70	0,23	231	0,58
XXI.	Contatos com serviços de saúde	327	3,51	214	0,70	541	1,35
Total		9.316	100,00	30.767	100,00	40.083	100,00

TABELA 3 (continuación)
 MORBIDADE PROPORCIONAL PELOS GRANDES CAPÍTULOS
 DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES.
 ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998

CID Capítulos		Município de São Paulo					
		Total					
		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	486	2,71	356	0,97	842	1,54
II.	Neoplasias (tumores)	1.223	6,82	959	2,61	2.182	3,99
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	337	1,88	346	0,94	683	1,25
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	264	1,47	327	0,89	591	1,08
V.	Transtornos mentais e comportamentais	699	3,90	441	1,20	1.140	2,08
VI.	Doenças do sistema nervoso	693	3,87	597	1,62	1.290	2,36
VII.	Doenças do olho e anexos	534	2,98	508	1,38	1.042	1,90
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	317	1,77	240	0,65	557	1,02
IX.	Doenças do aparelho circulatório	575	3,21	502	1,36	1.077	1,97
X.	Doenças do aparelho respiratório	1.307	7,29	1.173	3,19	2.480	4,53
XI.	Doenças do aparelho digestivo	1.668	9,30	1.056	2,87	2.724	4,98
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	541	3,02	499	1,36	1.040	1,90
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.238	6,91	828	2,25	2.066	3,78
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	1.304	7,27	1.205	3,27	2.509	4,58
XV.	Gravidez parto e puerpério	0	0,00	24.863	67,56	24.863	45,43
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	5	0,03	64	0,17	69	0,13
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	906	5,05	752	2,04	1.658	3,03
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	504	2,81	368	1,00	872	1,59
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	4.419	24,65	1.243	3,38	5.662	10,35
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	297	1,66	102	0,28	399	0,73
XXI.	Contatos com serviços de saúde	612	3,41	370	1,01	982	1,79
Total		17.929	100,00	36.799	100,00	54.728	100,00

Fonte: Datasus/MS/FNS 1998.
 Tabulações Especiais NEPO/UNICAMP.

TABELA 4
TAXA DE PREVALÊNCIA DE AIDS EM ADOLESCENTES,
ESTADO DE SÃO PAULO, 1996

Faixa etária	Casos por 100.000 habitantes
10-14 anos	1,7
15-19 anos	13,0

Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS / Ministério da Saúde.
Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 5
TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM ADOLESCENTES,
ESTADO DE SÃO PAULO, 1996

Faixa etária	Novos casos por 100.000 habitantes
10-14 anos	0,4
15-19 anos	3,0

Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS / Ministério da Saúde.
Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 6
TAXA DE MORTALIDADE DE ADOLESCENTES POR AIDS (POR 100.000),
SEGUNDO SEXO E FAIXA DE IDADE,
NO MUNICÍPIO E NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1996

Residência	Taxa de mortalidade por AIDS								
	10-14 anos			15-19 anos			Total		
	masc.	femin.	total	masc.	femin.	total	masc.	femin.	total
Município	1,08	0,43	0,76	2,61	1,66	2,12	1,84	1,06	1,45
Estado	0,52	0,24	0,38	2,85	1,59	2,22	1,67	0,91	2,6

Fonte: SEADE, *Estatísticas vitais*.
Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 7
 HOSPITALIZAÇÕES DE ADOLESCENTES POR AIDS SEGUNDO SEXO E FAIXA DE IDADE,
 NO MUNICÍPIO E NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1998

Residência	Número e porcentagem de hospitalizações																			
	10-14 anos				15-19 anos				Total											
	masc.		femin.		total		masc.		femin.		total		masc.		femin.		total			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Município	48	68,6	22	31,4	70	100,0	21	77,8	6	22,2	27	100,0	69	71,1	28	28,9	97	100,0		
Estado	64	68,0	30	32,0	94	100,0	75	58,6	53	41,4	128	100,0	139	62,6	83	37,4	222	100,0		

Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS / Ministério da Saúde.
 Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 8
 USO DE MÉTODOS DE ANTICONCEPÇÃO POR ADOLESCENTES
 (15-19 ANOS) SEGUNDO O SEXO,
 SÃO PAULO, 1996

Uso	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Nunca usou	400	82,79	33	33,67
Só métodos tradicionais	10	2,05	4	4,08
Métodos modernos	73	15,16	61	62,24
Total	483	100,00	98	100,00

Fonte: BEMFAM, 1996, PNDS.
 Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 9
 MORTALIDADE DE ADOLESCENTES POR COMPLICAÇÕES
 DE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO,
 NO MUNICÍPIO E NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997

Causa	Município		Estado	
	N	%	N	%
Aborto	1	6,67	3	6,25
Hipertensão gestacional	1	6,67	3	6,25
Eclâmpsia	2	13,33	4	8,33
Intervenção médica por sofrimento do feto	2	13,33	5	10,42
Embolia de origem obstétrica	0	0,00	2	4,17
Doenças infecciosas e parasitárias	1	6,67	1	2,08
Outras doenças maternas	7	46,67	14	29,17
Outras causas	1	6,67	16	33,33
Total	15	100,00	48	100,00

Fonte: SEADE, *Estatísticas vitais*.
 Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 10
 PORCENTAGEM DE ADOLESCENTES (15-19 ANOS) QUE SÃO MÃES OU
 ESTÃO GRÁVIDAS DE SEU PRIMEIRO FILHO,
 ESTADO DE SÃO PAULO, 1996

Adolescentes	N	Mães	Grávidas do 1º filho	Total (alguma vez grávida)
SP, 15-19 a.	483	13,9	3,7	17,6

Fonte: BEMFAM, 1996, PNDS.
 Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 11
 PESO AO NASCER DE FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES,
 MUNICÍPIO E ESTADO DE SÃO PAULO, 1997

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Peso ao nascido	Idade da mãe					
	10-14 anos		15-19 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1 kg	13	1,36	207	0,59	220	0,61
1kg a 2,4 kg	149	15,54	3.431	9,80	3.580	9,95
2,5 kg ou +	797	83,11	31.377	89,61	32.174	89,44
Total	959	100,00	35.015	100,00	35.974	100,00

ESTADO DE SÃO PAULO

Peso ao nascido	Idade da mãe					
	10-14 anos		15-19 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1 kg	63	1,43	768	0,58	831	0,60
1kg a 2,4 kg	616	14,03	12.603	9,45	13.219	9,59
2,5 kg ou +	3.713	84,54	120.037	89,98	123.750	89,80
Total	4.392	100,00	133.408	100,00	137.800	100,00

Fonte: SEADE, Estatísticas vitais.
 Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

TABELA 12
 TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL, MORTALIDADE MATERNA
 E NATIMORTALIDADE DE ADOLESCENTES (10-19 ANOS),
 MUNICÍPIO E ESTADO DE SÃO PAULO, 1997

Faixa de idade	Estado			Município		
	Mortalidade		Natimortalidd	Mortalidade		Natimortalidd
	infantil ¹	materna ²	¹	infantil ¹	materna ²	¹
10-14	48,28	43,91	13,41	50,18	0,00	12,54
15-19	27,49	35,37	10,33	24,97	41,73	10,56
10-19	28,16	35,65	10,43	25,67	40,56	10,61

1. por 1.000.

2. por 100.000.

Fonte: SEADE, Estatísticas vitais.

Tabulação especial NEPO/UNICAMP.

ANEXO 2

CARACTERIZAÇÃO DA/OS ENTREVISTADA/OS

QUADRO 1
ADOLESCENTES USUÁRIAS/OS DO CSE BUTANTÃ

Idade	Sexo	Motivo da consulta	Migrante	Ocupação	Escolaridade
12	M	Atendimento psicológico	Não	Não trabalha	3ª série
16	F	Diafragma	Não	Não informada	8ª série
18	F	Pré-natal	Sim	Não trabalha	3ª série
17	F	Pré-natal	Não	Não trabalha	1º colegial
14	M	Acompanhamento crescimento	Não	Não trabalha	8ª série
18	F	Colocação DIU	Não	Não trabalha	4ª série
17	F	Colocação DIU	Sim	Não trabalha	1º colegial
12	M	Resultado de exame	Não	Não trabalha	5ª série
13	M	Tontura, mal-estar	Não	Não trabalha	7ª série
18	F	Sem queixa	Não	Não trabalha	2º colegial
13	M	Resultado de exame	Sim	Não trabalha	6ª série
12	F	Sem queixa / grupo	Não	Não trabalha	6ª série
17	F	Dores musculares	Sim	Doméstica	5ª série
15	F	Sem queixa / grupo	Não	Não trabalha	8ª série
18	F	Colocação DIU	não	Não trabalha	5ª série

QUADRO 2
 ADOLESCENTES USUÁRIAS/OS DO PAM MARIA ZÉLIA

Idade	Sexo	Motivo da consulta	Migrante	Ocupação	Escolaridade
15	F	Fraqueza	Sim	Não trabalha	1º colegial
13	F	Sem queixa / grupo	Não	Não trabalha	6ª série
12	F	Dores abdominais	Não	Não trabalha	6ª série
16	F	Dores abdominais	Sim	Babá	2º colegial
15	F	Asma	Não	Não trabalha	1º colegial
17	M	Tratamento de fratura no tórax	Não	Não trabalha	2º colegial
16	F	Inflamação uterina	Não	Não trabalha	7ª série
16	F	Menstruação desregrada	Não	Não trabalha	1º colegial
18	F	Pré-natal	Sim	Não trabalha	8ª série
16	M	Dor de dente	Não	Não trabalha	1º colegial
18	F	Nódulo no seio, anemia	Sim	Não trabalha	3º colegial
13	F	Pré-natal	Não	Não trabalha	6ª série
13	M	Sem queixa / grupo	Não	Não trabalha	8ª série
17	F	Dores estomacais	Não	Não trabalha	3º colegial
16	F	Rotina ginecológica	Não	Não trabalha	8º série

QUADRO 3
 PROFISSIONAIS DO CSE BUTANTÃ

Cargo/Função	Sexo	Idade	Profissão	Capacitação (p/ trab. c/ adolescente)	Tempo no serviço
Atendimento psicológico e gerenciamento do programa	F	28	Psicóloga	Aprimoramento em Saúde Coletiva com estágio no Programa de Saúde do Adolescente	1 ano e meio
Clínica médica	M	37	Médico	Sim - Saúde Reprodutiva	6 anos
Clínica médica e pré-natal	F	36	Médica	Não	13 anos
Clínica ginecológica	M	41	Médico	Não	7 anos
Diretor	M	45	Médico	Não	16 anos

QUADRO 4
PROFISSIONAIS DO PAM MARIA ZÉLIA

Cargo/Função	Sexo	Idade	Profissão	Capacitação (p/ trab. c/ adolescente)	Tempo no serviço
Coordenadora do Programa	F	39	Enfermeira	Cursos de sensibilização e capacitação para atendimento a adolescentes	14 anos
Clínica médica	F	42	Médica	Cursos práticos para atendimento ambulatorial	4 anos
Clínica médica	M	41	Médico	Cursos em atendimento a adolescentes	14 anos
Atendimento psicológico individual e grupo	F	57	Psicóloga	Não (vários cursos, mas nenhum voltado especificamente para o atendimento a adolescentes)	3 anos
Diretor clínico	M	43	Médico	Cursos de informação e não de formação (<i>sic</i>)	14 anos

QUADRO 5
FUNCIONÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Cargo	Sexo	Idade	Profissão	Tempo no serviço
Coordenadora do PROSAD / Ministério da Saúde	F	–	Médica	6 meses
Coordenadora do PROSAD / Secretaria de Estado da Saúde	F	47	Médica	16 anos
Ex-Coordenadora do PROSAD / Ministério da Saúde	F	48	Médica	4 anos
Coordenador do Programa de Saúde do Adolescente do CSE Butantã	M	38	Médico	16 anos

V. ANÁLISIS COMPARATIVO DE ESTUDIOS DE CASO

MÓNICA GOGNA*

CEDES

(Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

1. COMPARACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

A manera de introducción a este capítulo comparativo entre los tres estudios de caso, destacaremos algunas de las principales conclusiones que surgen de la lectura conjunta de los perfiles epidemiológicos realizados como parte de este estudio.

Cabe recordar que la población adolescente constituye el 14% de la población de Buenos Aires, el 10% de la de San Pablo y cerca del 20% de la de México D. F. Comparada con la situación general de cada país, la situación de estas ciudades es privilegiada en lo que respecta al nivel socioeconómico y educacional, y las condiciones de salud de su población, pero aún existen importantes deficiencias que afectan a la población adolescente. A manera de ejemplo, cabe recordar que el porcentaje de población de 15-19 años que está fuera del sistema escolar es del 25% en Buenos Aires, 35% en San Pablo y 40% en México D. F.¹

* La autora agradece los comentarios de Margarethe Arilha, Claudio Stern, Diana Reartes y María Alicia Gutiérrez a la versión borrador de este capítulo, y a Mariana Romero por el análisis comparativo de los datos epidemiológicos.

1. Los datos disponibles en cada ciudad sobre condición de pobreza de los hogares con adolescentes no son comparables (en el caso de San Pablo se dispone de datos sobre ingreso de los hogares, en Buenos Aires los indicadores

Aun cuando la información epidemiológica disponible sobre este grupo etéreo presenta deficiencias importantes,² los diagnósticos realizados permiten trazar un cuadro de situación que es sin duda preocupante. Aunque con magnitudes diferentes, la jerarquía de problemas que comprometen la vida y la salud de los adolescentes en las tres ciudades es similar. Cabe destacar el importante peso que tiene la violencia tanto en términos de mortalidad como de morbilidad y su incidencia diferencial por sexo/género.

En los tres casos la tasa de mortalidad de los varones de 15 a 19 años es más elevada que la de las mujeres de este grupo de edad (algo más de dos veces en Buenos Aires y México D. F. y cuatro veces más alta en San Pablo). Las tasas de mortalidad adolescente más bajas son las de Buenos Aires y las más altas las de México D. F. A título indicativo, cabe destacar que la tasa de mortalidad de los varones de 15 a 19 años de Buenos Aires es más baja que la de las mujeres de ese grupo de edad en las otras dos ciudades.

En Buenos Aires y en San Pablo las denominadas causas externas constituyen la primera causa de muerte para ambos sexos y subgrupos de edad (10-14 y 15-19), siendo los porcentajes siempre más altos entre los varones que entre las mujeres. En el caso de México D. F., la forma en que están agregados los datos no permite estimar a ciencia cierta cuál es la primera causa de muerte para esta población. De acuerdo con los datos disponibles, los neoplasmas aparecen como la primera causa, seguida de accidentes. El hecho de que para los varones de 15 a 19 años, el 49% de los casos esté concentrado en la categoría "otras causas" indica que existen problemas con la calidad de la información. Es posible presumir que, al igual que en los otros dos sitios, la primera causa de muerte la constituyen en realidad las causas externas (tanto los accidentes como otras formas de violencia que probablemente estén englobadas en la categoría "otras causas").

En cuanto a la mortalidad materna, ésta da cuenta del 5% de

utilizados son hogares con necesidades básicas insatisfechas y hogares bajo la línea de pobreza, y en México D. F. el de hogares en situación de pobreza y extrema pobreza).

2. Por ejemplo datos no desagregados apropiadamente por sexo, grupo de edad, área geográfica o causa de mortalidad, y/o falta de datos, datos discontinuos, diferencias en los criterios de clasificación a través del tiempo, etcétera.

las muertes de mujeres de 15 a 19 años en San Pablo y del 8% en México D. F.³ Estas proporciones alertan acerca de la necesidad de mejorar la calidad de los controles prenatales y/o la capacidad resolutive de los servicios. Como era de esperar en este grupo de edad, el peso de las muertes maternas es menor que el de las causas externas y los neoplasmas en ambas ciudades. En San Pablo, por ejemplo, las causas externas explican el 50% de las muertes de mujeres de 15 a 19 años.

En términos de morbilidad, sólo se dispone de datos para Buenos Aires y San Pablo. En ambas ciudades, la categoría traumatismos y envenenamiento es la primera causa de egresos hospitalarios de los varones de los dos grupos de edad (10-14 y 15-19) y también la primera causa de egreso de las mujeres de 10-14 años en Buenos Aires.

Como era de esperar, el parto normal y las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, son la primera causa de egreso de las mujeres de 15 a 19 años en ambas ciudades y también la primera causa de egreso de las mujeres de 10 a 14 en San Pablo. Sólo para Buenos Aires es posible distinguir en la categoría egresos obstétricos aquellos que corresponden a parto normal de los que corresponden a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En esa ciudad, excluyendo el parto, el 80% de los egresos corresponden a causas obstétricas directas (toxemia, hemorragia y sepsis) y un porcentaje no despreciable (18%) a embarazos terminados en aborto. Esto indica que a pesar de la ilegalidad de esta práctica, las adolescentes se ven obligadas a exponerse a abortos realizados en condiciones riesgosas, con detrimento para su salud y aumentando los gastos de los servicios de salud.

Otro problema de salud reproductiva que afecta a los adolescentes es el VIH/sida. En los tres países, la edad promedio de los casos de sida indica que el contagio se ha producido en la adolescencia. Los casos notificados de sida en adolescentes (10-19 años) son el 2% de los casos acumulados en la Argentina y México y el 2,5% en Brasil.⁴ En este grupo de edad, la proporción de varones con sida es prácticamente tres veces mayor que la de mujeres en México y la

3. En Buenos Aires no se registran muertes de adolescentes por esta causa.

4. El 20% de los casos de sida de adolescentes en la Argentina corresponde a la ciudad de Buenos Aires.

Argentina. También se observan diferencias por sexo/género en las vías de transmisión. Tanto en el caso de la Argentina como en el del Estado de San Pablo, la principal vía es el uso de drogas endovenosas en los adolescentes varones y las relaciones sexuales sin protección entre las adolescentes mujeres. En el caso de México, los datos sobre vías de transmisión presentan ciertas limitaciones dadas por el porcentaje de casos en los que la vía no está especificada. A diferencia de los otros dos casos, la transmisión sanguínea es la más importante para los adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos. En los varones de 15 a 19, la vía más importante es la homosexual y en las mujeres de ese grupo de edad, la transmisión heterosexual.

En las tres ciudades incluidas en el estudio son escasos o poco confiables los datos sobre prevalencia de otras enfermedades de transmisión sexual en la población adolescente. En el caso de México, una encuesta a una muestra representativa de la población de varones residentes en México D. F. indica que aproximadamente el 5% de los adolescentes de entre 15 y 19 años había tenido una ETS, y que el 1,6% presentó este tipo de enfermedad durante el año previo a la encuesta (1992-1993).

Respecto del uso de sustancias adictivas (alcohol, tabaco y drogas ilícitas), lamentablemente las restricciones en los datos antes mencionadas nos impiden hacer comparaciones que resulten confiables en su interpretación.⁵

Para concluir, la comparación de los diagnósticos epidemiológicos provee insumos importantes para el diseño de políticas y programas que, con un enfoque holístico, respondan a las necesidades de salud de la población adolescente. El importante peso de la violencia en la morbi-mortalidad de los adolescentes de ambos sexos llama la atención acerca de la necesidad de promover comportamientos saludables y asegurar acciones efectivas para el desarrollo adolescente, tareas que ciertamente exceden la responsabilidad del sector salud y requieren coaliciones intersectoriales y participación comunitaria. Tal como se establece claramente en el informe de la Mesa Redonda en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente, la promoción de la salud es necesaria para prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y

5. Para los datos desagregados por caso, veáanse los respectivos casos nacionales.

VIH/sida, pero también para prevenir el uso de drogas, los daños intencionales y no intencionales y sus consecuencias, el cáncer, y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias (UNFPA-ICPD+5, 1998, pág. 25).

Finalmente, la comparación de la información epidemiológica disponible y/o procesada ad hoc para este estudio alerta acerca de la urgente necesidad de mejorar la calidad de los datos y su sistematicidad, dado que “la evidencia es esencial si se le quiere dar mayor prioridad a la distribución de recursos para la salud adolescente en el futuro” (*ibid.* UNFPA-ICPD + 5, 1998).

2. ACERCA DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS SELECCIONADOS

En la introducción del informe se señalaron algunas de las principales semejanzas y diferencias entre los programas y servicios incluidos en el estudio. Recapitulando, todos ellos tienen por objetivo proveer servicios de salud, y en particular de salud reproductiva, a población adolescente, pero con algunas diferencias que es importante recordar a la hora de iniciar el análisis comparativo. Entre ellas cabe mencionar: el nivel de atención al que pertenecen (centro de salud, ambulatorio de especialidades, hospital), la población destinataria (adolescentes de ambos sexos en cuatro de los seis servicios seleccionados y sólo mujeres en los otros dos, pues dependen de servicios de ginecología/obstetricia). También hemos apuntado diferencias en términos del foco del programa y/o servicio: en algunos casos es más amplio (salud integral del adolescente) y, en otros, más restringido (salud reproductiva y sexualidad). Finalmente, y en relación con el punto anterior, cabe recordar que los equipos de salud difieren en alguna medida en el perfil profesional de sus integrantes (en algunos predominan los médicos clínicos, en otros hay presencia de ginecólogos y/o pediatras).

En este capítulo presentaremos una comparación sistemática de las semejanzas y diferencias halladas entre los casos estudiados (y al interior de los mismos cuando resultare relevante) e intentaremos derivar de ellas recomendaciones y sugerencias para la consolidación y fortalecimiento de estos programas y servicios.

3. ACERCA DEL ORIGEN, CONTEXTO Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS

Para comenzar, es importante señalar que los programas (San Pablo y México D. F.) y el plan analizados en este estudio⁶ surgen en contextos sociopolíticos bastante diferentes: “favorables” al desarrollo de este tipo de iniciativas en los casos de San Pablo y México D. F. y sumamente adverso en el caso de Buenos Aires/Argentina. Tanto en Brasil como en México, las Plataformas de Acción de las Conferencias de El Cairo y Beijing otorgaron legitimidad política a las acciones dirigidas a la población adolescente que venían desarrollándose tanto por parte del sector salud como de organizaciones no gubernamentales.

En México, desde mediados de los años setenta el Estado dio gran importancia a la planificación familiar y el apoyo y la influencia de los organismos internacionales (OPS, UNFPA, UNESCO) facilitó el desarrollo de servicios de salud reproductiva dirigidos a población adolescente, neutralizando de alguna manera la oposición de la Iglesia Católica.

En el caso de Brasil, la existencia en el país de un debate público sustantivo en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la experiencia de diálogo entre la sociedad civil y el Estado en torno a la propuesta PAISM (Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer) en los años ochenta, resultó un importante antecedente que facilitó el diseño y la implementación de programas de salud para adolescentes. Como lo revela el estudio de caso realizado, el PROSAD se benefició enormemente a nivel local de los esfuerzos realizados para la implementación de acciones a favor de la salud de las mujeres, así como también de la existencia de un importante movimiento de salud que defiende los principios del Sistema Único de Salud (integralidad, universalidad y jerarquización de los servicios⁷). Ambos factores dieron legitimidad al desarrollo de servicios destinados específicamente a la población adolescente. A pesar de estas circunstancias facilitadoras,

6. En adelante, el término “programas” incluirá también al Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente (Argentina) a los fines de agilizar la lectura.

7. Implica que los diversos niveles de complejidad deben estar organizados.

las autoras del estudio de caso señalan que no existe aún suficiente sensibilidad para con la temática de la salud de los jóvenes entre los responsables del monitoreo de las políticas públicas de salud (los consejos de salud). Cuando el Consejo Nacional de Salud definió los temas de trabajo prioritarios en 1999, la salud de los adolescentes y su interface con temáticas como drogas y sida no fue incluido en ese listado. Los autores del estudio de caso señalan que esta falta de sensibilidad se debe en parte a la escasa acción articulada de los jóvenes que, a diferencia del movimiento de mujeres, no ejercen ningún tipo de presión sobre el Estado.

En el caso de la Argentina, en cambio, el plan emerge en un contexto político-institucional sumamente adverso: el gobierno del presidente Menem (1989-1999), que tuvo una clara alineación con la posición del Vaticano en las Conferencias de El Cairo y Beijing.

Otra diferencia a destacar entre los casos nacionales es que tanto en México como en Brasil los organismos internacionales (OPS, UNFPA, OMS, UNICEF, etcétera) han tenido y tienen una mayor influencia que en la Argentina sobre las acciones gubernamentales en el área de atención a los adolescentes y jóvenes, tanto por su contribución en términos de recursos financieros y apoyo técnico cuanto por su mayor presencia como actores sociales en el debate y en la acción política relacionada con esta temática.⁸

Finalmente, es posible destacar diferencias también en la génesis de los programas. Tanto en San Pablo como en Buenos Aires los programas se diseñaron sobre la base de propuestas realizadas por grupos de profesionales (ginecólogos, pediatras, especialistas en salud pública) con experiencia de trabajo con adolescentes en hospitales públicos vinculados a facultades de medicina.⁹

En el caso de México D. F., en cambio, en la discusión de la propuesta del programa tuvieron una activa participación las organi-

8. Cabe destacar que la Argentina nunca ha sido un país prioritario para estas agencias por considerársele de mayor desarrollo relativo que otros países de la región y por haber tenido una transición demográfica temprana.

9. En las entrevistas realizadas en Buenos Aires y, en menor medida en San Pablo, hubo referencias a la existencia de una cierta disputa de incumbencias entre pediatras y ginecólogos por la atención de los adolescentes. Profundizar en esta cuestión hubiera supuesto un trabajo adicional que excedía los objetivos de nuestro estudio. No obstante, consideramos que vale la pena mencionarlo y que podría ser objeto de indagación en futuros trabajos.

zaciones no gubernamentales con trayectoria de trabajo con adolescentes.

No obstante estas diferencias, tanto los programas analizados como los servicios a través de los cuales éstos se implementan presentan rasgos comunes y enfrentan obstáculos o desafíos similares.

El análisis del contenido de los programas/el plan, muestra que los principales ejes en torno de los que se han estructurado son semejantes:

- a) Concepto de salud integral (bio-psico-social)
- b) Equipos interdisciplinarios
- c) Énfasis en la provisión de información
- d) Énfasis en la anticoncepción
- e) Énfasis en la prevención del embarazo adolescente (que es visto como el problema central de salud reproductiva de los adolescentes)
- f) Desarrollo de acciones a nivel comunitario
- g) Énfasis en la promoción de actitudes/comportamientos “responsables” en relación con la sexualidad y la reproducción
- h) Escasa mención del rol del varón en la prevención y cuidado de la salud reproductiva

Más allá de las diferencias de origen ya señaladas, la lectura de los textos de los programas revela la existencia de un lenguaje común, que parece obedecer en una primera etapa a la influencia ejercida por OPS y/o FNUAP (según los países) y luego a la rápida difusión que tuvieron los consensos alcanzados en El Cairo y Beijing.

Como ya se señaló en la introducción de este estudio, el lenguaje utilizado en los documentos de El Cairo y Beijing refleja las tensiones que existieron entre las posturas de los principales actores involucrados en el proceso (los organismos internacionales, el movimiento de mujeres y los grupos religiosos). En la CIPD se logró consenso gracias a la adopción de una sintaxis muy particular, donde se yuxtaponen posiciones antitéticas y donde coexisten conceptos y expresiones vagas e imprecisas con expresiones que restringen el alcance de las recomendaciones. La yuxtaposición de diferentes lenguajes y perspectivas es particularmente evidente en las secciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. En particular, como se menciona arriba, los docu-

mentos ponen gran énfasis en el concepto de responsabilidad individual en relación con la sexualidad y la reproducción, y atribuyen un rol determinante a la información como un medio para realizar esa responsabilidad.

Es interesante destacar que el énfasis en el comportamiento sexual “responsable” está más presente en el discurso de los proveedores entrevistados en Buenos Aires y México D. F. que en San Pablo. Incluso en el caso mexicano se menciona que la “intuición” del proveedor respecto de cuán responsable es la adolescente es uno de los criterios para decidir el método anticonceptivo. En San Pablo es donde parece haber más conciencia entre los prestadores de salud de que promover un sujeto sexual, un individuo capaz de ser el agente regulador de su propia vida sexual es un proceso complejo que requiere algo más que información y apelaciones a la responsabilidad. Creemos que tanto la larga y sostenida acción desarrollada por el movimiento feminista como la influencia ejercida por Pablo Freire explican esta diferencia entre la perspectiva de los profesionales de la salud en San Pablo *vis à vis* los otros dos sitios.

Finalmente, en la misma dirección, cabe notar que es el más “antiguo” de los programas analizados (el PASA, vinculado a la Escuela de Medicina de la Universidad de San Pablo, que data de 1985) el que presenta la concepción más “avanzada”. En efecto, a mediados de los años ochenta este grupo ya hablaba de “favorecer el conocimiento y la autonomía del adolescente” y actualmente han desarrollado una concepción de trabajo que incluso critica la perspectiva interdisciplinaria por considerar que en la práctica ésta se reduce a la mera unión de varias perspectivas y no a una verdadera integración de los diversos saberes.

4. OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN Y/O FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS/SERVICIOS PARA ADOLESCENTES

Entre los obstáculos principales para la creación e implementación de programas en México cabe destacar las presiones de la Iglesia Católica contra el control de la natalidad y la educación sexual fuera de la familia, así como la oposición del Grupo Provida y del PAN (Partido de Acción Nacional). También en el caso de Buenos Aires, la inexistencia de un programa específico en el ám-

bito de la ciudad de Buenos Aires obedeció a la fuerte influencia ejercida por la jerarquía de la Iglesia Católica para evitar la implementación de programas de educación sexual y su constante negativa a proveer información y suministrar métodos anticonceptivos a los adolescentes. De hecho, la provisión de servicios de salud reproductiva a los adolescentes fue, junto con la inclusión del DIU en el listado de métodos a ser provistos en los hospitales públicos, uno de los ejes de conflicto que explican por qué el Senado nacional no aprobó la Ley de Salud Reproductiva que había obtenido media sanción en la Cámara de Diputados en 1995, accediendo así a los requerimientos de la Iglesia Católica. También en el caso de Brasil, el estudio realizado indica que existen presiones por parte de la Iglesia Católica en lo concerniente a la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos y el aborto. A modo de ejemplo, la Iglesia Católica ha desplegado acciones intentando que sólo los profesores capacitados por ella puedan dar clase en las escuelas públicas de salud y también ha ejercido presiones sobre el Poder Legislativo (tanto a nivel federal como local) en torno a la existencia de servicios de aborto legal.¹⁰

En los dos casos en que existen programas (San Pablo y México D. F.) se observa en ellos una cierta fragmentación institucional. Así, por ejemplo, aunque existía una formulación técnica y programática específica para el trabajo con adolescentes, hasta 1999 el Programa de Adolescentes estuvo bajo la coordinación del área de salud materno-infantil (ora asociada al área de salud de la mujer, ora al de salud infantil). Sólo recientemente el programa responde a un área específica que tiene por objetivo atender las demandas de ese grupo de población. El PREA (México D. F.) también ilustra cómo los programas destinados a adolescentes suelen quedar englobados en el área materno-infantil: el mismo es actualmente una de las múltiples actividades que despliega el Hospital Amigo de

10. En Brasil, el aborto es legal cuando la gestación ha sido resultado de un estupro o cuando implica un riesgo de vida para la mujer. El movimiento feminista hizo *lobby* para que el Parlamento aprobara una ley que obligara al sistema público de salud a realizar los abortos legales. La Iglesia Católica desplegó una intensa acción para evitar que se sancionara esa ley. Actualmente, el proyecto ha sido archivado pero existe una norma del Ministerio de Salud que autoriza esta prestación y establece las condiciones de instalación de servicios de aborto legal por parte del SUS.

la Madre y el Niño. El estudio de caso mexicano ilustra también acerca de la existencia de problemas señalados en Buenos Aires y, en menor medida, en San Pablo: prácticamente no existe ninguna vinculación entre las diferentes agencias estatales y federales que llevan a cabo actividades relacionadas con los servicios de salud adolescente en el Distrito Federal, ni tampoco entre los niveles de atención primario y secundario. Algo similar ocurre en Buenos Aires, donde no existe coordinación entre las actividades dirigidas a adolescentes que se realizan en los centros de salud (como parte del Programa de Procreación Responsable, que brinda información y métodos anticonceptivos a toda la población en edad reproductiva) y las que realizan los servicios de adolescencia de los hospitales públicos.

El trabajo realizado también puso en evidencia que existen obstáculos a la implementación y consolidación de los programas de salud para adolescentes vinculados a la situación socioeconómica adversa que atraviesan vastos sectores de la población en los tres países (elevados índices de desempleo y niveles crecientes de pobreza), así como también a la reducción del papel del Estado en la prestación de servicios a la población, en particular en el sector salud. Como consecuencia de la reforma del sector se observa una disminución del personal, ausencia de nuevas contrataciones y reducción de los presupuestos destinados a salud. El estudio de caso de San Pablo muestra que este escenario dificulta enormemente la constitución de equipos a nivel de la administración central encargados de estimular, mediante el apoyo técnico y administrativo, los programas de salud para adolescentes. Sin este estímulo de la administración central, los equipos locales que consiguen continuar con sus actividades se convierten en experiencias aisladas.

En los tres casos, los proveedores reportan preocupaciones similares en torno a la cantidad y perfil de pacientes que atienden. De acuerdo con los testimonios recogidos en las entrevistas, la accesibilidad de los pacientes de menores recursos se ha visto enormemente afectada en los últimos años (por ejemplo, pacientes que han dejado de asistir al centro de salud u hospital por no tener dinero para el transporte). Concomitantemente, todos los sitios reportan que el perfil de su clientela está cambiando: ahora es más frecuente la presencia de pacientes de clase media que perdieron la cobertura de salud que tenían vía su inserción en el mercado de trabajo. Algunos entrevistados inclusive señalaron que es más fácil

para ellos tratar con este tipo de clientela, más escolarizada y con mayores recursos económicos. En términos de volumen de consultas, los testimonios de los entrevistados indican que el flujo de pacientes habría aumentado en los últimos años.¹¹

Otra demanda compartida por los tres sitios es la necesidad de contar con más recursos humanos y, en particular en el caso de México D. F., con recursos humanos adecuadamente capacitados en el trabajo con adolescentes. En algunos de los casos se han operado drásticas reducciones del número de personal, mientras que en otros la disminución no ha sido tan abrupta pero será evidente a mediano y largo plazo, ya que los profesionales que se jubilan no son reemplazados por otros. En cuanto al "tipo" de recurso humano que sería necesario incorporar para mejorar los servicios, existen diferencias entre los diversos servicios en los que se realizó el trabajo de campo. Así, por ejemplo, mientras en el estudio de San Pablo se denuncia la carencia de profesionales de diversas especialidades (inclusive médicos), en los servicios estudiados en Buenos Aires el mayor déficit se registra en el área de enfermería.¹²

También como producto del recorte de fondos destinados al sector salud se han observado situaciones de reducción de las horas de trabajo. Como se muestra en los estudios de caso, la disminución de personal y/o de horas de trabajo ha afectado seriamente la posibilidad de los equipos de salud de desarrollar actividades de prevención y/o acciones extramuros. En dos de los seis servicios estudiados (Hospital Argerich en Buenos Aires y PAM Ma. Zelia en San Pablo) fue muy evidente la "nostalgia" de los profesionales por los tiempos pasados, en los que se desarrollaba un intenso trabajo en la comunidad por contar con profesionales suficientes y/o con recursos externos (por ejemplo, un subsidio de la Fundación Kellogg) para el desarrollo de estas actividades. En el estudio realizado en México D. F., el trabajo a nivel de la comunidad es reciente, no sistemático y secundario respecto del fuerte

11. En Buenos Aires, donde fue posible acceder a las estadísticas del servicio de salud, se observa que entre 1994-1995 y 1998 el número de consultas aumentó en uno de los servicios y disminuyó en el otro.

12. Obviamente estas diferencias están relacionadas con la particular estructura de recursos humanos de cada sistema de salud. Así, por ejemplo, en la Argentina históricamente el déficit de enfermería ha constituido un serio problema.

trabajo asistencial que realiza el módulo y no existe ningún tipo de trabajo a nivel comunitario en el caso del PREA.

La sobrecarga de trabajo también ha afectado las posibilidades del personal de asistir a cursos de capacitación. El estudio de México D. F. provee un buen ejemplo de esta situación: en Iztapalapa el nuevo director prohibió la participación del personal del módulo en la red GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida, bajo el argumento de que los servicios no pueden darse el lujo de dejar de atender para asistir a las reuniones de la red.

Finalmente, la escasez de personal también trae como consecuencia que los profesionales que atienden adolescentes deban cumplir también, en ocasiones, otras funciones dentro de la institución (por ejemplo, la enfermera de Ma Zelia [San Pablo]) ejerce además funciones en otras áreas, como la atención a hipertensos y diabéticos, la esterilización del instrumental de la unidad, etcétera).

Otros obstáculos a la adecuada prestación de servicios observados en los tres casos son la falta de insumos de todo tipo y, en particular, de anticonceptivos y los problemas relacionados con la realización de estudios de laboratorio. Varios de los profesionales entrevistados señalaron que tenían limitaciones para prescribir determinados estudios de laboratorio por problemas de costos o que la demora en la entrega de los resultados afectaba la provisión del servicio (por ejemplo, la colocación de DIU). En el caso de Buenos Aires, las entrevistas revelaron que las usuarias que tienen cobertura de salud suelen utilizar los servicios de la obra social para la realización de los estudios de laboratorio como estrategia para sortear la demora en la entrega de los resultados en el hospital público. En San Pablo, donde existen cupos para el número de exámenes de laboratorio que pueden solicitar las unidades de salud, los pacientes se enfrentan a la alternativa de esperar un largo tiempo para acceder al estudio o pagar esos exámenes en laboratorios particulares.

Finalmente, el estudio realizado permitió identificar un conjunto de obstáculos y/o desafíos para los programas y servicios que son inherentes a la especificidad del trabajo con adolescentes en el campo de la salud reproductiva.

Uno de los rasgos distintivos de la atención de salud de los adolescentes es que la consulta médica de este grupo de edad requiere mayor tiempo que la de los adultos y una habilidad especial para "leer entre líneas" los motivos de consulta latentes a partir de las demandas manifiestas. En dos de los servicios (uno en

Buenos Aires y otro en San Pablo) se mencionó específicamente que los equipos trabajan con la noción de que la visita de un adolescente a un servicio de salud no debe ser una “oportunidad perdida”, lo que tiene por resultado un tiempo de consulta más prolongado que el de otras especialidades. Varios entrevistados indicaron que muchas veces esta especificidad no es comprendida en las instituciones de salud, en particular, vista la creciente preocupación de los funcionarios y administradores con la productividad de los servicios. Por otra parte, mantener este principio resulta difícil también por las condiciones de trabajo antes descritas y puede llegar a generar tensiones con el resto de los profesionales que deben atender un mayor volumen de consultas por jornada de trabajo (como fue reportado en uno de los servicios de México D. F.).

Existe un amplio consenso entre los expertos y entre los profesionales de salud acerca de los beneficios del trabajo interdisciplinario en el trabajo con población adolescente. Nuestro estudio indica que buscar la integración de los variados conocimientos y visiones es una tarea no exenta de dificultades, sobre la que creemos necesario profundizar la indagación y la reflexión en orden a desarrollar programas y servicios más adecuados y eficaces. A veces estas dificultades fueron explicitadas como un “problema” a resolver por los propios entrevistados (por ejemplo, en México D. F.). En otros, no hubo referencias explícitas a las dificultades de trabajar interdisciplinariamente, pero fueron evidentes frente a temas puntuales como la “doble protección”, frente a la cual, en los servicios estudiados en Buenos Aires, por ejemplo, las psicólogas y los médicos tenían perspectivas encontradas. No obstante, nuestro trabajo revela interesantes intentos por avanzar en la línea del trabajo interdisciplinario. Pueden destacarse como ejemplos, el mecanismo de admisión conjunta de la usuaria por parte del médico y la psicóloga (Hospital Rivadavia, Buenos Aires) o la existencia de una ficha única de atención para cada paciente en la cual cada profesional aporta sus observaciones e intenta dar elementos a los demás, que potencien sus capacidades de análisis, de manera que entre todos puedan comprender mejor el tipo de demanda que el paciente trae (Butantá, San Pablo). Éstas son, sin duda, experiencias auspiciosas en contextos en los cuales la cultura dominante en los servicios de salud aún otorga un gran énfasis al paradigma curativo en detrimento de las actividades de prevención y valora di-

ferencialmente los saberes de las diferentes profesiones que trabajan en el campo de la salud/enfermedad (médico, enfermero, psicólogo, educador, trabajador social).

Otro aspecto a considerar en el trabajo con adolescentes es que, dado que este grupo de población tiene un status legal diferente al de los adultos, los profesionales que les prestan servicios de salud se sienten muchas veces desamparados frente a eventuales acciones legales que los padres o tutores podrían iniciar en su contra. En este sentido, las situaciones estudiadas son claramente diferentes. En el caso de los servicios estudiados en Buenos Aires y ante la ausencia de un programa o normativa que legitime la tarea asistencial, los profesionales de la salud expresaron claramente su temor a ser demandados o sancionados por proveer métodos anticonceptivos. En el caso de San Pablo, este aspecto no fue mencionado como preocupación en los servicios estudiados pero sí constituye una inquietud para otros profesionales de esa red asistencial, según surgió en diferentes actividades con proveedores de salud que ha realizado el equipo encargado del estudio de caso. En México D. F. en 1994 se modificó la normativa para incluir de manera explícita el derecho de los adolescentes a solicitar y recibir métodos anticonceptivos, con el objetivo de dar mayor seguridad y/o tranquilidad a los médicos. Si bien antes de 1994 no estaba prohibido dar o recetar anticonceptivos a los adolescentes, la falta de lineamientos legales al respecto inhibió a muchos médicos que temían demandas legales o sanciones por esa práctica.

Dada la ilegalidad del aborto en los tres países, los profesionales de salud enfrentan dificultades para responder a las demandas de los adolescentes y ofrecerles orientación al respecto. Parece, no obstante, haber una cierta diferencia en las actitudes de los proveedores entrevistados en Buenos Aires y San Pablo *vis à vis* los de México D. F. En los dos primeros sitios suelen ser más explícitos respecto de las condiciones en que debería desarrollarse un aborto seguro y de la necesidad de que las usuarias retornen al servicio para control a posteriori.

En los tres sitios se observan dificultades para abordar las problemáticas de violencia y adicciones. Aun en casos como el de Butantá (San Pablo), en que el personal está altamente sensibilizado respecto de la problemática de la violencia hacia la mujer, los profesionales advierten que se trata de una tarea compleja, en particular en lo que hace a la interface violencia-drogas. En general, los

servicios estudiados tienden a derivar estos casos a instituciones especializadas

La promoción de la “doble protección” (dar consejería y provisión de métodos para prevenir simultáneamente el embarazo no deseado y las ETS) puede considerarse, según los casos, un déficit de los servicios o una actividad que resulta difícil de implementar por motivos diversos. En el caso de San Pablo se trata básicamente de falta de recursos: si bien los profesionales son conscientes de ambas problemáticas, refirieron que la carencia o discontinuidad en la provisión de preservativos (masculinos y femeninos) conspira seriamente contra la posibilidad de sostener esta política. En el caso de Buenos Aires se observó la existencia de posturas diferentes entre médicos y psicólogas –los médicos parecen más convencidos que las psicólogas de que la “doble protección” es realmente difícil de implementar por razones psicosociales y culturales y frente a los “dos riesgos” tienden a privilegiar la prevención del embarazo. En México resultó llamativo que ninguno de los dos servicios estudiados trabajase en la línea de la “doble protección”, aun cuando en teoría debería existir una articulación clara entre el programa de salud reproductiva y el de prevención de VIH/sida.

Los profesionales de la salud tienen diverso grado de familiaridad con la perspectiva de género y de los derechos reproductivos. Así, por ejemplo, el estudio de México D. F. muestra que las recomendaciones de El Cairo y Beijing llegaron a ser conocidas en el mejor de los casos por el nivel medio de funcionarios; la mayoría de los proveedores desconoce los acuerdos internacionales y no han sido informados y/o capacitados en estas temáticas. En el caso de San Pablo, la situación resulta diferente. Se trata de un contexto en el que se ha dado una amplia discusión acerca de los derechos de las mujeres y, en particular, los derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción, debido al accionar articulado del movimiento de mujeres. En los servicios estudiados en Buenos Aires los profesionales tenían una familiaridad mayor con la perspectiva de género y de derechos que otros profesionales que trabajan en los servicios de ginecología y obstetricia en los hospitales públicos de la ciudad.¹³ No obstante, entre los profesionales entre-

13. De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada por el equipo del CEDES a médicos tocoginecólogos en quince hospitales públicos de la

vistados en esta ciudad, se encontró heterogeneidad en el grado de conocimiento y aceptación de las perspectivas de género y de derechos en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad. De todas maneras, consideramos auspicioso que en los tres sitios la mayoría de los profesionales entrevistados estuviera de acuerdo en que promover la autoestima y la autonomía de los usuarios es responsabilidad de los servicios de salud.

5. FACILITADORES DEL TRABAJO EN SALUD REPRODUCTIVA CON ADOLESCENTES

En los tres casos resulta evidente que los equipos de salud están integrados por personas con una gran motivación y compromiso con la tarea y que, en gran medida, los programas/servicios sobreviven gracias a los esfuerzos de estos profesionales. A pesar de las precarias condiciones en que, en muchos casos, desempeñan sus tareas, los profesionales de salud están sumamente comprometidos en forma personal (y política, en el caso de San Pablo) con la tarea que desarrollan. Este involucramiento se manifiesta en los esfuerzos que realizan para obtener gratuitamente medicamentos e insumos (entre ellos, anticonceptivos) o resolver satisfactoriamente los casos que necesitan ser derivados a otros especialistas y en la flexibilidad para asumir tareas que exceden aquello para lo cual fueron contratados. Esto resulta particularmente evidente en el caso de San Pablo pero es común también a los otros dos sitios. Debe también destacarse que en los tres casos los profesionales entrevistados mencionaron que un factor que facilita su tarea es la satisfacción que el trabajo con adolescentes les proporciona. Algunos de los motivos de satisfacción más mencionados fueron: a) formar parte de un equipo de trabajo, lo que implica tener afinidades teóricas y técnicas y compartir con otros colegas la toma de decisiones, etcétera, y b) percibir que su trabajo ha tenido un efecto positivo a lo largo del tiempo. Así, por ejemplo, en el PAM Ma. Zelia (San Pablo) destacaron que los adolescentes vinculados al programa participan más en la escuela, tienen menos actitudes re-

ciudad, sólo dos de cada diez entrevistados había oído hablar de los estudios de género.

beldes y mejor *performance*, etcétera. En el Hospital Rivadavia (Buenos Aires), los entrevistados reportan como un logro del programa el hecho de que la búsqueda de un método anticonceptivo sea actualmente el principal motivo de consulta. En México D. F. los proveedores consideran que el trabajo que han realizado ha tenido un impacto favorable pues las adolescentes regresan al servicio luego del parto para solicitar un método anticonceptivo. También el agradecimiento de las pacientes fue reportado como un importante incentivo para continuar trabajando en condiciones adversas (Hospital Argerich, Buenos Aires).

6. LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

En términos generales los adolescentes entrevistados se mostraron satisfechos con los servicios recibidos. Las principales críticas están referidas a los largos tiempos de espera, al sistema de asignación de turnos y/o a la infraestructura. La relación con los proveedores de salud es evaluada muy favorablemente en la mayoría de los casos: los adolescentes se muestran satisfechos con el trato y las explicaciones recibidas y con la gratuidad del servicio. Tanto en el estudio de caso de México D. F. como en el de Buenos Aires, las adolescentes mujeres expresaron su preferencia por ser atendidas por profesionales de su mismo sexo. En los tres sitios se observó que el embarazo no deseado y el VIH/sida constituyen las principales preocupaciones de los usuarios entrevistados. La violencia (urbana, familiar y/o sexual) y el uso de drogas y de alcohol no son percibidos como problemas relacionados con la salud o de incumbencia de los servicios de salud por la mayoría de los adolescentes entrevistados.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cada uno de los estudios de caso contiene conclusiones acerca de los programas y servicios estudiados y recomendaciones específicas para consolidarlos y mejorarlos.

A continuación presentaremos las principales conclusiones y recomendaciones comunes a los tres casos y algunas reflexiones generales acerca del grado de adecuación de los programas y/o

servicios analizados con respecto a las recomendaciones contenidas en las Plataformas de El Cairo y Beijing.

La primera conclusión que es posible derivar de la lectura de los casos es que existe una fuerte tensión entre los propósitos y objetivos de los programas analizados (hacer prevención primaria, proveer servicios de salud con una perspectiva bio-psico-social, desarrollar trabajo a nivel de la comunidad, etcétera) y las condiciones económicas y sociales en las que los programas y servicios se desarrollan actualmente en las tres ciudades. Creemos que el estudio ilustra de manera contundente que las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de la reforma del Estado en el sector salud (aumento en la población sin cobertura médica debido al creciente índice de desempleo, reducción en los recursos públicos destinados al sector salud y la consecuente reducción en personal e insumos, etcétera) constituyen serios obstáculos para la implementación y consolidación de servicios integrales y de calidad para la población adolescente.

Aun en estas condiciones poco propicias, los programas o servicios se han mantenido o comienzan a desarrollarse, debido tanto a la influencia de los acuerdos internacionales suscritos por los gobiernos cuanto, fundamentalmente, al compromiso personal y la perseverancia de grupos de profesionales altamente motivados con la tarea asistencial.

El estudio revela que, a pesar de las diferencias más arriba mencionadas, los programas y servicios analizados enfrentan algunos problemas comunes. Cabe destacar que algunos de ellos fueron claramente identificados como déficit de los programas/servicios por los propios proveedores de salud y/o los usuarios entrevistados. En otros casos, constituyen déficit o desafíos en relación con los lineamientos contenidos en las Plataformas de El Cairo y Beijing, a las cuales los documentos de los programas se ajustan en mayor o medida según los casos (recuérdese que algunos de los programas fueron escritos pre El Cairo y Beijing).

En primer lugar, cabe destacar que a pesar de que el derecho a la salud reproductiva de los adolescentes está siendo gradualmente reconocido, existen en los tres sitios de estudio barreras sociales, culturales y religiosas que aún afectan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

En segundo lugar, cabe mencionar la existencia de dificultades de diverso orden para implementar efectivamente una atención

integral u holística. Las dificultades derivan en gran medida de la falta de recursos (económicos y humanos) pero también de la cultura y dinámica de las instituciones, de la propia formación del personal de salud y, en ocasiones, incluso de las expectativas y actitudes de la población usuaria.

También se observa que, no obstante sus propósitos, los programas tienen un enfoque eminentemente asistencial y que sólo están alcanzando a un pequeño porcentaje de su población-objetivo. Los proveedores entrevistados consideran que el desarrollo de actividades a nivel comunitario y la articulación de acciones con otras agencias gubernamentales (en las áreas de educación y trabajo, por ejemplo) y con organizaciones no gubernamentales podrían contribuir a paliar este déficit. Sin embargo, encarar estas actividades no parece una alternativa viable en el corto plazo dadas las condiciones de trabajo arriba descriptas.

La necesidad de capacitar o recapacitar al personal de salud en “adolescencia”, aspectos socioculturales del proceso de salud enfermedad, género y derechos sexuales y reproductivos es otra de las conclusiones que derivan del trabajo de campo realizado.¹⁴ Como se propone en uno de los estudios de caso, sugerimos que la capacitación en las perspectivas de género y de derechos tenga por objetivo habilitar a los equipos de salud para que traduzcan estos principios (equidad de género, por ejemplo) en acciones sistemáticas dentro de los servicios.

La capacitación también debería tender a fortalecer y desarrollar las habilidades de los equipos de salud en el abordaje de las problemáticas del aborto inducido, la doble protección, la anticoncepción de emergencia y la violencia y las adicciones.

El estudio indica también que las instancias de evaluación de programas o servicios de salud reproductiva son prácticamente nulas y que cuando existen los resultados no son de dominio público. Consideramos que el monitoreo y la evaluación de los programas es una tarea pendiente que contribuiría a reorientar las acciones y fortalecer los programas. De contarse con la voluntad política y los recursos necesarios para encarar estas evaluaciones sería importante que, tal como menciona la letra escrita de los pro-

14. Nótese que esta necesidad parece ser mayor en algunos sitios que en otros.

gramas, se hicieran con la participación de los adolescentes. Es un punto en el que se observa una importante distancia entre los consensos internacionales¹⁵ y lo que ocurre en los sitios analizados.

Otra diferencia observada respecto de los lineamientos de El Cairo y Beijing es que los servicios para adolescentes estudiados tienden a captar casi exclusivamente a población femenina. En tal sentido, podría decirse que no se está alcanzando el objetivo de promover la responsabilidad masculina en sexualidad y fecundidad postulado en las plataformas de acción. Como se señala acertadamente en el estudio de caso de San Pablo, la incorporación de los varones a los servicios de salud en las actuales condiciones supone superar obstáculos de diverso tipo. Por una parte, los varones no se acercan a los servicios pues los servicios de salud son identificados como femeninos (la mayoría de los profesionales son mujeres, la mayoría de los pacientes son mujeres, la reproducción está culturalmente asociada con un dominio femenino, etcétera). Por otra parte, los servicios no están preparados para reflexionar y responder a las eventuales necesidades de los varones, quienes probablemente demandarán atención sobre cuestiones que son aún desconocidas o que han sido poco exploradas, como aquellas asociadas al uso de drogas y/o a la violencia. Consideramos que es un punto que amerita reflexión e investigación.

Resumiendo, aún quedan muchos obstáculos que sortear para abordar efectivamente las necesidades de salud de los adolescentes, en particular en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los hallazgos de la investigación sugieren que se ha progresado desde mediados de la década del 70, cuando algunos pioneros en nuestra región imaginaron programas y servicios que pudieran satisfacer las necesidades de los adolescentes, especialmente las de aquellos provenientes de los grupos más vulnerables. Esperamos que este trabajo pueda contribuir a difundir el conocimiento sobre los programas y servicios existentes que tienen un alto grado de compromiso para desarrollar acciones para proteger y mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

15. El párrafo 7.43 de la CIPD establece la necesidad de “asegurar el completo involucramiento de los adolescentes en la identificación de sus necesidades en salud sexual y reproductiva y en el diseño de programas que respondan a esas necesidades”.

Impreso en junio de 2001 en Talleres Gráficos Leograf SRL
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina